

# Geïntegreerde geneeskunde

De gereguleerde geneeskunde begint stelselmatig meer van de complementaire geneeswijzen te onderzoeken en te gebruiken. Het gaat om het verbinden van praktijk met gevoel.

K.M. Bongers, I.A. von Rosenstiel

## Inleiding: wat is Integratieve Geneeskunde (IG)?

'Integratieve Medicine', vertaald in het Nederlands als Integratieve Geneeskunde (IG), is een nieuwe visie op zorg.

Integratieve geneeskunde richt zich – in tegenstelling tot de huidige visie binnen de Nederlandse gezondheidszorg – niet zozeer op ziekte, klachten en beperkingen maar op gezondheid, welbevinden en mogelijkheden. Binnen IG wordt het feit dat er een wisselwerking bestaat tussen lichaam en psyche erkend en wordt deze kennis actief gebruikt in het proces van preventie en herstel van ziekte.

In de IG-visie op zorg staat de patiënt centraal in een zorgsysteem met compassie.

De IG-zorgvisie wordt in de praktijk door vier pijlers gedragen waarbij alle pijlers even belangrijk zijn (zie Schema 1):

- 1 Er is sprake van een gelijkwaardige arts-patiënt-relatie waarin de patiënt centraal staat en de arts meer als ondersteunende coach functioneert. De

patiënt heeft een actieve rol in het voorkomen van ziekte, zijn welbevinden en in het eigen genezingsproces.

- 2 Ook binnen de klinische setting is er expliciet ruimte voor preventie.
- 3 'Evidence based' CAM-therapieën (complementaire en alternatieve therapieën) worden gecombineerd met de reguliere therapieën om te komen tot de meest effectieve, minst invasieve, minst toxische en goedkoopste behandelingsstrategie. Hierbij worden naast de lichamelijke aspecten ook de andere aspecten van de persoon betrokken.
- 4 Er wordt gewerkt in een zogenaamd 'healing environment' oftewel 'een gezonde omgeving' waarbij de omgang met elkaar en de omgeving waarin gewerkt wordt bijdragen aan het algemeen welbevinden.

IG is een wereldwijde beweging die in Amerika, Canada en Australië al geïnstitutionaliseerd is. Reeds in juli 1999 werd het Consortium of Academic

### Schema 1

De vier pijlers van Integratieve Geneeskunde.

---

1 De arts heeft een coachende rol en de patiënt is mederegisseur.

---

2 Er is expliciet ruimte voor preventie.

---

3 Er is een plek voor bewezen effectieve en veilige complementaire behandelingen.

---

4 Er wordt gewerkt in een gezonde omgeving.

---

Health Centres for Integrative Medicine (CAHCIM) ([www.imconsortium.org](http://www.imconsortium.org)) opgericht.

Begin 2009 hebben zich in dit consortium 42 academische medische centra aangesloten waaronder Duke, Harvard, Yale en Stanford University die IG-implementeren in patiëntenzorg, opleiding en onderzoek.

Integratieve Geneeskunde is niet hetzelfde als Integrale Geneeskunde of Holistische Geneeskunst omdat de IG-visie nadrukkelijk op de bovengenoemde vier pijlers berust.

Het holistisch mensbeeld wordt door alle drie gedeeld.

De kinderarts Inès von Rosenstiel introduceerde de term IG in Nederland in 2003 toen zij, na haar carrière als kinder-intensivist in het Academisch Ziekenhuis Amsterdam, in het Slotervaart ziekenhuis in Amsterdam ging werken.

In november 2006 werd het Nationaal Informatie en Kenniscentrum Integrative Medicine (NIKIM) opgericht door een vijftal (medisch) specialisten die binnen de muren van diverse ziekenhuizen ervaring hadden opgedaan met het werken volgens de IG-zorgvisie. Thans vervult het NIKIM een belangrijke netwerkfunctie.

Langzamerhand komt IG ook op Europees niveau op de agenda. Sinds het voorjaar 2008 bestaat de door de Europese Unie gefinancierde website over kanker en complementaire en alternatieve behandelwijzen ([www.cam-cancer.org](http://www.cam-cancer.org)).

In november 2008 werd in Berlijn tijdens het eerste European Congres of Integrative Medicine, de International Society for Complementary Medicine Research ([www.iscmr.org](http://www.iscmr.org)) opgericht en mochten de deelnemers het eerste exemplaar van het *European Journal of Integrative Medicine* ontvangen.

Desalniettemin is de term Integratieve Geneeskunde nog niet algemeen ingeburgerd, laat staan dat er op grote schaal volgens deze visie wordt gewerkt.

Op dit moment is daardoor voor velen onduidelijk wat IG inhoudt, hoe het wordt toegepast en wie IG toepast. De term IG wordt daardoor soms onjuist of ten onrechte gebruikt en is er met name vanuit

conservatieve medische hoek kritiek op artsen die IG toepassen.

Deze bijdrage beoogt duidelijkheid te verschaffen aangaande IG en we onderzoeken de trend naar IG in samenhang met politiek maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen.

### **Integratieve Geneeskunde (IG) in haar context**

#### IG in de context van de huidige maatschappij

In onze huidige tijd wordt er groot belang gehecht aan onze individualiteit. We moeten in onze eigen kracht staan, onze eigen uniciteit leven en onze individuele keuzes maken of het nu gaat over levensbeschouwelijke aangelegenheden of onze energieleverancier. We denken dat we hierbij onafhankelijk van anderen zijn. De tijd die we aan onszelf en onze eigen behoeften besteden neemt toe en we distantiëren ons steeds meer van de anderen door het gebruik van iPod en computer. In Nederland kijkt, volgens de cijfers van het CBS, 30% van de bevolking en 11% van de kinderen tot 12 jaar meer dan 20 uur per week naar de televisie. In 2007 had 87% van de Nederlandse bevolking internet gebruikt in de afgelopen 3 maanden waarvan 81% dagelijks. Het aandeel personen van 18 jaar en ouder dat als vrijwilliger actief is, is ten opzichte van 45% in 1997 naar 43% in 2004 gedaald. Echter de gemiddelde 6 uur die per week gemiddeld besteed wordt aan vrijwilligerswerk steekt schril af bij de 15 uur die gemiddeld per week voor de televisie wordt doorgebracht. Voor ieder uur dat we op internet doorbrengen, neemt het persoonlijk contact met vrienden en familie af met 24 minuten. En dat terwijl uit de wetenschappelijke inzichten van de afgelopen jaren blijkt dat persoonlijk contact bijdraagt aan welbevinden en gezondheid.

#### IG in de context van het wetenschapsdenken in de gezondheidszorg

De prestaties van de westerse geneeskunde zijn ongeëvenaard als het gaat om de behandeling van acute ziekten zoals de blindedarmontste-

king, orgaantransplantatie of de behandeling van sepsis. Door de toename van kennis door (klinisch) wetenschappelijk onderzoek en daaruit voortvloeiende behandelingsopties heeft een verschuiving plaatsgevonden van het aantal acute ziekten naar chronische ziekten. Denk hierbij aan bijvoorbeeld AIDS en diverse vormen van kanker.

Bij chronische ziekten zoals hypertensie en depressie lijkt de westerse aanpak nog wel eens te kort te schieten. Klinische studies laten zien dat tussen de 50 en 75% van alle klachten samenhangen met stress en dat stress een grotere risicofactor voor overlijden is dan het gebruik van tabak. Ondanks deze en andere wetenschappelijk aangetoonde kennis betrekken veel artsen emoties niet actief in de behandeling van hun patiënten.

En dat is niet verwonderlijk. Er was een tijd dat de kerk wetenschappelijk onderzoek dat niet strookte met het kerkelijk dogma verdonkeremaande en onderzoekers op de brandstapel belandden als ketters. Copernicus wachtte niet voor niets met de publicatie van zijn beroemde werk *De revolutionibus orbium coelestium (Over de omwentelingen der hemellichamen)* tot hij op zijn sterfbed lag (1543).

