



artsenvereniging voor
integrale geneeskunde

De arts en integrale geneeskunde

© AVIG 2013

AVIG-Positionpaper.De arts en integrale geneeskunde

INHOUD

1. Inleiding	3
2. De AVIG	3
▪ Doel	3
▪ Visie	3
▪ Kwaliteit	3
3. Integrale Geneeskunde	4
▪ Visie op gezondheid	4
▪ Visie op behandeling	5
▪ EvidenceBasedMedicine	6
▪ Werkwijze van de AVIG arts	7
4. Kwaliteitsbeleid	7
▪ Europese richtlijnen	7
▪ Nationaal kwaliteitsbeleid	8
▪ Intern Kwaliteitsbeleid	8
5. Toekomst van de integrale geneeskunde	9
▪ Situatie gezondheidszorg in Nederland	9
▪ Ambitie AVIG	9
Bijlagen	
▪ Bijlage 1. Kernvisie op gezondheid, ziekte en geneeskunde van de Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde	11
▪ Bijlage 2. Over onderzoek	12
Noten	14

1. Inleiding

De artsen van de Artsenvereniging Voor Integrative Geneeskunde (AVIG) zijn artsen die kennis van verschillende vormen van geneeskunde in de praktijk toepassen. Zij integreren reguliere en complementaire geneeskunde, met een betrouwbare, effectieve, veilige en kosteneffectieve gezondheidszorg als doel. Dit *position paper* geeft inzicht in de doelstelling, werkwijze en ambities van de AVIG. De vereniging is in 2011 opgericht en vanaf 2012 operationeel¹. Inmiddels zijn ongeveer 400 artsen lid van de AVIG en weten steeds meer reguliere en CAM²-artsen hun weg naar de AVIG te vinden. Het begrip Integrative Geneeskunde is voor velen binnen en buiten de medische sector relatief nieuw en voor sommigen nog onbekend. Met dit position paper presenteert de AVIG haar visie op integrative geneeskunde aan collega artsenorganisaties, partners in de zorg, onderzoekers, verzekeraars, beleidsmakers en patiënten. Daarnaast zet de vereniging uiteen welke positie ze in de maatschappij inneemt en wat haar doelstellingen zijn.

2. De AVIG

Doel

Het doel van de AVIG is:

- de integrative geneeskunde als discipline te bevorderen
- de kwaliteit van beroepsuitoefening van de leden te borgen
- de vakmatige en maatschappelijke belangen van de leden te vertegenwoordigen

Visie

Leden van de AVIG zijn in staat om samen met de individuele patiënt een keuze te maken voor de meest geschikte therapie, op basis van evidence en veiligheid. Juist in deze tijd waarin gezondheidsvraagstukken steeds complexer worden, vergroot deze integratie van mogelijkheden de kans op verbetering of genezing en worden de geneeskundige mogelijkheden verbreed³. Uiteindelijk is het streven van de AVIG om een optimale gezondheid van de patiënt, en niet slechts afwezigheid van ziektesymptomen. De AVIG ziet Integrative Geneeskunde als de praktijk van geneeskundig handelen

- waarin het belang van de relatie arts-patiënt wordt benadrukt
- waar het focus ligt op de gehele persoon
- dat zoveel mogelijk gebaseerd is op evidence en
- waarin gebruik wordt gemaakt van alle beschikbare behandelingsmethoden, gezondheidszorgprofessionals en disciplines om een optimale gezondheid en genezing te bereiken

Deze visie op Integrative Geneeskunde is gebaseerd op de definitie van Integrative Medicine, zoals geformuleerd door een consortium van academische gezondheidscentra in VS, Canada en Mexico, The Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine⁴.

Kwaliteit

Alle leden van de AVIG die zijn opgenomen in het kwaliteitsregister van de AVIG hebben een erkende opleiding als arts. Ook tandartsen kunnen lid worden van de AVIG. De leden van beide beroepsgroepen zijn BIG geregistreerd, hetgeen betekent dat zij als behandelaar zijn

opgenomen in het register van Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) als arts, respectievelijk tandarts. Daarnaast zijn de leden opgeleid in een of meerdere geneeskundige vakgebieden van de AVIG, zoals homeopathische geneeskunde, natuurgeneeskunde, biofysische geneeskunde of de neuraal- en regulatietherapie. Leden van de AVIG hebben de samenwerking tussen en met andere medische disciplines als uitgangspunt. Dankzij deze integratie van medische perspectieven kunnen zij een goede afweging maken bij welke behandeling de patiënt het meest gebaat is: een reguliere, conventionele aanpak, een complementaire aanpak of een samengestelde aanpak.

- Het begrip Integrale Geneeskunde is voor velen relatief nieuw
- De artsen van de AVIG integreren reguliere en complementaire gezondheidszorg
- Die integratie van medische perspectieven verbreedt de geneeskundige mogelijkheden
- De AVIG streeft naar een optimale gezondheid, en niet slechts afwezigheid van ziektesymptomen
- De AVIG arts weegt goed af bij welke behandeling de patiënt het meest gebaat is

3. Integrale Geneeskunde

Visie op gezondheid

In de huidige definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid de toestand van 'compleet welbevinden'⁵. In die optiek is bijna niemand helemaal 'gezond'. Deze WHO definitie leidt - onbedoeld - tot medicalisering. De laatste jaren is een nieuwe benadering van het begrip gezondheid in opmars, die de huidige definitie van de WHO actualiseert. Dr. Huber e.a. hebben in 2011 in het British Medical Journal de opvatting geïntroduceerd dat gezondheid het *vermogen* is van mensen om zich aan te passen aan fysieke, emotionele en sociale veranderingen. Met dit vermogen, 'the ability to adapt and to self-manage', krijgen mensen meer de regie over hun eigen leven. Huber e.a. noemen dit nieuwe concept van gezondheid 'positieve gezondheid'⁶.

