



**Karlien Bongers** is chirurg (niet-praktiserend) specialist Integrative Medicine. Ze heeft een eigen coachings- en adviespraktijk en is hoofddocent van de tweejarige STIBIG post-HBO-opleiding tot Integrative Medicine zorgverlener.

## RESUMÉ

### VRAAG:

Wat bevordert doorverwijzingen vanuit de reguliere zorg naar een complementaire of integratieve behandeling?

### BEVINDINGEN:

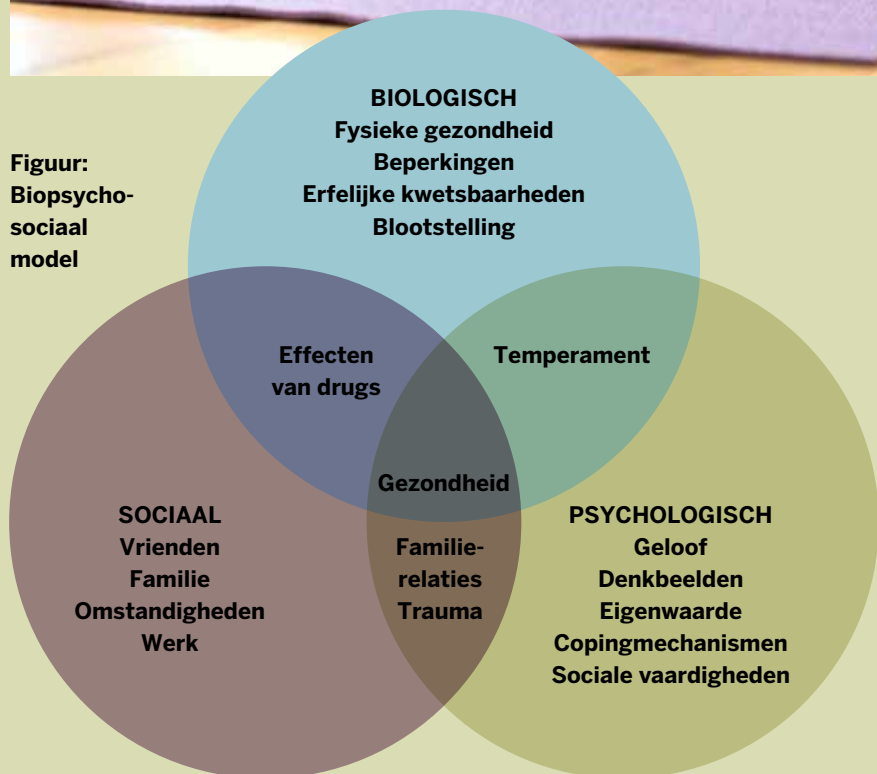
Voldoende data en positief bewijsmateriaal voor de veilige en effectieve toepassing van een behandeling of een behandelwijze (zoals bij bepaalde complementaire en integratieve interventies bij borstkanker) vormen een belangrijke stimulans voor het wel of niet doorverwijzen van patiënten voor een aanvullende of ondersteunende behandeling. Kennis van het bestaande bewijs door de therapeut is daarom van belang.

### BETEKENIS:

Door actief te communiceren over het bewijs in je vakgebied, bevorder je de kennis bij zorgverleners die gebruikmaken van andere vormen van zorg en ontstaat er meer draagvlak om door te verwijzen.



**Figuur:**  
Biopsychosociaal model



# Verwijzing naar de complementaire zorg bij borstkanker

naar wie er wordt doorverwezen, wordt mede bepaald door de aan- of afwezigheid van kennis en het bewustzijn hierop bij de primaire behandelaar

Niemand kan of weet alles. Er zijn mensen die veel verschillende dingen kunnen of een beetje weten van veel verschillende onderwerpen. Anderen hebben zich gespecialiseerd in één vakgebied en weer anderen kunnen vooral goed overzicht houden. Sommigen zijn goed met hun handen, met hun hoofd, en weer anderen in het verbinden van beiden. Ook zijn er mensen die het beste presteren als ze hun intuïtie volgen. En waar de een floreert in teamverband is dat voor de ander vooral bij solistisch werk. Voor sommigen is wedijveren nodig om het beste uit zichzelf te halen, terwijl anderen juist verlammen door een gevoel van competitie.