René Descartes (1596-1650) droeg met zijn stelling 'cogito ergo sum' ('ik denk, dus ik ben'), waarmee hij de geest van het lichaam scheidt, bij aan de oplossing van dit dilemma. De kerk hield zich voortaan bezig met zaken betreffende de geest en wetenschappers kregen de ruimte het lichaam te bestuderen. In zijn filosofische onderzoekingen stuitte Descartes op de subjectiviteit van de menselijke waarneming en hij stelde dat bewijsvoering moet plaatsvinden op basis van analyse en onbetwifelbare argumenten. Het woord 'analyse' komt uit het oud Grieks en betekent 'het opdelen in stukken' en analyseren is 'het ontleden van een complex probleem in zijn elementen'. De Griekse wetenschappers beargumenteerden dat materie werd gevormd door het samenspel van kleine onderdelen, welke zij 'atomen' noemden. Zij verkregen hun kennis door dissectie waarbij het lichaam in kleinere onderdelen werd verdeeld en gebruikten chirurgie om disfuncio-

nerende onderdelen van het menselijk lichaam te verwijderen. De logica, typerend voor de oud-Griekse beschaving, loste een probleem op door een deel ervan te isoleren uit zijn oorspronkelijke context. De oud-Chinese wetenschappers daarentegen waren meer geïnteresseerd in het begrijpen van een object in zijn omgeving. Zij bestudeerden hoe krachten op elkaar inwerken en hoe dingen elkaar beïnvloeden. Zij beschreven zaken als akoestische resonantie en magnetisme en ontdekten veel eerder dan de westerse wetenschappers dat de maan de getijden bepaalt. Hoewel zij een tijdje chirurgie bedreven werd dit verlaten en richtten zij zich op de holistische geneeskunst waarin het menselijk lichaam als een intact systeem wordt gezien dat wordt beïnvloed door omgevingsfactoren.

De verschillen in benadering van de wereld zijn tot op heden terug te zien binnen het gedachtegoed van de westerse versus de niet-westerse geneeskunde waarbij de analytische denkwijze van de oude Grieken het westers wereldbeeld bepaalt.

Door deze verschillende benaderingswijzen lijkt de kloof tussen beide onneembaar. De genezer die gebruikt maakt van niet-westerse geneeskunde vindt de regulier werkende arts 'te beperkt' en de regulier werkende arts vindt genezer die gebruik maakt van niet-reguliere technieken 'een zwever'. Zolang beide groepen niet begrijpen dat ze vanuit verschillende denkkaders de wereld waarnemen en dat het ene denkkader niet beter of slechter is dan het andere, zullen ze deze kloof niet overbruggen. Alleen daar waar ze een gemeenschappelijkheid hebben kunnen ze elkaar vinden. Het feit dat beide groepen hun patiënten willen genezen of in ieder geval 'beter' willen maken vormt deze gemeenschappelijkheid. Dus als ze met elkaar besluiten dat ze beide streven naar gezondheid en het welbevinden van hun patiënten dan ontstaat er een basis van waaruit ze kunnen gaan samenwerken ten gunste van onze patiënten. De zorgvisie IG kan de kloof tussen westers denkende regulier werkende artsen en de niet-regulier werkende genezers overbruggen. Voor regulier werkende artsen die zijn opgeleid in het analytisch westers

systeem betekent dit dat ze kennis moeten nemen van nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen om in te kunnen zien dat het beeld van het menselijk lichaam als een samengestelde machine waarbij disfunctionerende onderdelen vervangen dan wel gerepareerd dienen te worden, bijstelling behoeft. De huidige geneeskunde is nog steeds gebaseerd op het dogma van Descartes uit de zeventiende eeuw en regulier werkende artsen passen een interventie in principe pas toe als er een biomedische theorie aan ten grondslag ligt en de interventie een 'evidence based' gunstig effect heeft.

Ondertussen is er genoeg wetenschappelijk bewijs dat lichaam en geest niet zonder meer scheidbaar zijn. Helaas is deze kennis echter, op z'n zachtst uitgedrukt, slechts mondjesmaat aanwezig bij regulier werkende artsen. Hun werk wordt steeds verder opgedeeld in subspecialisaties en bestaat voor een steeds groter deel uit vergaderen en administratieve handelingen zodat het vaak aan tijd ontbreekt om vakliteratuur bij te houden. Ze zijn te druk met o.a. innovatieve projecten op het gebied van IT en het aanleveren van prestatie-indicatoren. Wellicht zou het helpen als de medisch specialisten zouden kunnen accepteren dat ze niet alles kunnen begrijpen en kunnen weten.

#### IG in de context van de veranderingen in de gezondheidszorg

De kwaliteit van de geleverde zorg krijgt steeds meer aandacht en artsen kunnen zich niet langer schuilhouden in hun ivoren torens maar dienen zich te verantwoorden. De laatste decennia is er een verschuiving binnen de gezondheidszorg opgetreden die we kennen uit het bedrijfsleven: het anglo-Amerikaanse managementmodel heeft het Rijnlandse managementmodel verdrongen. De 'p' van 'profit' ging hierbij steeds meer het ziekenhuis en daardoor ook het handelen van de medisch specialisten bepalen. Dit is versterkt door de invoering van een nieuw zorgstelsel begin 2006, waarin een gereguleerde marktwerking centraal staat en de patiënt wordt gezien als klant met keuzevrijheid. Concurrentie op

basis van kwaliteit en prijs is toegestaan. De huidige economische crisis heeft het faillissement van het handelen uit winstbejag aangetoond en zal waarschijnlijk leiden tot de terugkeer van het Rijnlandse managementmodel dat de Noord-Europeanen beter past. De hoop en verwachting bestaat dat hetzelfde zal gebeuren in de ziekenhuiswereld. Daarnaast werd het DBC-systeem (Diagnose Behandelings Combinatie) als nieuwe berekeningsmethode ingevoerd. Hiermee zou een deel van de behandelingen die in het ziekenhuis worden uitgevoerd vrij onderhandelbaar zijn hetgeen zou moeten leiden tot prijsdaling, transparantie in declaratiegedrag en verhoging van de kwaliteit. Dit DBC-systeem heeft anno 2008 helaas niet aan de verwachtingen voldaan. Wel is het zo dat overheid en zorgverzekeraars hun focus hebben gelegd op kwaliteit o.a. door de invoer van zogenaamde kwaliteitsindicatoren die moeten worden aangeleverd door de medisch specialisten. De kwaliteit van het door de medisch specialisten geleverde werk zou hiermee vergelijkbaar worden. Echter de kwaliteitsindicatoren moeten worden aangeleverd door dezelfde specialisten en bovendien is de vraag of de huidige set van indicatoren werkelijk iets zegt over de kwaliteit van de medische zorg. Een en ander heeft er wel toe geleid dat de medisch specialist zich in toenemende mate bezig moet houden met administratieve taken en overlegorganen.

#### IG in de context van nieuwe wetenschappelijke kennis

Binnen IG wordt gewerkt volgens het bio-psycho-sociaal model waarin de patiënt gezien en behandeld wordt binnen zijn lichamelijke, psychologische, sociaal-culturele en spirituele context. Nieuwe wetenschappelijke inzichten ondersteunen deze aanpak.

#### *Nieuwe inzichten die IG ondersteunen aangaande de werking van de hersenen*

—Wat beïnvloedt ons welbevinden? Wat is vrije wil? Wat zijn emoties? Tot voor kort waren deze vragen voornamelijk voorbehouden aan de filosofie, maar

dankzij baanbrekende onderzoeken in de neuro-wetenschappen komen er steeds meer verklaringen voor de werking van ons brein. Met behulp van fMRI ('functional magnetic resonance imaging') kunnen onderzoekers tegenwoordig zichtbaar maken waar in de hersenen werk wordt verricht. Bij hersenen denken we in eerste instantie aan bewustzijn maar ons onbewuste bepaalt, met een verwerkingscapaciteit die ongeveer 200.000 keer zo groot is als die van het bewustzijn, ons gedrag, ons denken en onze gevoelens.

In de medische opleiding wordt artsen geleerd dat de hersenen uit twee hersenhelften bestaan waarbij de linker hersenhelft staat voor logica en de rechter hersenhelft staat voor gevoel.