Momenteel wordt onderzocht hoe deze nieuwe benadering van gezondheid kan worden vertaald naar diverse werkerterreinen in de gezondheidszorg en gezondheidsbeleiden hoe deze 'positieve gezondheid' en het effect van beleidsmaatregelen kunnen worden gemeten⁷. Deze ontwikkeling is internationaal toonaangevend en de AVIG volgt deze activiteiten dan ook met grote belangstelling.

In deze visie is gezondheid een dynamisch fenomeen. De AVIG deelt die visie. Leden van de AVIG beschouwen de mens als een wezen bij wie alle functies met elkaar in verband staan en met elkaar in balans blijvend dankzij 'dynamische zelfregulatie'. Zo is de mens in staat zichzelf in stand te houden, te groeien en te ontwikkelen en aan te passen aan zijn leefomgeving. Deze 'zelfregulatie' berust op het zogeheten zelfherstellend of zelfhelend vermogen. Dit vermogen is individueel van aard en is in ieder levend wezen aanwezig. In deze visie betekent gezondheid een stabiele, dynamische balans in het gehele menselijk systeem. Aandacht voor gezondheid moet er niet pas zijn als ziekten zich aandienen maar als een onlosmakelijk onderdeel van iemands leefstijl. Natuurlijk wordt ziekte, waar mogelijk, behandeld, maar daarnaast is er in deze visie ook aandacht voor het versterken van veerkracht, zelfregie en basisgezondheidsvaardigheden (e.e.a. staat uitgebreider verwoord in het AVIG-kernvisiedocument; zie bijlage 1).

Ook de Europese Unie richt zich in haar gezondheidszorgbeleid op de bevordering van gezondheid en een gezondere manier van leven, zoals verwoord in het *Health and Consumer Protection Programme 2008-2013*. In die lijn is er in de Verenigde Staten, Canada en Mexico al een serieus begin gemaakt met de integratie van reguliere en complementaire zorg. Een ontwikkeling die in 1999 begon als een bijeenkomst van decanen van 8 geneeskunde opleidingen, groeide uit tot een Consortium van academische gezondheidscentra van inmiddels 56 universitaire medische centra⁸. Kenmerkend voor hun aanpak is een pluralistische, pragmatische benadering van geneeskunde die patiëntgericht is, een zo breed mogelijk spectrum van mogelijke behandelingen aanbiedt en niet alleen pleit voor een holistische aanpak van ziekte, maar tegelijkertijd groot belang hecht aan preventie, gezondheid en welzijn⁹. Volgens het American Journal of Medicine maakt Integrative Medicine inmiddels steeds meer deel uit van de Amerikaanse reguliere geneeskunde¹⁰. Een initiatief dat wat betreft de AVIG ook in Nederland navolging verdient¹¹.

- Integrale gezondheid is:
 1. het *vermogen* van mensen om zich aan te passen aan fysieke, emotionele en sociale veranderingen;
 2. een *dynamisch* fenomeen dankzij het *zelfherstellend* vermogen
- Aandacht voor gezondheid dient er niet alleen bij ziekte te zijn maar ook als onderdeel van leefwijze

Visie op behandeling

In de huidige professionele gezondheidszorg bestaan verschillende denkbeelden over ziekte en gezondheid. Enerzijds is er de *orgaangerichte* visie op ziekte en gezondheid van waaruit de conventionele geneeskunde handelt. Ziekte wordt in deze visie gezien als een stoornis in biochemische processen of als een gevolg van mechanische factoren, lokale weefselbeschadiging of specifieke pathogenen. Herstel komt in deze visie voort uit reparatie, neutralisatie en normalisatie.

Anderzijds is er de *desysteemgerichte* visie van waaruit de complementaire geneeskunde veelal handelt. Deze visie wordt gaandeweg bevestigd door voortschrijdende kennis van de psycho-endocrino-neuro-immunologie (PNI) en systeembiologie. Deze visie ziet het organisme als een netwerk van samenstellende delen, die het organisme de capaciteit verleent zichzelf steeds te herstellen. Steeds past het lichaam zich aan, aan invloeden van binnenuit en buitenaf; biochemische - en omgevingsfactoren, psychologische omstandigheden, sociale, mentale en spirituele invloeden. In deze visie ontstaat herstel door het zelfherstellend vermogen van het lichaam te stimuleren.

De eerste benadering acht de arts integrale geneeskunde vooral geschikt voor technische interventies, behandeling van ernstig letsel en levensbedreigende situaties. De tweede benadering acht hij/zij meer geschikt voor het weer versterken van de aangeboren capaciteit tot zelfherstel; daar gaat het om de bevordering en instandhouding van gezondheid met natuurlijke middelen, aanpassing van de levensstijl, voedingsinterventies en andere regulerende invloeden. In de huidige praktijk van menig arts, integraal of niet, lopen beide benaderingen in elkaar over, bijvoorbeeld wanneer de huisarts een patiënt een voedings- of leefstijladvies geeft.

Deze praktijk waarin beide zienswijzen elkaar aanvullen, dat is *Integrale Geneeskunde*. Deze praktijk te stimuleren, dat is de missie van de AVIG. Die missie wordt ondersteund door een

recente studienaar de verwachtingen van patiënten; een ruime meerderheid van hen heeft behoefte aan de integratie van complementaire behandelingen in de praktijk van de huisarts¹². Dit, terwijl de richtlijnen voor deze beroepsgroep daar evenwel bij achterblijven¹³.

- Er is de orgaangerichte visie op ziekte en gezondheid en de systeemgerichte visie
- In *deIntegrale Geneeskunde* vullen beide visies elkaar aan
- Deze praktijk te stimuleren dat is de missie van de AVIG

EvidenceBasedMedicine

De AVIG-arts handelt volgens de definitie van EvidenceBasedMedicine (EBM)¹⁴. Dat wil zeggen dat elke patiëntbehandeling gebaseerd is op de volgende drie pijlers:

1. Verwachtingen, waarden en belangen van de patiënt;
2. Klinische expertise van de arts;
3. Het best beschikbare externe/wetenschappelijk bewijs.