**W**e zijn allemaal anders, met verschillende kennis en vaardigheden. Vanaf het begin van het bestaan van de menselijke soort heeft dat ons geholpen om te komen waar we nu zijn. Zo is de reguliere gezondheidszorg (in)gericht op het bestrijden van ziekten, klachten en beperkingen. Regulier medisch-wetenschappelijk onderzoek houdt zich dan ook vooral bezig met het determineren en elimineren van factoren die ons ziek maken. De prestaties van deze reguliere werkwijze zijn fantastisch als het gaat om de behandeling van acute ziekten zoals een blindedarmontsteking of sepsis. Mede daardoor zien we in de westerse wereld een verschuiving van het aantal acute ziekten naar meer chronische ziekten zoals bijvoorbeeld diabetes, depressie en diverse vormen van kanker. Bovendien maakt de reguliere aanpak gebruik van nieuwe technologieën waardoor bijvoorbeeld een versleten heup kan worden vervangen en we zonder de schedel te hoeven lichten in het brein kunnen kijken.

**Door de focus op** ziekte van het lichaam, richten regulier werkende zorgverleners zich met name op het fysieke aspect van het menselijk bestaan. Doordat hun kennis gevoed wordt door regulier medisch-wetenschappelijk onderzoek, is het niet meer dan logisch dat er gezocht wordt naar de fysieke oorzaak die het lichaam ziek maakt. Vervolgens wordt er een fysieke behandeling gegeven om deze oorzaak te elimineren, zoals een operatie of medicatie. Technologie kan zowel bij het diagnostisch proces als bij de behandeling een belangrijke bijdrage leveren. Echter, zo succesvol als de reguliere aanpak is bij acute ziekten, ze schiet tekort bij de behandeling van chronische ziekten.

**Dat emotionele, mentale en** spirituele aspecten een rol spelen bij het ontstaan en het beloop van ziekten is ook binnen de reguliere zorg bekend. In steeds meer medische subspecialis-

men wordt gebruikgemaakt van het zogenaamde biopsychosociale model om factoren die de ziekte beïnvloeden in beeld te krijgen en een op de patiënt afgestemd behandelingstraject te ontwerpen (zie figuur op pag. 16). Ook het spinnenwebmodel van het concept Positieve Gezondheid wordt gebruikt om inzicht te krijgen in hoe het gesteld is met het dagelijks functioneren, lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, zingeving en meedoen in het sociale en maatschappelijke leven. Dat wil niet zeggen dat de primair behandelend arts alle aspecten die een rol spelen ook zelf zal behandelen. Als het vermoeden bestaat dat bijvoorbeeld verdriet, angst of belemmerende overtuigingen een rol spelen bij het beloop van de lichamelijke aandoening, dan zal er verwezen worden naar een behandelaar die zich heeft gespecialiseerd in de geest, zoals de psycholoog of de psychiater. Bij meer spirituele vraagstukken zal er (eventueel) worden doorverwezen naar de geestelijke verzorger en bij meer maatschappelijke problematiek naar het maatschappelijk werk.

**De aan- of afwezigheid** van kennis en het bewustzijn hierop bij de primaire behandelaar bepaalt mede of en naar wie er wordt doorverwezen. Zo bleek onlangs uit een systematische review in The Lancet dat, hoewel wordt onderkend dat voeding centraal staat in een gezonde levensstijl, voeding onvoldoende aan bod komt in de medische opleidingen wereldwijd. Hierdoor missen artsen kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen, niet alleen om voedingsadviezen te geven maar ook om eventuele problemen die met voeding te maken hebben te diagnosticeren om tot een goede verwijzing te kunnen komen. Helaas heeft dit de laatste 50 jaar niet geleid tot aanpassing van het curriculum.<sup>[1]</sup> Dezelfde problematiek speelt voor andere onderwerpen die invloed hebben op ziekte en gezondheid, zoals slaap, beweging, verbinding met de natuur, eenzaamheid en stress. Zo is bijvoorbeeld al langer bekend dat het ervaren van stress een belangrijke invloed heeft op ziekte, waarbij het adagium 'het is stress en dat zit tussen je oren' niet meer van deze tijd is. Het juist diagnosticeren en adequaat verwijzen vergt gedifferentieerde (ervarings)kennis die niet zonder meer bij iedere zorgverlener aanwezig is.