De neuroloog Antonio Damasio heeft in zijn boek *De vergissing van Descartes* (1994) aangetoond dat onze emoties en ons gedrag niet zozeer door de samenwerking tussen beide hersenhelften worden bepaald maar meer door de samenwerking van een tweetal hersenen. Hij onderkent enerzijds de bewuste, rationele, cognitieve en op de buitenwereld gerichte hersenen, de neocortex, en anderzijds de onbewuste, op overleven en het lichaam gerichte emotionele hersenen, het limbisch systeem. Dit limbisch systeem hebben wij mensen gemeen met reptielen en andere zogenaamd lagere diersoorten. Terwijl informatie beide hersengebieden min of meer tegelijkertijd bereikt, functioneren zij redelijk onafhankelijk van elkaar en bepalen beide op hun eigen wijze hoe wij het leven ervaren. Het resultaat van hun interactie maakt hoe we ons voelen. Werken ze samen dan ervaren we harmonie en voelen we ons gelukkig. Werken zij niet samen dan ervaren we stress. De bouw van het limbisch systeem is met zijn min of meer versmolten neuronen qua opbouw veel eenvoudiger dan de neocortex. Hierdoor wordt binnenkomende neurogene informatie veel sneller verwerkt dan in de neocortex. Het limbisch systeem is als het ware een commandopost die voortdurend informatie vanuit het lichaam ontvangt en hierop reageert om een dynamisch evenwicht te bewaren. Het limbisch systeem bestuurt zo onder andere de

ademhaling, de hartslag, de bloeddruk, de uitscheiding van hormonen en het immuunsysteem. De emotionele hersenen staan in een nauwer contact met het lichaam dan de cognitieve hersenen. Het is dan ook begrijpelijk dat het doordringen tot emoties vaak eenvoudiger is via het lichaam dan via taal. Hier ligt het aangrijpingspunt van mind-body-technieken. Daarnaast is aangetoond dat indien de amygdala, een onderdeel van het limbisch systeem, geprikkeld wordt bij angst, de werking van de hippocampus, het hersengebied voor geheugen, negatief wordt beïnvloed. Met andere woorden: als je bang bent kun je minder onthouden.

Tijdens de opleiding leerden artsen dat de hersencellen die het meest direct betrokken zijn bij informatieverwerking, de neurogenese, ergens tussen de zwangerschap en de eerste levensjaren ontstaan. Tegenwoordig weten we dat de neurogenese zich het hele leven voortzet, zij het niet meer zo intensief, evenals het aanleggen van nieuwe verbindingen tussen de hersencellen, de synaptogenese. Door deze plasticiteit van de hersenen kunnen we ook op hoge leeftijd iets nieuws leren en tot op hoge leeftijd leren omgaan met onze emotionele hersenen. Dit betekent ook dat we tot op hoge leeftijd kunnen leren omgaan met ons onbewuste en zo zelf een bijdrage kunnen leveren aan ons welzijn en onze gezondheid. Zo blijkt uit onderzoek waarbij de functies van de verschillende hersendelen in kaart worden gebracht, het zogenaamde 'brain mapping', dat hersendelen in staat zijn de functies van andere hersendelen volledig over te nemen. Er blijkt een continue competitie te bestaan dus de verbindende neuronen in ons hoofd: de hersenruimte nodig voor een eenmaal aangeleerde vaardigheid die niet meer in praktijk wordt gebracht, wordt ingenomen door een nieuw aangeleerde vaardigheid.

Zo heeft het onderzoeksteam van de beroemde Amerikaanse neuroloog Richard Davidson aangetoond dat het trainen van 'mindfulness' oftewel 'gewaar zijn' structureel positieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van het brein en daarmee voor welbevinden en mentale alertheid. Dat geluk te leren

is, zoals psycholoog Dr. Martin Seligman zegt, wordt vanuit de kennis van neuroplasticiteit begrijpelijk. Ook blijkt dat onze hersenen mede gevormd worden door de culturele context waarin we opgroeien maar ook dat onze hersenen veranderen als we verhuizen naar een andere culturele context.

Het begrip 'sociale neurowetenschap' werd door de psychologen Cacioppo en Berntson in de jaren negentig van de vorige eeuw geïntroduceerd. Het vakgebied 'Cognitive and Social Neuroscience' is inmiddels uitgegroeid tot een speerpunt in wetenschap van de eenentwintigste eeuw waarin psychologen en neurowetenschappers onder andere door gebruik te maken van de functionele MRI (fMRI) de werking van ons zogenaamde sociale brein bestuderen. Dit sociale brein is de optelsom van neurale mechanismen die onze gedachten, gevoelens en interacties met anderen vorm geven. Het is een biologisch systeem dat ons afstemt op, én dat beïnvloed wordt door, de innerlijke toestand van de mensen om ons heen. Waar alle andere biologische systemen in ons lichaam hun activiteiten reguleren door impulsen vanuit het lichaam zelf, is ons sociale brein uniek in zijn gevoeligheid voor impulsen buiten ons lichaam. Iedere keer dat we oog-, huid- of stemcontact maken met een ander mens vindt er een afstemming van de sociale breinen van beide individuen plaats.

Door de neuroplasticiteit van onze hersenen spelen sociale interacties zelfs een rol bij de herstructurering van onze hersenen doordat neurologische circuits bij een herhaaldelijke impuls gemodelleerd worden. Zo kan herhaaldelijke emotionele steun maar ook chronische pijn en woede van een ander onze hersenen veranderen.

Maar ook korte interacties met een ander beïnvloeden ons gedrag. Zo bleek uit een experiment van Bargh dat 66% van de vrijwilligers die tevoren onbewust beïnvloed waren door onaardige woorden een ander vroegtijdig onderbraken; tegen 16% van de vrijwilligers die te voren vriendelijke woorden te horen hadden gekregen.

Het sociale brein is geen duidelijk aanwijsbaar gebied in onze hersenen maar is meer een bruikbaar

concept om complexe samenwerkende systemen aan te duiden. Net zoals het 'motorisch brein' de centra voor beweging en het 'sensorisch brein' de centra voor zintuiglijke activiteit aanduiden.

Binnen de neurowetenschappen komt er steeds meer overeenstemming over de hersengebieden en specifieke neurale netwerken die een rol spelen bij verschillende sociale interacties.

Zo zijn circuits betrokken bij de interpretatie van iemands stem die de premotorische schors verbinden met het limbisch systeem en dan vooral met de amygdala. In de loop van het gesprek regelen directe verbindingen van de amygdala naar de hersenstam onze autonome responsen. Zo zal onze hartslag versnellen als het gesprek verhit raakt. Neuronen in de temporaalkwab zijn betrokken bij het herkennen en interpreteren van de emoties op het gezicht van de ander. De hersenzenuwen in de hersenstam zorgen voor de gepaste lach of frons op ons gezicht in antwoord hierop.

Spiegelneuronen in de prefrontale schors en pariëtaalkwabben zorgen voor de mentale beelden die in ons opkomen als we met een ander praten en spelen een rol bij het begrijpen en interpreteren van de acties van anderen en het aanleren van nieuwe vaardigheden door imitatie. Ook spelen spiegelneuronen een rol bij het inzicht in denkpatronen van anderen, taalverwerving en empathie.

Wanneer we ons op een ander afstemmen, ook wel 'rapport' genoemd, zijn er een tweetal routes in onze hersenen mogelijk. Allereerst is er een snel verlopende, onbewuste route via de lagere hersendelen door connecties met het sensorische brein, de thalamus en de amygdala. Emotionele besmetting verloopt via deze zogenaamde lagere route die dus automatisch en op onbewust niveau de gevoelens van een ander nabootst.