Er is een tendens in de gevestigde medisch wetenschap, dat het medisch handelen van artsen vooral bepaald moet worden door het derde punt, het externe wetenschappelijk bewijs. Daarbij is de 'hoogste' vorm van dit bewijs een review of meta-analyse van dubbelblinde placebo-gecontroleerde, gerandomiseerde experimenten (randomised¹⁵ controlled trials, RCT's). Aan observationeel onderzoek, vergelijkende pragmatische studies, klinische ervaring, expert opinion, case studies en de wensen en waarden van de patiënt, wordt in het algemeen veel minder gewicht toegekend. Het is de vraag of dat wel zo realistisch en juist is¹⁶.

De AVIG hecht groot belang aan een evenwichtige inbreng van alle drie pijlers van het EBM-model. De arts integrale geneeskunde past de pijlers van de EBM het liefst toe in de volgorde zoals die oorspronkelijk bedoeld is; bovenaan staat de arts-patiënt relatie, de expertise van de arts en het wetenschappelijk onderzoek staat ten dienste daarvan. Deze visie op geneeskunde die zich op het individu oriënteert, sluit naadloos aan bij de inzichten van de Tilburgse hoogleraren Roukema (oncologisch chirurg) en De Vries (psycholoog en epidemioloog). Zij pleiten er namelijk voor om bij de benadering en de behandeling van de patiënt rekening te houden met diens persoonlijkheid en leefomstandigheden. Hun promotieonderzoek sterkt hen bovendien in de overtuiging dat de effectiviteit van de behandeling dan zal toenemen¹⁷. Ook de AVIG is ervan overtuigd dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland verbetert, wanneer deze inzichten en deze toepassing van het EBM model een grotere rol zouden gaan spelen in medisch beleid en bij medische beslissingen. De AVIG wil zich daar hard voor maken.

Bovenstaande neemt niet weg dat ook in de complementaire geneeskunde de pijler van het best beschikbare externe/wetenschappelijk bewijs van groot belang is. Het best beschikbare bewijs wordt hierbij gevormd door een scala aan verschillende onderzoeksbenaderingen en niet door RCT's alleen¹⁸.

De effectiviteit van complementaire behandelingen wordt de laatste decennia in een toenemende hoeveelheid onderzoek aangetoond, getuige de publicaties in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften. Deze onderzoeken zijn divers van opzet: natuurkundige en

biologische laboratoriumexperimenten, studies naar werkingsmechanismen, RCT's bij mensen en dieren, kosteneffectiviteit studies en gezondheidszorgonderzoek (zie bijlage 2). Daarnaast hebben verschillende langetermijneffectstudies laten zien dat een aantal complementaire behandelingen minstens zo effectief kan zijn als vergelijkbare reguliere behandelingen zijn, met minder bijwerkingen en een hogere patiënten satisfactie¹⁹.

- De AVIG ziet de drie pijlers van de EBM als volgt: bovenaan staat de arts-patiënt relatie, de expertise van de arts en het wetenschappelijk onderzoek staan ten dienste daarvan
- Ook in de complementaire geneeskunde is het best beschikbare externe/wetenschappelijk bewijs van groot belang
- De effectiviteit van complementaire behandelingen wordt steeds vaker aangetoond

Werkwijze van de AVIG arts

Iedere AVIG-arts stelt in eerste instantie een medische diagnose. Deze baseert hij op anamnese, lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek. Daarna bespreekt de arts met de patiënt welke mogelijke behandelingsvormen kansrijk zijn. Dit advies berust op zowel het contact met de patiënt als op individuele klinische ervaring. Vervolgens past de arts een behandeling toe waarbij rekening wordt gehouden met de uitkomsten van bestaand wetenschappelijk onderzoek, de derde pijler van de EBM.

AVIG-artsen zijn alert op mogelijke interacties van complementaire behandelingen met andere medische behandelingen. Daarbij wegen zij zorgvuldig af welke behandeling aangewezen is, complementair, regulier of een combinatie daarvan. AVIG-artsen stellen op grond van de meest waarschijnlijke diagnose een daarbij best passende aanpak voor, die economisch verantwoord is.

Integrale behandelingen door leden van de AVIG kunnen leiden tot enerzijds klachtenreductie en anderzijds toename van welbevinden bij patiënten. Regulier medicijnverbruik en medicijnafhankelijkheid kunnen hierdoor mogelijk verminderen; ook kunnen de gevolgen en de bijwerkingen van reguliere medicijnen hierdoor worden gereduceerd.

- AVIG-artsen stellen op grond van de meest waarschijnlijke diagnose een aanpak voor die daar het best bij past en die economisch verantwoord is
- Een integrale behandeling kan afhankelijkheid en bijwerkingen van medicijnen op termijn voorkomen

4. Kwaliteitsbeleid

Europese richtlijnen

In 2006 hebben de Europese koepels van CAM-artsenverenigingen richtlijnen opgesteld. Elke aangesloten CAM-arts (Complementary and Alternative Medicine) is daaraan gehouden²⁰. Bij de Europese koepels zijn ruim 130 CAM-artsenverenigingen aangesloten. Ook de AVIG-artsen onderschrijven deze richtlijnen.

Deze richtlijnen zijn gebaseerd op ethische principes en betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek. Ze betreffen onder andere:

- de evaluatie van de patiënt: algemeen medische anamnese en onderzoek;
- het informeren van de patiënt over mogelijke opties van reguliere, complementaire, integraal geneeskundige behandeling²¹;
- het informeren over mogelijke bijwerkingen van de behandeling;
- consultatie van en verwijzing naar andere behandelaars;
- correcte statusvoering²²
- de behandeling moet zijn gebaseerd op een positieve resultaatverwachting en deze resultaatverwachting moet hoger zijn dan wanneer er geen behandeling zou plaatshebben;
- de verwachtingen van de patiënt aangaande de behandeling;
- kwaliteitssystemen: opleiding en training, registratie, voortdurende professionele ontwikkeling (nascholing), gedragscode en een klachtenregeling;
- ethische en professionele verantwoordelijkheden betreffende klinisch onderzoek.