**Om reguliere behandelaars te** helpen met hun verwijzingen is het noodzakelijk om aan te sluiten bij hun manier van werken. Dus wetenschappelijk onderbouwde interventies, liefst gericht op ziekten en/of symptomen. Door gebruik te maken van het graderingsschema interventies van het U.S. Preventive Services Task Force (zie tabel 1 op pag. 19) wordt de mate van wetenschappelijke onderbouwing van effectiviteit en veiligheid direct vertaald in een advies voor de klinische praktijk. Een goed voorbeeld is het artikel over de bijdrage van complementaire interventies bij borstkanker.<sup>[2]</sup> Hierin zijn op basis van de wetenschappelijk onderbouwde klinische richtlijnen voor het gebruik van Integrative Medicine (IM) bij borstkanker<sup>[3]</sup> de effectieve behandelingen >



geordend op basis van klachten en soort interventie met bijpassende gradering (zie tabel 2 en 3 op pag. 19 en 21). Zo is het duidelijk voor de complementair werkende zorgverlener bij welke klachten er wetenschappelijk bewijs is voor zijn/haar interventie en voor de reguliere zorgverlener naar wie hij/zij kan verwijzen bij welke symptomen. Bij gradering A en B is het niet nodig dat de reguliere verwijzer ervaring heeft met de interventie. Bij een gradering C zullen de voorkeur van de patiënt en de ervaring van de verwijzer een prominentere rol spelen voor een eventuele verwijzing.

**Hoewel er niet veel** wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar het gebruik van complementaire interventies in Nederland, weten we uit oudere studies dat tenminste 22 procent van de vrouwen met borstkanker er gebruik van maakt.<sup>[4]</sup> Een Nederlandse studie uit 2006 laat zien dat vrouwen tussen 45 en 54 jaar met borstkanker en klachten van vermoeidheid en verminderd welbevinden vaker een complementaire zorgverlener bezoeken.<sup>[5]</sup> Om deze groep adequaat door te verwijzen en om de graad A en B bewezen effectieve en veilige interventies voor een veel grotere groep beschikbaar te stellen, is



het zaak interventieschema's met gradering van wetenschappelijke bewijslast onder de aandacht te brengen van reguliere behandelaars. Natuurlijk geldt dit niet alleen voor behandelaars van borstkanker. Ook voor andere ziekten en symptomen zijn dergelijke interventieschema's te maken. Zo zouden, in navolging van de Verenigde Staten en de ons omringende landen in Europa, meer patiënten baat kunnen hebben van veilige en effectieve interventies.

&gt;

in Nederland maakt tenminste 22 procent van de vrouwen met borstkanker gebruik van complementaire interventies

Gradering	Definitie	Advies klinische praktijk
A	Hoge waarschijnlijkheid dat deze interventie een substantieel positief effect heeft	Biedt interventie aan
B	Hoge waarschijnlijkheid dat deze interventie een positief effect heeft of een redelijke waarschijnlijkheid dat de interventie een substantieel positief of tenminste een positief effect heeft	Biedt interventie aan
C	Redelijke waarschijnlijkheid dat de interventie een gering positief effect heeft	Afhankelijk van het professionele oordeel en voorkeur van patiënt kan interventie worden aangeboden

**Tabel 1: Gradering interventies naar US Preventive Services Task Force**

Interventie	Symptomen	Gradering
Acupunctuur	Misselijkheid / braken bij chemotherapie en postoperatief	B
Acupressuur (Pericard 6)	Misselijkheid / braken bij chemotherapie	B
Hypnose	Vermoeidheid bij radiotherapie	A
Massage	Stemmingsstoornissen / depressie (na behandeling)	B
Meditatie	Verminderde kwaliteit van leven Angst en / of gevoel van stress	A B
Mindfulness	Verminderde kwaliteit van leven / stemmingsstoornissen depressie / angst / gevoel van stress	A
Muziektherapie	Stemmingsstoornissen (met name bij metastasen) Angst / stress (interventie tijdens chemo en radiotherapie sessie)	B B
Relaxatie door geleide visualisatie of progressieve spierrelaxatie	Stemmingsstoornissen (interventie tijdens behandeling)	A
Yoga	Stemmingsstoornissen / vermoeidheid Angst / gevoel van stress	A B