Daarnaast is er een trager verlopende zogenaamde hogere route via de thalamus naar de neocortex en vervolgens naar de amygdala voor een bewuste en meer doordachte respons. De prefrontale cortex heeft de taak onze emoties te modelleren zodat ze aangepast en effectief zijn en we, ondanks dat we

bijvoorbeeld onaangenaam getroffen zijn toch het gesprek kunnen voortzetten. Ook het cerebellum en de basale ganglia hebben een rol in ons sociale brein. Ze houden onze aandacht gefocust zodat we alert blijven op de voortdurende veranderingen van sociale signalen. Het sociale brein heeft zich het sterkst ontwikkeld in zoogdiersoorten die voor hun overleving afhankelijk waren van het leven in een groep. Evolutionair psychologen beweren dat het sociale brein zich heeft ontwikkeld in antwoord op de eisen die het leven in een groep stelt: het zorgt dat je weet wie en hoe je iemand te vriend moet houden, wie de macht heeft en op wie je kunt rekenen als je moeilijkheden hebt. Ook in onze moderne maatschappij zijn we nog steeds voor ons overleven afhankelijk van de daden en de vriendelijkheid van anderen. Direct na onze geboorte zijn het onze verzorgers die zorgen dat we eten, drinken, warmte en veiligheid ontvangen. Als we ouder of ziek worden zijn we opnieuw afhankelijk van de zorg van anderen. Zoals de Dalai Lama zegt: waarom zouden we dan in de tussenliggende periode niet vriendelijk voor anderen zijn? Ons geluk is immers verbonden met het geluk van de mensen om ons heen dus aardig zijn tegen anderen is eigenlijk niets anders dan je gezonde verstand gebruiken. Het omgekeerde is ook waar: hoe meer we onder invloed staan van wrok, bitterheid en onaardig gedrag hoe ellendiger we ons voelen. Het ontvangen van vriendelijkheid doet ons goed. Iedereen vindt het fijn om warm bejegend, begrepen en gehoord te worden. Vriendelijkheid geven doet ons eveneens goed. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vriendelijke mensen gezonder zijn, productiever, efficiënter, succesvoller in zaken, gelukkiger zijn en langer leven dan minder vriendelijke mensen. Ouderen die iemand hebben om mee te praten hebben minder kans op het krijgen van de ziekte van Alzheimer en het verzorgen van planten of het hebben van een huisdier helpt om een depressie te voorkomen. Kennelijk ben je met vriendelijkheid beter toegeerust voor het leven. Maar eigenlijk zijn alle wetenschappelijke onderzoeken die de voordelen van vriende-

lijkheid aantonen irrelevant voor het dagelijks leven. Ieder mens kan immers ervaren dat vriendelijk zijn ons leven zin en betekenis geeft en maakt dat we uitstijgen boven onze eigen (kleine) dagelijkse zorgen. De psycholoog en filosoof Piero Ferruci beschrijft in zijn prachtige boek *Vriendelijkheid als levenshouding en helende kracht* de ingrediënten van vriendelijkheid. Zo schrijft hij dat door oprechtheid alles eenvoudiger wordt hoewel op het eerste gezicht de waarheid vertellen ongemakkelijk lijkt omdat de waarheid ons in verlegenheid kan brengen. Daarom liegen we. Maar de leugendetector laat ons zien wat het effect is op ons lichaam als we liegen: onze bloeddruk, hartslag, ademhalingsfrequentie, transpiratie en spierspanning stijgen. Liegen is een zware lichamelijke inspanning. Functioneel hersenonderzoek laat zien dat we complexe handelingen moeten verrichten als we liegen die achterwege blijven als we oprecht zijn. Excentriekelingen die niet onder spanning staan om zich aan te passen aan anderen blijken langer te leven, gezonder en gelukkiger te zijn. Mensen die een dagboek bijhouden blijken gezonder te zijn dan degenen die dat niet doen. Het eerlijk zijn tegenover jezelf en uiting geven aan je emoties blijkt dus bevorderlijk voor je lichamelijke welbevinden.

#### *Inzichten aangaande de stress-respons en de meerwaarde van het vakgebied psychoneuroimmunologie die IG ondersteunen*

—In 1949 introduceerde Selye de term ‘stress respons’ waarmee hij de interactie tussen het neuroendocriene en het immunologische systeem beschreef dat ons beschermt bij dreigend gevaar. De term ‘stress’ leende hij van Cannon, die het weer leende van de fysica. Cannon gebruikte de term om het breekpunt van een organisme waar de homeostase niet meer kan worden behouden, te beschrijven. Cannon was ook degene die de rol van (nor)adrenaline en het sympathisch zenuwstelsel bij stress ontdekte en al in 1914 beschreef hij de ‘vecht-of-vlucht-reactie’ bij stress. Het is opmerkelijk dat het na de publicaties van Selye en Cannon het

meer dan een halve eeuw duurde voordat artsen erkenden dat stress, zowel fysiek als psychologische stress, een rol heeft bij het ontstaan en het beloop van ziekten.

Het stress-systeem heeft twee systemen: 1) het snelle chemische systeem ofwel het hypothalamisch-pituitair-adrenaal-systeem (HPA-as), en 2) het wat trager maar langer werkende elektrische systeem ofwel het sympathisch-adrenomedulair systeem (SAM). Een stressvolle stimulus wordt ontvangen in de hippocampus, gelegen in de binnenzijde van de temporaalkwabben. De hippocampus maakt net als de amygdala onderdeel uit van het limbisch systeem, onze 'emotieverwerker'. De hippocampus zet de hypothalamus aan tot secretie van CRH (corticotropine-releasing hormoon). CRH stimuleert de voorkwab van de hypofyse om ACTH (adrenocorticotroop hormoon, van *adren* = bijnier, *cortex* = schors en *trepoo* = aandrijven) ofwel corticotropine, te produceren. Het ACTH van de hypofyse (Engels: *pituitary gland*), zet vervolgens de bijnierschors aan tot de productie van corticosteroiden en dan met name tot de productie van glucocorticosteroiden (o.a. cortisol). Ondertussen heeft als gevolg van de stressor, wederom via het limbisch systeem, het autonome zenuwstelsel de bijniermedulla aangezet om de catecholaminen adrenaline en noradrenaline in een verhouding van 17:3 aan te maken. Deze catecholaminen veroorzaken de klassieke stress-symptomen zoals een verhoging van de hartslagfrequentie, de bloeddruk en ademhalingsfrequentie alsmede een toename van de alertheid en angstgevoelens. Glucocorticoiden en de catecholaminen remmen de werking van insuline waardoor opgeslagen eiwit en vet wordt omgezet in snel bruikbare energie (glucose en vrije vetzuren). De energiehuishouding wordt verbeterd door zowel een diepere en snellere ademhaling als een verwijding van de bronchiolen en een herverdeling van het bloedvolume zodat er meer zuurstof beschikbaar is en de noodzakelijke snelle energie-leverancier glucose naar voor overleving noodzakelijke organen gaat. Daarnaast treedt er een remming op van hormonen

die voor de directe overleving van het organisme niet noodzakelijk zijn, zoals insuline, prolactine, FSH en LH. Tegelijkertijd vindt er de uitstoot van sterke pijnstillers, de endorfinen, plaats. Samenvattend worden bij stress de lichaamsfuncties die te maken hebben met groei tijdelijk van minder energie voorzien: de inwendige organen krijgen minder bloed en het immuunsysteem en de lichaamsfuncties voor de geslachtelijke voorplanting worden geremd. Het hele stress-systeem is zelfregulerend hetgeen betekent dat na verloop van tijd de lichamelijke reacties uitdoven. Tenminste, als de acute stressor verdwijnt. Bij aanhoudende druk, oftewel chronische stress, kan er zowel een hyper- als een hypoactiviteit van de HPA-as ontstaan.