Nationaal kwaliteitsbeleid

De KNMG-gedragsregels zijn een integraal onderdeel van het AVIG-kwaliteitsreglement. Zo ookde in 2008 ingestelde KNMG-gedragsregel “De arts en niet-reguliere behandelwijzen”²³. Deze gedragsregel is een addendum op de reeds geldende KNMG-gedragsregel voor artsen, toegespitst op niet-reguliere behandelwijzen, en stelt o.m. dat een arts onder bepaalde voorwaarden een niet-reguliere behandeling kanaanbieden. Kern van de nieuwe gedragsregels is dat de arts zich moet richten naar het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, gecombineerd met klinische ervaring en rekening houdend met de wensen, verwachtingen en ervaringen van de patiënt, dus in feite in overeenstemming met de volledige definitie van EvidenceBasedMedicine. In die zin gelden de regels voor àlle artsen.

Intern Kwaliteitsbeleid

Binnen de kaders van de richtlijnen van de Europese CAM-artsenkoepels en van de KNMG, is het speerpunt in het kwaliteitsdenken van de Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde het systematisch toetsen van klinische ervaring. Hierbij maakt zij gebruik van professionele instrumenten zoals visitatie en intervisie. De AVIG hecht veel waarde aan klinische ervaring en zelfstandig individueel nadenken, het bevorderen van Best Practices, intercollegiale uitwisseling en toetsing van kennis en ervaring. De AVIG stimuleert haar leden daarnaast tot deelname aan praktijkgerichte wetenschappelijke onderzoeken en systematische registratie van praktijk- en behandelgegevens. Zo wil de AVIG bijdragen aan de ontwikkeling van een systematische evaluatie van behandelingen.

Op gezamenlijke verzoek van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) en de samenwerkende CAM-artsenverenigingen heeft het CBO in 2008 een beoordeling gegeven over de door de CAM-artsenverenigingen gehanteerde kwaliteitsmethodologie²⁴. Het CBO beoordeelde de gekozen systematiek positief en zij gaf als aanbeveling deze verder te implementeren en tevens deze kwaliteitssystemen door te ontwikkelen.

- AVIG-artsen zijn zowel medisch als in hun specifieke vakgebied gekwalificeerd en houden hun kennis up-to-date
- Zij respecteren de ethische codes van hun beroep
- De KNMG-gedragsregels zijn een integraal onderdeel van het AVIG-kwaliteitsreglement
- De AVIG hanteert de richtlijnen van de EU koepel van CAM artsen verenigingen
- Een speerpunt in het kwaliteitsdenken van de Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde is het systematisch toetsen van klinische ervaring

5. Toekomst van de integrale geneeskunde

Situatie gezondheidszorg in Nederland

De gezondheidszorg in Nederland staat voor grote opgaven. Demografische ontwikkelingen en de almaar stijgende zorgkosten zijn de belangrijkste. De omvangrijke babyboom-generatie vergrijst en gaat met pensioen. Bovendien neemt de levensverwachting toe: ouderen worden steeds ouder. Kortom, we krijgen te maken met een dubbele vergrijzing.

“In de afgelopen 8 jaar is het aantal mensen met één of meer chronische ziekten met 17% gestegen. In 2011 hadden in totaal 5,3 miljoen Nederlanders een chronische ziekte. Vooral onder ouderen komen chronische ziekten vaak voor. De stijging van de laatste jaren is echter zichtbaar binnen alle leeftijdsgroepen. Het aantal mensen met multimorbiditeit is, met 26%, nog harder gestegen. Er is sprake van multimorbiditeit als iemand tijdens een bepaalde periode meer dan één chronische ziekte heeft. In totaal is bij 1,9 miljoen Nederlanders sprake van multimorbiditeit”²⁵.

Het zijn veranderingen die de zorgvraag een volstrekt ander aanzien geven. Wij staan pas aan het begin van deze verandering. Een verandering die zal leiden tot een sterke stijging van arts- en ziekenhuisbezoek, gebruik van medicijnen en andere zorgconsumptie. De zorgkosten zullen dan ook naar verwachting de komende jaren met 4 procent per jaar stijgen²⁶.

Ook het zorgaanbod staat voor grote opgaven. De huidige - bedrijfsmatige - aanpak heeft tot onbeheersbare kosten geleid²⁷. Het streven naar marktwerking is mislukt omdat er geen sprake is van een echte markt. Er is geen zichtbaar verband tussen consumptie van zorg en de financiering van zorg: uiteindelijk bepalen de arts en de zorgverzekeraar de omzet en betaalt de patiënt de zorgverzekeraar via een ondoorzichtig betalingsstelsel²⁸.

Beide ontwikkelingen – in zorgvraag en zorgaanbod – maken dat er keuzes gemaakt zullen moeten worden binnen de gezondheidszorg. Het kostenaspect zal een belangrijke factor zijn bij het maken van die keuzes. Medebepalend is het gebrek aan efficiency en ongunstige kosteneffectiviteit van veel behandelingen bij chronisch zieken. Behandelingen die relatief goedkoop zijn en dezelfde mate van effectiviteit bezitten, dienen een grotere rol te krijgen in de afwegingen voor vergoeding.

Ambitie AVIG

De vraag of een behandeling wordt beschouwd als 'regulier' of 'complementair' is voor patiënten vaak minder relevant. Scheidslijnen blijken steeds minder in het belang van de patiënt en de kwaliteit van de gezondheidszorg te zijn. Daarom willen de leden van de AVIG die scheidslijnen slechten en pleiten zij voor een integrale geneeskunde, waarbij alle effectieve en betrouwbare behandelmethoden worden geïntegreerd.