**Tabel 2: A- en B-bewijs niet-farmacologische interventies bij (borst)kanker naar interventie**



Symptoom	Interventie	Gradering
Postoperatieve misselijkheid/braken	Acupunctuur (pericard 6)	B
Operatiegerelateerde pijn	Hypnose / muziektherapie	C
Door chemotherapie geïnduceerde misselijkheid/braken	Acupunctuur / acupressuur Geleide visualisatie / gember	B C
Angst / ervaren stress	Yoga / meditatie / mindfulness Massage / geleide visualisatie / progressieve spierrelaxatie	B C
Stemmingsstoornissen (depressie)	Mindfulness / geleide visualisatie / progressieve spierrelaxatie / yoga Massage / muziektherapie Acupunctuur	A B C
Kwaliteit van leven	Meditatie / mindfulness Qi gong / yoga / geleide visualisatie / progressieve spierrelaxatie	A C
Musculoskeletale klachten bij Aromataseremmer	Acupunctuur	C
Vermoeidheid	Hypnose / yoga Qi gong / acupunctuur / ginseng	A C
Hormoonbehandeling-geassocieerde opvliegers	Acupunctuur	C
Slaapstoornissen	Yoga	C

**Tabel 3: Interventies met bewijs gradering A, B en C bij (borst)kanker naar symptoom**

**Het complementaire veld dient** daartoe inzicht te hebben in evidence based toepassingen van de interventies waarin zij zich hebben gespecialiseerd en deze actief te communiceren op een manier die voor regulier opgeleide specialisten te begrijpen is. Dat vergt kennis en vaardigheden om wetenschappelijk onderzoek te interpreteren. Ook het systematisch verzamelen van behandelingsresultaten van complementaire en integratieve interventies is een opgave voor het complementaire veld. Daarnaast blijft het noodzakelijk dat complementair werkende zorgverleners zich in hun vak blijven bekwamen door middel van bij- en nascholing op hun vakgebied. Dit alles kost naast inspanning ook financiële middelen.

**De kans dat complementaire** en integratieve interventies op korte termijn een vast onderdeel worden van de reguliere opleidingen is niet zo groot, mede gezien de al bestaande overbelasting van het medische opleidingsprogramma. Daar er wel een duidelijke behoefte is bij zorgvragers om adequate informatie en een eventuele doorverwijzing naar complementaire behandelaars is hier een rol weggelegd voor bijgeschoolde verpleegkundigen, Integrative Medicine

voor een optimale behandeling zijn niet alleen specialisten nodig uit het reguliere en complementaire veld, maar ook de breed georiënteerde professionele bruggenbouwers tussen beide werelden



zorgverleners en andere breed opgeleide leefstijlcoaches. Want voor een optimale behandeling heb je niet alleen specialisten nodig uit het reguliere en complementaire veld, maar ook de breed georiënteerde professionele bruggenbouwers tussen de, nu nog, verschillende werelden. ■

#### BRONVERMELDING:

1. Crowley JJ, Ball L, Hiddink GJ. *Nutrition in medical education: a systematic review*. The Lancet Planetary Health. 2019;3:e379-389
2. Witt CM, Cardoso MJ. *Complementary and integrative medicine for breast cancer patients – Evidence based practical recommendations*. The Breast. 2016;28:37-44
3. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D et al. *Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer*. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;2014(50):346–358.
4. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. *How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis*. Integr Cancer Ther. 2012;11(3):187-203
5. van de Poll-Franse LV, Mols F, Vingerhoets AJJM, Voogd AC, Roumen RMH, Coebergh JWW. *Increased health care utilisation among 10-year breast cancer survivors*. Supportive Care in Cancer. 2006;14(5), 436-443