In 2000 bleek uit onderzoek aan de Universiteit van Californië dat er behalve een 'fight-or-flight'-respons ook een 'tend-and-befriend'-respons bestaat welke door het hormoon oxytocine wordt gemedieerd. Tot voor kort werd aangenomen dat oxytocine uitsluitend in de hypothalamus wordt geproduceerd. Echter recent onderzoek heeft aangetoond dat het op veel meer plekken wordt geproduceerd waaronder de eierstokken en zaadballen, maar ook in het hart en de bloedvaatwand. Oxytocine heeft een modulerende werking op de HPA-as en leidt tot een verminderde productie van ACTH en cortisol. Naast een angstreducerend, een verminderde pijngevoeligheid en mild sedatief effect, heeft oxytocine ook een bloeddrukverlagend effect en stimuleert het de wondgenezing. Het metabolisme verschuift onder invloed van oxytocine van overleven naar een herstelmodus waarbij de energie geïnvesteerd wordt in de opslag van voedingsstoffen, in groei en genezing. Aanvankelijk werd gedacht dat oxytocine alleen bij vrouwen werd geproduceerd na prikkeling van mechanoreceptoren in de vagina, cervix, uterus en de tepels. Nu blijkt dat bij aanraking van de huid van zowel vrouwen als mannen de oxytocineproductie eveneens toeneemt. Het hormoon, in de lekenpers 'het knuffelhormoon' genoemd, staat de laatste tijd meer in de belangstelling en wordt geroemd omdat het ons aardig, tevreden en rustig maakt. Daarnaast



zijn er diverse wetenschappelijke artikelen over het effect van oxytocine bij de sociale interactie van dier en mens. Zo leidt toediening van oxytocine via een neusspray tot een verhoging van het vertrouwen in de medemens en een beter herkennen van andermans emoties. Bij fMRI-hersenonderzoek blijkt de amygdala minder actief te zijn na oxytocine-toediening, hetgeen duidt op het angstreducerend effect van oxytocine bij sociale interactie.

### **De vier pijlers van Integratieve Geneeskunde (IG)**

#### IG-pijler 1: De arts als coach en de patiënt als mederegisseur

Een goede arts is naast een vakkundig en bekwaam beoefenaar van de geneeskunde eveneens een creatieve en inventieve ingewijde in de geneeskunst. Geneeskunst is een samenspel van techniek, kennis, kunde, intuïtie, ervaring en vaardigheden waarbij de vaardigheden verder reiken dan vakmanschap. Dit betekent dat je als arts het vermogen dient te hebben om over je eigen grenzen en die van je vakgebied heen te kunnen kijken en je in te leven in de mensen die je behandelt en waarmee je samenwerkt.

Een arts is niet langer een alleswetende solist maar een onderdeel van een multidisciplinaire team waarin de individuele vakkundigheid de hiërarchie bepaalt en waarbij persoonlijkheidskenmerken een rol spelen bij het samenstellen van de teams. Een arts dient te streven naar een zogenaamd dienend leiderschap omdat dit alle teamleden de ruimte geeft om het maximale uit zichzelf en hun team te halen. Als zorgverleners onderkennen dat ze een sociale interactie aangaan met hun patiënten en ze zich bewust zijn van hun eigen emoties en gedrag, kunnen artsen hun sociale brein inzetten voor hun patiënten en voor henzelf. Als een arts een meer coachende en motiverende rol aanneemt en de patiënt ziet als individu in een eigen leefomgeving met eigen beslissingsbevoegdheid en zijn keuzes respecteert, dan kan een arts, door de andere manier van omgang met zijn/haar patiënten en hun ziekten, een bijdrage

leveren aan de verbetering van de kwaliteit van hun leven.

Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt vertrouwen heeft in de arts als persoon. Want als er een vertrouwensband bestaat zijn de woorden van de arts vaak heilzamer dan een duur medicijn. Eigenlijk zijn de sociale kwaliteiten van een goede zorgverlener samen te vatten in het woord 'vriendelijkheid', oftewel 'met zorg en aandacht voor anderen'. De synoniemen van 'vriendelijkheid' zoals aangenaam, aardig, attent, beleefd, beminnelijk, bereidwillig, genadig, genegen, goedaardig, hartelijk, innemend, mild, prettig, toegenegen, toeschietelijk, voorkomend, welwillend, en zachtmoedig zijn in feite kwaliteiten die vriendelijkheid bepalen.

Kennis uit neurowetenschappelijk onderzoek zouden artsen moeten toepassen in hun dagelijkse praktijk. Uit psychologisch onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat het hebben van een keuze, naast het hebben van controle over je eigen leven, bijdraagt aan persoonlijk geluk. Dit geldt ook als je als patiënt kiest om je behandeling (gedeeltelijk) over te laten aan de hulpverlener.

Leven in onzekerheid doordat je als patiënt niet weet wanneer een vervolgonderzoek of een behandeling zal gebeuren, draagt bij aan gevoelens van hopeloosheid. En uit onderzoek blijkt dat als iemand een boodschap krijgt die hem angstig maakt, hij meestal overgaat tot actie. Echter, als de boodschap die angstig maakt niet gepaard gaat met een duidelijke en doeltreffende methode om het gevaar te verminderen, zal hij juist niet tot actie overgaan maar de boodschap verdringen of ontkennen. Dus als je als arts tegen je patiënt met overgewicht zegt dat hij een verhoogd risico heeft op bijvoorbeeld diabetes maar geen methode aanreikt om dit risico te verminderen, dan zal dit bij de patiënt leiden tot angst en ontkenning zonder een gewenste gedragsverandering. Ook een gezondheidszorg die uitgaat van ziekte en beperkingen zal eerder leiden tot angst en ontkenning bij patiënten. Als er echter wordt gesproken over dat wat wel (nog) kan, zal de patiënt gestimuleerd worden in zijn eigen daadkracht. Ook

het gegeven dat het geheugen gestoord raakt bij angst, zoals ontstaat na het ontvangen van slecht nieuws, zou implicaties dienen te hebben voor de inrichting van het spreekuur.

Daarnaast zou het zogenaamde zelfgenezend vermogen van het lichaam niet langer afgedaan moeten worden als placebo-effect maar dienen te worden ingezet om de patiënt zo effectief en veilig mogelijk te genezen, en dient het ontnemen van 'hoop' ten alle tijden te worden vermeden.

Natuurlijk blijft het essentieel om daar waar mogelijk, ziekten vakkundig te behandelen met operaties en medicijnen.

Om tot een dergelijke houding als arts te komen zul je als arts kennis moeten opdoen die buiten je eigen specifieke vakterrein ligt en je zult jezelf open moeten stellen voor kritische evaluatie van je eigen denken en handelen.

Binnen de medische beroepsgroep wordt veel aandacht besteed aan de bewaking van de kwaliteit van zorg. De hiervoor ontwikkelde instrumenten (zoals richtlijnontwikkeling, visitatie en herregistratie) richten zich echter maar in beperkte mate op het individueel handelen van artsen. Naar de mening van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) in 2005, dienen artsen die werkzaam zijn in de patiënten-zorg jaarlijks een evaluatiegesprek te voeren over hun functioneren als een wenselijke en noodzakelijke aanvulling op bestaande kwaliteitssystemen voor medisch handelen. De Orde van Medisch Specialisten is inmiddels met de uitwerking hiervan begonnen en in een aantal ziekenhuizen wordt voorzichtig gestart met een zogenaamd reflectietraject waarin medisch specialisten elkaars handelen evalueren.

Hoewel klantgerichtheid in bijna ieder visiestuk in de gezondheidszorg staat, is dit soms lastig terug te vinden binnen de ziekenhuismuren. De meeste klachten in de gezondheidszorg gaan over de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger terwijl deze wettelijk is geregeld. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

zijn de rechten en plichten van patiënten en zorgverleners vastgelegd en de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) beschermt de patiënt tegen ondeskundig handelen van zorgverleners. In de WGBO staat het begrip 'goed hulpverlenerschap' hetgeen betekent dat de zorgverlener de patiënt met respect behoort te bejegenen en in de wet BIG betekent 'deskundig handelen' dat de zorgverlener op een respectvolle wijze omgaat met de patiënt. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de landelijke organisatie van patiëntenverenigingen, heeft kwaliteitscriteria opgesteld waaraan goede zorg moet voldoen. Zo stelt de NPCF dat de zorgverlener de patiënt met respect en vertrouwen moet benaderen en dat een patiënt meer is dan een aandoening of ziekte. De zorgverlener moet de tijd nemen om te luisteren naar het verhaal van de patiënt en informeert hem/haar volledig over diagnose, onderzoek en behandeling. Dit kost tijd, maar dat hoort bij goede zorgverlening. Uiteraard dient de patiënt op zijn/haar beurt op respectvolle wijze met de zorgverlener om te gaan zoals op tijd op een consult komen en de afspraken over een behandeling nakomen. Op dit moment is de Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg in voorbereiding waarin de door de NPCF voorgestelde zeven rechten voor de cliënt in de zorg een juridische basis krijgen.