De verantwoordelijkheid voor de keuzes waarvoor de gezondheidszorg zich gesteld ziet in zorgvraag en zorgaanbod, ligt niet alleen bij de overheid, maar bij de gehele sector. De rol die de AVIG hier voor zichzelf ziet weggelegd, betreft het streven naar een emancipatieproces waarbij de patiënt de regie over zijn eigen zorgproces in handen kan nemen. Dat kan alleen wanneer de patiënt in de praktijk ook iets te kiezen heeft. De AVIG streeft daarom naar een vergaande toepassing van pluriforme geneeskunde die interactief, effectief, veilig en kostenbewust is. De vereniging gaat dit bewerkstelligen door nauwe samenwerking met collega's en ook patiënten/consumentenorganisaties aan te gaan; landelijk en internationaal. Daarnaast door platforms op te zoeken en of te creëren waar ruimte is voor uitwisseling en discussie met vakgenoten als ook met maatschappelijke geledingen, politici en beleidsmakers.

- Er zijn grote veranderingen in de sector gaande, in het bijzonder in de zorgvraag en het zorgaanbod
- De AVIG richt zich in dit veranderingsproces op:
 1. de emancipatie van de patiënt;
 2. de ontwikkeling van integrale en pluriforme geneeskunde die interactief, effectief, veilig en kostenbewust is
- De AVIG zet zich in voor samenwerking, uitwisseling en debat

Bijlage 1. Kernvisie op gezondheid, ziekte en geneeskunde van de Artsenvereniging Voor Integrale Geneeskunde

1. De mens is een wezen dat samenhang vertoont in al zijn functies en met zijn omgeving. Overeenkomstig de aard van de mens is er instandhouding, groei en ontwikkeling door het dynamisch in balans houden van alle functies door zelfregulatie. Zelfregulatie berust op het zogenaamde zelfherstellend, zelfgenezend of zelfhelend vermogen, dat individueel van aard is en aanwezig is in ieder levend wezen.
2. Gezondheid betekent stabiele, dynamische balans in het hele systeem op alle niveaus van functioneren en in wisselwerking met de omgeving. Het zelfherstellend vermogen en de individuele leefstijl spelen hierbij een cruciale rol.
3. Ziekte is in deze visie primair verstoring van die balans en de reactie daarop van het zelfherstellend vermogen. Vooral bij chronische ziekten staat het tekort schieten van het zelfhelend vermogen centraal. Hiermee heeft ziekte ook een signaal- en leerfunctie.
4. Doel van een behandeling is het bevorderen van duurzame gezondheid. Bij behandeling is het focus primair gericht op herstel van gezondheid door het ondersteunen en stimuleren van het zelfherstellend vermogen en het wegnemen, dan wel reduceren van oorzakelijke, ziekmakende factoren.
5. Het proces van diagnostiek en behandeling is zo veel mogelijk interactief. De patiënt staat centraal, neemt actief deel aan het diagnostisch en herstelproces en draagt mede verantwoordelijkheid voor de keuzen in dit proces op grond van volledige en transparante informatie. De arts verstrekt deze informatie op grond van brede, individuele diagnostiek bij de patiënt. De behandeling vindt plaats op basis van behoeften en verwachtingen van de patiënt, klinische expertise van de arts en het wetenschappelijk bewijs van effectiviteit; zijnde de drie pijlers van EvidenceBasedMedicine (volgens haar grondlegger Dr. David Sackett).
6. Bij de behandeling zal bij voorkeur en zo mogelijk gebruik worden gemaakt van middelen en methoden, welke het zelfherstellend vermogen ondersteunen. Zo nodig wordt medisch technische interventie toegepast. Bij alle behandelingen staat het voorkomen van schade voorop.
7. Integrale geneeskunde beoogt ten behoeve van de patiënt het beste uit de geneeskunde inzicht te verenigen. Het streeft naar een pluriforme geneeskunde die interactief, effectief, veilig en kostenbewust is.

Bijlage 2. Over onderzoek

De meeste beslissingen over behandelingen, zowel in het reguliere als complementaire veld berusten op passend bewijs, verkregen op basis van inzicht en ervaring. Vooral patiënten met chronische aandoeningen lopen in de reguliere zorg aan tegen tekortschietende behandelingen, hetzij doordat deze niet voldoende helpen, hetzij door bijwerkingen. In juli 2009 heeft ZonMw een aanbeveling aan VWS gedaan om onderzoek naar complementaire behandelwijzen te blijven stimuleren en structureel te werken aan het versterken en verankeren van een onderzoeksinfrastructuur [*In die aanbeveling aan VWS stelde ZonMw: "onderzoek naar complementaire behandelwijzen te blijven stimuleren en structureel te werken aan het versterken en verankeren van een onderzoeksinfrastructuur. Dit doel kan het beste worden gerealiseerd via een gerichte investering in één academische werkplaats bij één universitaire onderzoeksgroep. Hiervoor dienen middelen vrijgemaakt te worden. De commissie richt deze aanbeveling enerzijds tot het ministerie van VWS en eventuele andere geldschieters, anderzijds tot de organisaties van CAM-artsen die zelf ook langs andere wegen de werving van fondsen kunnen faciliteren. Ook kunnen zij bijdragen aan het actief verkleinen van de kloof tussen CAM en de reguliere (universitair verankerde) geneeskunde. Uiteindelijk komt een pragmatische benadering de patiënt ten goede. Patiënten en patiëntenorganisaties dienen dan ook nauw betrokken te worden bij het organiseren en opzetten van wetenschappelijke studies". Brief ZonMw van 21 juli 2009 aan de Directeur-Generaal Volksgezondheid van VWS, de heer drs. P.H.A.M. Huijts (Dossiernummer 80-81400-99; kenmerk 2009/16861/ZONMW; onderwerp: aanbieding eindevaluatie ZonMw Onderzoek Complementaire Behandelwijzen]*

In het rapport ZonMw (2011) "Effectiviteit van complementaire zorginterventies" (Signalement juni 2011, ISBN: 978 90 5763 117 7) beveelt ZonMw dan ook het Ministerie van VWS aan om open te staan voor voortschrijdende inzichten en veranderende paradigma's over gezondheid en ziekte, preventie en curatie, daarmee aan te sluiten bij de maatschappelijke vraag en respons van de zorgmarkt om verschillende mensvisies en wereldbeelden te integreren met het oog op een gezamenlijk doel, te weten het bevorderen van de gezondheid. En ook om een gerichte stimulans te geven aan deugdelijke systematische kennisontwikkeling (onderzoek, business cases) op het gebied van complementaire interventies, al dan niet in samenwerking met geïnteresseerde fondsen.

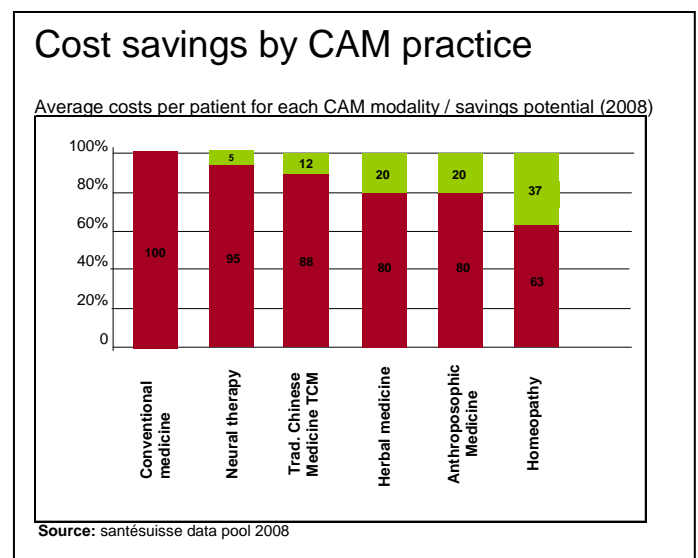
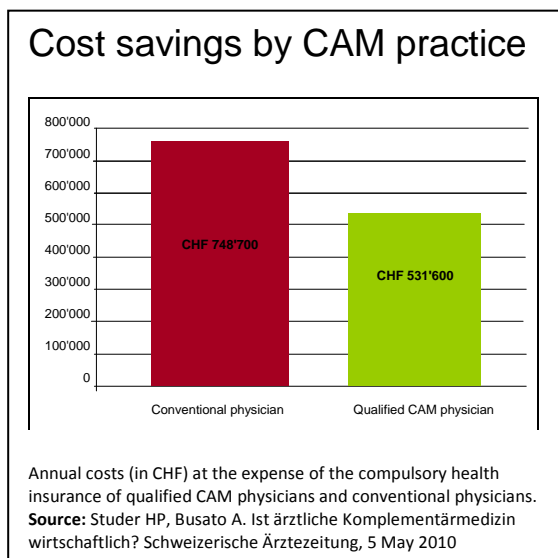
In het momenteel lopende onderzoek "Naar een duurzame gezondheidszorg: geïntegreerde aanpak voor chronische gewrichtsklachten en allergie" komt het belang hiervan ook naar voren: In een tussentijdse evaluatie onlangs aan de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn (LVG) hebben onderzoekers gemeld dat maar liefst 75% van de participanten in dat onderzoek aanvullende CAM-zorg heeft bovenop de reguliere zorg en dat zij tegelijkertijd 25% minder reguliere geneesmiddelen nemen en 25% minder vaak de huisarts bezoeken. Tevens geeft deze groep patiënten aan dat ze de eigen verantwoordelijkheid hoog op de agenda heeft staan om te participeren in de samenleving - de kosten voor die aanvullende CAM-zorg betalen de mensen dan ook grotendeels zelf. De constatering van de LVG was dat CAM helpt bij het ontzorgen en dat er minder mensen een beroep doen op de 2e lijn en dat CAM een kosteneffectieve werking heeft. Goedkopere CAM-gezondheidszorg als aanvulling op de gangbare gezondheidszorg kan een deel van de oplossing zijn voor de steeds duurder wordende gezondheidszorg. Beoordeling van het onderzoek naar de

costeneffectiviteit van CAM geïntegreerd met gangbare zorg door het ministerie van VWS ligt dan voor de hand.

Zie o.a. Samenwerkende CAM-artsenverenigingen “Complementaire Geneeskunde (CAM). Effectief, veilig en patiëntgericht. De betekenis van complementaire geneeskunde in Nederland, p. 12.

Onderzoek en financiën

Er zijn geen grote geldstromen in de CAM, en er is weinig financiële armslag voor wetenschappelijk onderzoek. Wereldwijd komen er desondanks toch steeds meer onderzoeken naar de werking van CAM-behandelmethoden en de effecten daarvan op de volksgezondheid en de costeneffectiviteit. Besparing door CAM op de kosten voor gezondheidszorg is bijvoorbeeld in Zwitsers onderzoek aangetoond [Studer HP, Busato A (2010). Ist ärztliche Komplementärmedizin wirtschaftlich? Schweizerische Ärztezeitung, 5. Mai 2010]. Zie bijvoorbeeld de staatjes hieronder:



Zie ook het omvangrijke onderzoek van Baars en Kooreman uit 2010 . Daaruit blijkt, dat huisartsen die naast regulier ook een CAM geneesmethode toepassen ten minste 15% goedkoper werken [Kooreman P, Baars EW (2011). Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. European Journal of Health Economics, DOI: 10.1007/s10198-011-0330-2].

Noten

¹ De totstandkoming van de AVIG is een initiatief van de voormalige Artsenvereniging voor Homeopathie (VHAN) en de Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (ABNG-2000). Later sloten artsen van de Artsenvereniging voor Biofysische Geneeskunde (ABB) en die van de Nederlandse Vereniging voor Neuraal en Regulatieve Therapie (NVNR) zich daarbij aan.

² CAM=Complementary and Alternative Medicine; CAM-artsen zijn artsen die naast hun reguliere artsenwerk, een of meerdere vormen van complementaire geneeskunde aanbieden.