#### IG-pijler 2: Preventie en gezondheidsbevordering

In de reguliere medische opleiding wordt toekomstige artsen geleerd om zich vooral bezig te houden met de factoren die iemand ziek maken. Als het gaat over preventie zullen artsen zich ook moeten verdiepen in de factoren die ons gezond houden. Het blijkt dat de gezondheid van een individu waar ook ter wereld bepaald wordt door zijn/haar genetische aanleg, de beschikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen, gedragsfactoren zoals eetpatroon en lichamelijke inspanning, en omgevingsfactoren zoals beschikbaarheid van betaalbare groente en fruit maar ook of een gebouw zó is ingericht dat de werknemers gestimuleerd worden om de lift te nemen of de trap.

**Schema 2**

Ethisch raamwerk van veiligheid en effectiviteit (naar Cohen, 2005).

		effectief	
		ja	nee
veilig	ja	aanbevelen	tolereren
	nee	nauwkeurig monitoren	sterk afraden

Als we, bijvoorbeeld, met allerlei maatregelen zouden kunnen voorkomen dat mensen te dik worden, zullen we een bijdrage kunnen leveren aan de preventie van o.a. diabetes. Teveel eten op jonge leeftijd bijvoorbeeld, leidt tot een veranderde programmering in de hersenen en tot eetverslaving wat belangrijke consequenties heeft voor de hersenfunctie. Ook bij een geslaagde gewichtsreductie blijft er een levenslang gevoel van nooit echt verzadigd-zijn bestaan. Vanuit dit oogmerk is bijvoorbeeld de zogenaamde ‘Dikke Kinderen Polikliniek’ in het Slotervaartziekenhuis opgezet, evenals het lesprogramma ‘Kids in Balance’ dat kinderen tussen 10 en 12 jaar op school een gezonde, actieve en zelfbewuste levenshouding aanleert.

Het hebben van diabetes heeft invloed op zowel je levensverwachting als je kwaliteit van leven. De diabetespatiënt moet zijn leven anders gaan inrichten, moet afvallen, moet gaan sporten, moet de voorgeschreven medicatie op gezette tijden innemen en zich regelmatig (laten) controleren. De patiënt met een chronische ziekte lijkt hierin geen keuze te hebben: er moet van alles gedaan worden om niet nog zieker te worden terwijl het hebben van een chronische ziekte gekenmerkt wordt door een voortschrijdend beloop. Het falen is inherent bij deze aanpak welke is gebaseerd op angst. Zouden we onze focus kunnen verleggen van ziekte en beperkingen naar gezondheid en mogelijkheden, dan komt de hele ziekte in een ander daglicht te staan. Door te kijken naar wat je wél kan word je positief bekrachtigd. Een positief zelfbeeld leidt tot een

gelukkig gevoel en een gelukkig gevoel is nodig voor een hogere kwaliteit van leven.

Gelukkig lijkt een en ander ook doorgedrongen tot de politiek zoals blijkt uit de brief die minister Klink op 13 juni 2008 naar de voorzitter van de Tweede Kamer heeft gezonden. Hij pleit in zijn brief voor een programmatische aanpak van chronische ziekten welke internationaal bekend is onder de term ‘disease management’, waarin de patiënt centraal staat en waarin voorzien is in een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement van de patiënt en goede zorg.

#### IG-pijler 3: Evidence based complementaire technieken

Uit onderzoek blijkt dat, afhankelijk van definities, een derde tot de helft van alle patiënten in Nederland gebruik maakt van zogenaamde ‘aanvullende behandelingen’ en dat minder dan de helft dit meldt aan zijn/haar regulier werkende arts. Open en transparante communicatie tussen arts en patiënt rond aanvullende behandelingen naast reguliere zorg levert naast een basis voor veilige zorg ook een aanzet tot verbeterde ‘compliance’ van de patiënt voor de voorgestelde (reguliere) behandeling. De rol van de patiënt als mederegisseur van zijn behandeling wordt serieus genomen waarbij het doorvragen van de arts naar de overtuigingen van de patiënt met betrekking tot zijn ziekte, medicatie en kwaliteit van leven een belangrijk aandachtspunt is. De rol van de arts als coach en als professioneel adviseur ook als het gaat om aanvullende behandelingen, blijft

gestoeld op het ethische raamwerk van veiligheid en effectiviteit, waarbij een afweging wordt gemaakt tussen gunstig effect en neveneffect (zie Schema 2, p.237).

Als een behandeling aantoonbaar veilig en effectief is, dan kan je de behandeling aanbevelen. Is de behandeling veilig maar niet aantoonbaar effectief gebleken, dan kan je als arts de door de patiënt verkozen behandeling tolereren. Is een behandeling niet veilig maar wel effectief zoals bijvoorbeeld chemotherapie bij kanker, dan zal een nauwkeurige monitoring dienen plaats te vinden. Een behandeling die niet effectief is en daarnaast niet veilig zul je als arts ten allen tijde dienen te ontraden. Naarmate er meer bekend is over een middel kunnen we een uitgebalanceerder oordeel vellen.

Al jaren is er veel discussie over complementaire en alternatieve geneeswijzen en de derde pijler van IG is dan ook de meest controversiële. Wanneer noem je een behandeling alternatief en wanneer complementair? Als een behandeling bewezen effectief is volgens de regels van de evidence based geneeskunde, mag je die behandeling dan nog complementair noemen of kun je hem opnemen in het arsenaal van de reguliere geneeskunde? Deze vragen roepen verhitte discussies op tussen voor- en tegenstan-

ders. In deze discussies wordt vooral gefocust op effectiviteit waarbij het veiligheidsaspect van een behandeling soms vergeten lijkt te worden. En in het huidige spanningsveld lijkt er weinig ruimte voor een dialoog. De zorgvisie IG biedt ruimte voor evidence based complementaire technieken die al of niet in het ziekenhuis worden toegepast. De verschillende optionele behandelingsmogelijkheden worden binnen de IG-visie dan ook niet zozeer geclassificeerd naar regulier of niet-regulier maar naar aangrijpingspunt.

Zo worden bio-energetische, biomechanische, biochemische en lifestyle-behandelingen onderscheiden (zie Tabel 1). Chirurgie blijkt bijvoorbeeld hetzelfde aangrijpingspunt te hebben als bijvoorbeeld massage en ze worden allebei als een biomechanische behandeling aangemerkt.

Binnen IG wordt gezocht naar de meest effectieve en de meest veilige behandeling die het best past bij de patiënt.

#### *Bio-energetische behandelingen*

—Er bestaat geen wetenschappelijk begrip voor het bestaan van ‘bio-energetische energie’. Wel is er voldoende bewijs dat acupunctuur bij specifieke aandoeningen beter werkt dan conventionele thera-

Tabel 1

Classificatie aangrijpingspunt van behandelingen.

<b>Bio-energetische behandelingen</b>	acupunctuur, acupressuur, healing/therapeutic touch, gebed, homeopathie
<b>Biomechanische behandelingen</b>	chirurgie, osteopathie, chiropraxie, lichaamswerk, massage
<b>Biochemische behandelingen</b>	medicatie, kruiden, vitaminen, mineralen, supplementen
<b>Lifestyle behandelingen</b>	mind-body-technieken, lichaamsbeweging, dieet, roken, alcohol, omgevingsfactoren

pie. Cochrane-studies hebben bijvoorbeeld aangetoond dat patiënten met hoofdpijn minder frequent klachten hebben met een acupunctuurbehandeling dan bij het gebruik van met pijnstillers. Ook in het voorkomen van migraine blijkt acupunctuur beter dan conventionele medicatie. Biochemische studies en hersenonderzoek lijken meer en meer bewijs te leveren dat naalden het vrijkomen van endogene opiaten bevorderen hetgeen de heilzame werking bij sommige aandoeningen zou kunnen verklaren. Andere studies lijken te suggereren dan bio-energetische behandelingen zoals therapeutic touch en gebedsgenezing meer effect hebben dan alleen het placebo-effect. In een overzichtsartikel van 23 placebo-gecontroleerde randomized clinical trials (RCT's) over 'spirituele genezing' welke in totaal 3000 patiënten betroffen, werd door Ernst e.a. bij 50% van de studies een positief resultaat geconstateerd. De discussie over de werkzaamheid van homeopathie is nog niet afgerond. Voor al deze behandelingen geldt dat hoewel hun effectiviteit in keiharde getallen ter discussie staat, er geen bezwaar is vanuit het oogpunt van veiligheid zolang de patiënten zich niet onttrekken aan eventueel noodzakelijke reguliere behandeling.