³ AVIG-artsen werken vanuit algemeen medische inzichten. De diagnostiek wordt daarnaast uitgebreid met individuele kenmerken en symptomen voor een subgroep differentiatie. Hierop berust de individuele therapie. Dit patroon omvat de reguliere orgaandiagnose. Elke AVIG-arts heeft een reguliere medische opleiding gevolgd en volgt verplicht continue reguliere geneeskundige nascholing. De AVIG stelt dit als eis aan haar leden, naast de voorwaarde dat zij BIG-geregistreerd arts zijn.

⁴Definitie Integrative Medicine: *“the practice of medicine that reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing”*, zie: website Consortium of Academic Health Centers for Integrative

Medicine: <http://www.imconsortium.org/home.html>

⁵Zie o.a. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

⁶ How should we define health? Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. *BMJ* 2011;343:d4163

⁷ Idem, zie ook Arts en auto online: <http://www.artsenauto.nl/zonmwparel-voor-machteld-huber/>

⁸ In het Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (www.imconsortium.org) zijn 57 universitaire medische centra verenigd, zoals Stanford University, Harvard Medical School, Mayo Clinic, Johns Hopkins en Yale University. Deze centra bieden integrale geneeskunde aan, d.w.z. een integratie van reguliere en complementaire geneeskunde.

Kaiser Permanente (<http://www.kaiserpermanente.org>) is een integraal managed care consortium in Californië, USA. Dit is een zorgaanbieder van 8,7 miljoen mensen, met 167.300 medewerkers, 14.600 artsen, 35 gezondheidscentra en 431 artspraktijken die complementaire geneeskunde geïntegreerd heeft in hun zorgpakket. Uitgangspunten:

a. Individuele begeleiding en zelfhulpgroepen om bij patiënten bewustzijn te versterken dat ze zelf hun gezondheid kunnen verbeteren.

b. Elke veilige en effectieve therapie, regulier of complementair, kan worden ingezet in het totale zorgprogramma.

c. Minder medicatie en medische behandelingen en meer preventie en persoonlijke leefstijlveranderingen leiden tot grote kostenbesparingen en grote verbeteringen in kwaliteit van leven.

⁹Editorial “The Future of Integrative Medicine” in *The American Journal of Medicine*, Vol 126, No 8, August 2013, pp 661-662

¹⁰Editorial “The Future of Integrative Medicine” in *The American Journal of Medicine*, Vol 126, No 8, August 2013, p 662

¹¹In de Verenigde Staten is inmiddels e.e.a. ook al doorgedrongen tot de politiek. De Amerikaanse Senaat heeft daarom de week van 7-13 oktober 2013 uitgeroepen tot de week van de Natuurgeneeskunde (een van de vakrichtingen binnen de AVIG): “Designating the week of October 7 through October 13, 2013, as ‘Naturopathic Medicine Week’ to recognize the value of naturopathic medicine in providing safe, effective, and affordable health care”. Zie: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-113sres221ats/pdf/BILLS-113sres221ats.pdf>

¹²Miek Jong et al, “Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want?” zie: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00341-2/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00341-2/abstract)
©2012 Elsevier Ireland Ltd.

¹³Zie: Jong, et al “Integration of complementary and alternative medicine in primary care:

What do patients want?” in PEC: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00341-2/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00341-2/abstract)

Zie ook de presentatie van het NIVEL-onderzoek in december 2008 op een werkconferentie ter afsluiting van het Onderzoek Complementaire Behandelwijzen (OCB) van ZonMw. Men concludeerde dat patiënten vooral pragmatisch blijken te kiezen, voor waar zij kansen zien voor herstel en niet zozeer of het een reguliere arts of een complementair werkend arts betreft: *“Patiënten die een CAM-arts bezoeken hebben significant vaker een taakgerichte communicatiebehoefte; dat wil zeggen dat patiënten niet naar een CAM-arts gaan om*

meer aandacht te krijgen, maar om de klacht opgelost te krijgen.” (ZonMw-EindevaluatieOnderzoekComplementaireBehandelwijzen).

¹⁴David L Sackett et. al, “Evidence based medicine: what it is and what it isn't”, BMJ 1996;312:71. Citaathieruit: *“It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence ... By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care. By best available external clinical evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centred clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens. External clinical evidence both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatment ... Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients”* (BMJ 1996;312:71).

Anders gezegd: *“EBM is the integration of clinical expertise, patient values, and the best evidence into the decision making process for patient care. Clinical expertise refers to the clinician's cumulated experience, education and clinical skills. The patient brings to the encounter his or her own personal and unique concerns, expectations, and values. The best evidence is usually found in clinically relevant research that has been conducted using sound methodology”*, Sackett D, 2002, geciteerd op: <http://www.usd.edu/library/evidence-based-medicine-model.cfm>.

Evidencebasedmedicine (EBM) omvat anders gezegd 3 pijlers: de best beschikbare kennis, het oordeel van professionals en de voorkeuren en behoeften van patiënten. Dat is dus méér dan alleen RCTs. En hoe moeten deze drie elementen van evidence-basedmedicine zich tot elkaar verhouden om te zorgen voor een optimale kwaliteit van zorg en voor goed zorgbeleid? Het antwoord op deze vraag wordt uitgebreid beschreven in *“Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid”*. Uitgave van het Centrum voor ethiek en gezondheid van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, ISBN 978-90-78823-05-6. Enkele citaten: *“Er zitten haken en ogen aan het streven naar steeds meer en steeds harder bewijs. Een probleem is namelijk dat niet alle vormen en elementen van de zorg zich goed laten onderzoeken op de manier die in die aanpak wordt voorgeschreven. De obstakels kunnen methodologisch zijn, maar ook financieel of ethisch.”* *“De praktijk heeft al geleerd dat daarbij gemakkelijk uit het oog wordt verloren dat er een cruciaal verschil is tussen ‘niet bewezen dat het werkt’ en ‘bewezen dat het niet werkt’. Overigens is het in dat verband ook goed om te weten dat slechts 10 tot 25 procent van de huidige medische behandelingen gebaseerd is op evidence”*.