#### *Biomechanische behandelingen*

—Ook deze categorie bestaat uit zeer diverse behandelingsopties met elk hun eigen indicatiegebied en neveneffecten, waarbij (klinisch) onderzoek ook hier duidelijkheid zal gaan verschaffen over de effectiviteit en veiligheid bij verschillende aandoeningen. Niemand stelt zich bij chirurgie bijvoorbeeld de vraag 'of het werkt'. Toch is chirurgie bij spanningshoofdpijn geen optie evenwel bij een ontstoken blindedarm een noodzakelijke behandeling. Massage, een verzamelnaam voor diverse manuele technieken die druk, tractie en manipulatie van de weke delen aan het lichaamsoppervlak toedienen, bevordert de bloedtoevoer en lymfedrainage waardoor de toevoer van zuurstof en de afvoer van afvalproducten wordt vergroot. Daarnaast zijn er neurogeen-gemedieerde effecten die de spierspan-

ning doen afnemen en blijken bij massage oxytocinespiegels bij zowel patiënt als therapeut te stijgen. Het wetenschappelijk onderzoek over massage is lastig te interpreteren met name door het vinden van een geschikte controlegroep. Toch blijft er voldoende evidence over. De Cochrane Systematic Reviews aangaande de behandeling van acute en chronische aspecifieke lage rugpijn en die over musculoskeletale pijn concludeerden dat massage effectief en veilig is. Uit diverse randomized clinical trials (RCT's) blijkt dat massage een angstreducerende werking heeft bij de bevalling, bij patiënten met een CVA en patiënten met brandwonden, een gunstig effect heeft bij constipatie en dat het algemeen welbevinden toeneemt bij patiënten met (borst)kanker, fibromyalgie en degenen die een coronary bypass-operatie moeten ondergaan.

#### *Biochemische behandelingen*

—Artsen leren naast de indicatie van een bepaald geneesmiddel iets over hun bijwerkingen en interacties met andere middelen, de toxiciteit. Ieder nieuw geneesmiddel wordt, voordat het op de markt gebracht wordt, op meerdere aspecten gecontroleerd. Eerst worden er experimenten verricht op cellen, dan zoogdieren. Dan volgt fase-1 van het geneesmiddelenonderzoek met experimenten bij gezonde vrijwilligers. Vervolgens krijgt een streng geselecteerde groep proefpersonen het middel (fase-2) waarna in grootschalige onderzoeken langdurig wordt gekeken naar de bijwerkingen in vergelijking met een al bestaand vergelijkbaar product (fase-3). Hierna komt het potentiële middel bij het College ter beoordeling van nieuwe geneesmiddelen (CBG) terecht dat een advies geeft aan de staatssecretaris voor de volksgezondheid. Als een geneesmiddel wordt goedgekeurd, wat het geval is bij ongeveer twee van de duizend middelen, wordt het wettelijk geregistreerd, gepatenteerd en mag het verkocht worden. De strenge controles zijn echter geen waterdichte garantie dat er in de loop van de tijd niet toch problemen ontstaan met het geneesmiddel. Van het geregistreerde middel worden onverwachte bijwer-

kingen of interacties met andere geneesmiddelen bijgehouden (fase-4) en het kan dus voorkomen dat een geregistreerd middel alsnog uit de handel wordt genomen. In 2007 is de nieuwe geneesmiddelenwet in werking getreden waarin ook de geneesmiddelen die zonder doktersrecept verkrijgbaar zijn, de zogenaamde zelfzorggeneesmiddelen, opgenomen zijn. In juni 2008 constateerde de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) dat 44% van de mensen die hun zelfzorgmedicatie bij de drogist of supermarkt kochten een langdurige ziekte of aandoening had. Bijna 20% van deze patiënten wist niet of het gekochte zelfzorgmiddel veilig gebruikt kan worden met hun overige medicatie. Over de toxiciteit van supplementen en kruiden die vrij verkrijgbaar zijn is nog minder bekend. Het grote publiek concludeert dat het veilig is omdat het zonder recept te koop is en de medisch specialist weet over het algemeen niet dat dergelijke middelen worden gebruikt en/of gelooft niet in de werking ervan. Betrouwbare informatie over toxiciteit of interactie met andere middelen is lastig te vinden. Via de website van de National Center for Complementary and Alternative Medicine ([nccam.nih.gov/health](http://nccam.nih.gov/health)) is enige informatie te verkrijgen. Wil je evidence based informatie vinden over de werking van verschillende fytotherapeutica, dan kan dat eventueel via de Cochrane Library ([www.cochrane.nl](http://www.cochrane.nl)) hoewel het lastig zoeken is omdat publicaties niet op medicijn gerubriceerd zijn en planten niet altijd met hun wetenschappelijke naam zijn aangeduid. De website van IOCOB ([www.iocob.nl](http://www.iocob.nl)) heeft, hoewel niet compleet, een up-to-date overzicht. Op de website van het Memorial Sloan-Kettering Cancer Center ([www.mskcc.org](http://www.mskcc.org), via 'About Herbs') is eveneens veel te vinden over de werking en de (schadelijke) interacties van kruiden. Maar het blijft behelpen. Een arts die reguliere medicatie voorschrijft, kan dosering, (bij)werking en interactie nalezen in het *Farmaceutisch Kompas*. Daar staat echter niets over interacties met kruiden en supplementen.

Uit onderzoek blijkt steeds vaker dat diverse supplementen risico's op complicaties geven. Zo werkt

het bij de drogist verkrijgbare sint-janskruid goed bij gematigde depressies, én het verstoort de werking van de anticonceptiepillen en geeft ongewenste bijverschijnselen bij gelijktijdig gebruik van bijvoorbeeld astmamedicatie, synthetische antidepressiva en bloedverdunders. Daarnaast heeft sint-janskruid invloed op de bloedstolling en kan het, net als vitamine C en Ginkgo-preparaten, de aanmaak van cortisol verminderen met consequenties bij een operatieve ingreep.

Dus ook al 'geloof' je als arts niet in het gezondheidsbevorderende effect van 'voedingssupplementen' of 'de werking' van kruiden, je zult in het belang van veilige zorg op de hoogte moeten blijven van nieuwe wetenschappelijke inzichten.

Op dit moment wordt aangaande complementaire behandelingen vooral gekeken naar effectiviteit. Het wordt tijd om tevens te focussen op de veiligheid. Hier is een taak voor de overheid weggelegd door bijvoorbeeld een nationale databank in te stellen waar informatie te vinden is over de toxiciteit van middelen die zonder recept gekocht kunnen worden.

#### *Lifestyle behandelingen*

—Dat dertig minuten lichaamsbeweging, stoppen met roken en slechts in geringe mate alcohol nuttigen goed is, is langzamerhand gemeengoed geworden. Dat omgevingsfactoren ziekmakend kunnen zijn, is algemeen bekend. Dat mind-body-technieken helend zijn wordt af gedaan als 'zweverig' en dat is jammer want in de afgelopen jaren is een schat aan evidence bekend geworden over de heilzame werking hiervan.

'Mindfulness' is een van de meest onderzochte richtingen die zich hebben ontwikkeld op basis van de oosterse inzichten over meditatie. Bij mindfulness, oftewel aandachtsgerichtheid, gaat het erom de eigen gedachten, emoties en lichamelijke gewaarwordingen waardevrij waar te nemen zonder oordeel, zonder de behoefte controle uit te oefenen of iets te veranderen. De training in mindfulness werd door Jon Kabat-Zinn, voormalig microbioloog aan de Universiteit van Worcester,

Massachusetts ([www.umassmed.edu/cfm](http://www.umassmed.edu/cfm)), dertig jaar geleden ontwikkeld voor patiënten met ernstige gezondheidsklachten die uitbehandeld waren. De inmiddels klassiek geworden cursus MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) bestaat uit een achttweeke groepsbijeenkomst van drie uur waarbij de deelnemers met uiteenlopende klachten een programma volgen met bodyscan, zitmeditatie en verschillende yoga-oefeningen volgens een vast stramien. Training in mindfulness in het dagelijks leven en huiswerkopdrachten vormen eveneens een onderdeel van het programma. Ruim 65 empirische studies en vier meta-analyses hebben laten zien dat door deze training de pijnbeleving afneemt die ook op lange termijn aanwezig blijft, mentale problemen worden verlicht en het psychologisch functioneren wordt verbeterd.

De Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT, Segal, Teasdale, Williams) om terugval van depressie te voorkomen, de Dialectische Gedragstherapie (Linehan) voor borderlinepatiënten en de Acceptance Commitment Therapy (Hayes) zijn moderne therapievormen die gebruik maken van de principes van mindfulness ([www.aandachttraining.nl](http://www.aandachttraining.nl)).

Onder leiding van de opvolger van Kabat-Zinn, Saki Santorelli, zijn er nu ook voor andere terreinen in de maatschappij cursussen ontwikkeld.

Het neurowetenschappelijk onderzoek naar de effecten van mindfulness, meditatie en yoga is in de laatste jaren explosief gestegen. Zowel hersenveranderingen als verbeteringen in de immunrespons kunnen met behulp van moderne (beeldvormende) technieken worden aangetoond.

#### IG-pijler 4: De gezonde omgeving

In de afgelopen jaren zijn er diverse (commerciële) initiatieven ontstaan om een gezonde werkomgeving in het ziekenhuis vorm te geven.

Een voorbeeld hiervan is het concept van Planetree ([www.planetree.nl](http://www.planetree.nl)) en in Canada heeft het netwerk van Regional Geriatric Programs (RPG) een zogenaamde 'toolkit' ontwikkeld om te komen tot een Senior Friendly Hospital ([www.rpgs.on.ca](http://www.rpgs.on.ca)) waarin

rekening wordt gehouden met de oudere patiënt. Er worden concrete adviezen gegeven over de fysieke inrichting van een ziekenhuis gebaseerd op de fysieke beperkingen van ouderen. Er wordt bijvoorbeeld geadviseerd om helder licht te gebruiken, schaduw en scherpe lichtcontrasten te vermijden en te zorgen voor goed verlichte toiletten en badkamers omdat ouderen 30% meer licht nodig hebben om adequaat te kunnen zien. Omdat lawaai kan leiden tot angst, verwardheid en vermoeidheid worden er adviezen gegeven ten aanzien van achtergrondgeluid (ventilatiesysteem, muziek in de wachtruimte) en het gebruik van geluidsabsorberende bouwmaterialen. Ook de verminderde mobiliteit van ouderen wordt meegenomen in de richtlijnen. Zo is het advies om matte materialen te gebruiken voor vloeren zonder bonte kleuren om de kans op vallen ten gevolge van visuele misinterpretatie te voorkomen en deuren te gebruiken die zijn te openen door iemand met verminderde spierkracht. Daarnaast geeft men adviezen ten aanzien specifieke ruimten in een ziekenhuis zoals het plaatsen van zitjes in een gang of na de overgang van daglicht naar kunstlicht om te kunnen adapteren aan de veranderde lichtintensiteit. Zowel het concept van Planetree als dat van het Senior Friendly Hospital gaan verder dan aanpassingen voor rolstoelen en liftvoorzieningen en het gebruik van kleur en geur. Er is aandacht en respect voor de mens met zijn eigen culturele en spirituele achtergrond en specifieke behoeften die daar uit voortvloeien. Recent heeft Karin Dijkstra verslag gedaan in haar dissertatie (Twente, 2009) hoe de gebouwde omgeving effect heeft op het gevoel van de gebruikers.

Maar ook zonder dergelijke concepten is er met gezond verstand veel te verbeteren aan de omgeving waarin patiënten worden gezien.

Het Netwerk Cliëntenraden in de Zorg ([www.ncz.nl](http://www.ncz.nl)) heeft de zogenaamde BAS-formule ontwikkeld om een ziekenhuis te beoordelen. BAS staat voor Bejegening, Aandacht en Sfeer. Je zou dit terug kunnen brengen naar het bepalen van de V-factor, die staat voor de mate van oprechte vriendelijkheid bin-

nen de ziekenhuismuren. Zoals gezegd: we voelen ons goed als we vrijgevig zijn en aandacht hebben voor anderen. Als we vriendelijk zijn, verspillen we geen energie aan wantrouwen, zorgen en manipulatie. Economisch gezien is vriendelijkheid gunstig omdat het tijd en energie spaart en bijdraagt aan het welbevinden van medewerkers waardoor het ziekteverzuim afneemt. Daarnaast wordt er zo een bijdrage geleverd aan het genezingsproces van de patiënten.

### **Conclusie**

Aan de hand van een grove schets hebben we getracht ondersteunende inzichten aan te leveren om de huidige ontwikkelingen aangaande IG te begrijpen.

Naar ons idee heeft IG een toegevoegde waarde binnen de gezondheidszorg en sluit zij naadloos aan bij actuele maatschappelijke, politieke en medische ontwikkelingen en nieuwe inzichten.

Als het gaat om de IG-inzichten doelmatig vorm te geven, zijn er nog veel vragen te beantwoorden. Communicatie lijkt daarbij een van de belangrijkste factoren en expertisecentra zullen daarbij een sleutelrol kunnen vervullen.

Het NIKIM wil zich in de komende vijf jaar specifiek richten op de deskundigheidsbevordering aangaande IG van professionals in de gezondheidszorg om zo IG in toenemende mate te kunnen implementeren.

Daarnaast zal het NIKIM zich onverminderd blijven inzetten om IG zichtbaar te maken op het gebied van patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, educatie van zowel medisch studenten als de Nederlandse bevolking en beleidsmakers.



### > Samenvatting

Integratieve Geneeskunde is een uitbreiding ten opzichte van de reguliere geneeskunde. Deze aanpak heeft een context in het wetenschappelijk denken, de veranderingen daarin, en de nieuwe basis die daarvoor wordt ontwikkeld. De eigen betrokkenheid in de beleving komt daarmee ook centraal te staan in

haar belang in gezondheidsbeleving, en gezondheidszorg. Voor de behandelaars geeft dit inzicht in de toepassing daarvan in de praktijk. De arts is daarin adviseur, preventie staat centraal, effectiviteit is een vereiste, en de omgeving moet gezond zijn.

### > Summary

Integrative Medicine adds various qualities to regular medical care. The method has a scientific basis, thus must account for the changes in science, and adopt the new science being developed. Personal involvement therein matters; in science and in

health care. This is relevant for the practitioner also. Doctors function as consultants, prevention stands central, effectiveness a must, and the environment must be healthy.

### Key words

Integrative Medicine ■ effective therapies  
■ involvement ■ healthy conditions  
■ healing environments

### Auteurs

Inès von Rosenstiel, Hoofd vakgroep Kinder-geneeskunde, voorzitter stuurgroep Integrative Medicine Slotervaartziekenhuis Amsterdam en voorzitter NIKIM (Nationaal Informatie en Kenniscentrum Integrative Medicine).

✉ [Ines.vonrosenstiel@slz.nl](mailto:Ines.vonrosenstiel@slz.nl)

Karliën Bongers, chirurg VieCuri Medisch Centrum Venlo, bestuurslid NIKIM

✉ [kmbongers@wanadoo.nl](mailto:kmbongers@wanadoo.nl)

Voor nadere informatie: [www.nikim.nl](http://www.nikim.nl)