¹⁵ Gekozen is hier voor de Engelse spelling; de Amerikaanse spelling spreekt van randomized

¹⁶ Hoewel de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek duidelijk is gegroeid, is de praktijk van de complementaire geneeskunde nog grotendeels gebaseerd op ervaring en mening van experts. Dit is overigens eveneens het geval in de reguliere geneeskunde, hetgeen onder meer valt af te leiden uit de website ClinicalEvidence, een database van de British Medical Journal (zie:

<http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>) en bijvoorbeeld de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de American Heart Association (AHA): Hoofd van de NHG afdeling richtlijnontwikkeling Jakob Burgers op de website van NRC next, 14 september 2012: „Slechts 20 tot 25 procent van de behandelingen die wij in onze standaarden opnemen, zijn bewezen met RCT's.”

¹⁷ De Tilburgse leerstoel medische psychologie “Kwaliteit van Leven in een medische setting” richt zich niet alleen op de ruimere interpretatie van het gezondheidsbegrip van de WHO en de Europese Raad, maar ook en vooral op wat patiënten zelf van belang achten op het gebied van gezondheid, welzijn en functioneren. In hun inaugurele rede ‘Lichaam en geest: samenspel’ hielden J.A. Roukema (oncologisch chirurg) en J. de Vries (psycholoog en epidemioloog) in 2006 een krachtig pleidooi om kwaliteit van leven centraal te stellen in de behandeling van patiënten. *“De facto kan alleen de patiënt aangeven wat voor hem of haar het beste is.”* Zij stellen in hun oratie dat langzaam in brede kring het inzicht doordringt dat er een directe relatie en interactie is tussen lichaam en geest. Artsen erkennen steeds meer dat de kwaliteit van leven van de patiënt een doel van hun handelen moet worden; ze gebruiken het begrip in de praktijk echter nog nauwelijks. Zie persbericht van Universiteit van Tilburg: http://webapp.uvt.nl/fsw/spitsjohn.nb.lib.frmToonPersbericht?u_id=7337. Zie ook: “Lichaam en geest: samenspel”; J.A. Roukema en J. de Vries, De Psycholoog 42, 7/8, 412-418, juli-aug. 2007, besproken door Diederick Sprangers in Antroposana. Nummer 1, januari 2008.

¹⁸ Professor Sir Michael Rawlins, voorzitter van het Britse National Institute for Health and Clinical Excellence, in zijn oratie voor de Royal College of Physicians "On the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions" concludeerde "*Hierarchies place RCTs on an undeserved pedestal*", "*RCTs are particularly weak in relationship to generalisability and most especially in the assessment of harms*", "*Decision makers need to assess and appraise all the available evidence irrespective as to whether it has been derived from RCTs or observational studies*" en "*Hierarchies of evidence should be replaced by accepting – indeed embracing – a diversity of approaches*".

¹⁹ Zie o.a. Samenwerkende CAM-artsenverenigingen "Complementaire Geneeskunde (CAM). Effectief, veilig en patiëntgericht. De betekenis van complementaire geneeskunde in Nederland, p. 12.

²⁰ Model Guidelines for the Practice of Complementary Therapies (CAM) by Medical Doctors in the European Union (2006), opgesteld door vier Europese CAM-koepels (ECH - European Committee for Homeopathy, ECPM - European Council of Doctors for Plurality in Medicine, ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques en IVAA - International Federation of Anthroposophic Medical Associations), die in totaal 132 Europese CAM-artsenverenigingen vertegenwoordigen. "*The intention of the Councils of ECH, ECPM, ICMART and IVAA is to provide guidelines that are clinically and ethically appropriate. These guidelines are designed to be consistent with what official medical licensing bodies generally consider to be within the boundaries of professional practice and accepted standard of care*", p. 1-2.

²¹ De overheid wil burgers stimuleren verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven en de keuzes die ze maken. Burgers maken steeds meer aanspraak op zelfbeschikking en zelfbepaling, ook voor gezondheid en gezondheidszorg. Elke arts moet met inachtneming van de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst) de patiënt dusdanig informeren dat hij of zij op basis van betrouwbare informatie zelf een keuze voor een bepaalde behandeling kan maken. Daarbij gelden voor alle artsen dezelfde rechten en plichten. Om zelfbeschikking en zelfbepaling mogelijk te maken dienen mensen wel volledig geïnformeerd te worden over hun mogelijkheden. Dat is in de huidige aanbodgeoriënteerde medische praktijk niet altijd vanzelfsprekend. Vaak is het zo dat de arts voorschrijft en de patiënt volgt.

²² Correcte statusvoering omvat ten minste: anamnese, onderzoek uitslagen, consulten, behandeldoelen, resultaatsverwachting/risicoanalyse, correcte informed-consent-documentatie, behandelingen, medicatie, instructies en overeenstemmingen, periodieke evaluaties, resultaatsverwachting en risicoanalyse

²³ Gedragsregel "De arts en niet-reguliere behandelwijzen", uitgave KNMG, april 2008, Utrecht.

²⁴ CBO = het Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing. Dit kennisinstituut is onderdeel is TNO, de Nederlandse Centrale Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek

²⁵ RIVM, 14 november 2013. In 2010 sprak de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in een discussienota uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reeds van: "*Tussen 2010 en 2020 neemt de vraag naar zorg aanmerkelijk toe, onder andere vanwege de vergrijzing. Zij verandert ook van karakter, doordat chronische aandoeningen het beeld van de gezondheidszorg gaan bepalen. In 2020 zal het aantal mensen met een chronische aandoening het aantal mensen met een tijdelijke aandoening ver overtreffen. Dat heeft grote gevolgen*". Discussienota 'Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening', pagina 5, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag, april 2010

²⁶ CPB, Economische Verkenningen, maart 2010, pagina 48 e.v.

Zie: <http://www.cpb.nl/publicatie/economische-verkenning-2011-2015>

²⁷ Vooral de invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) systematiek in de tweede lijn in 2006 heeft tot een kostenexplosie geleid.

²⁸ - De koper (patiënt) gebruikt, maar kiest niet omdat hij niet weet wat hij kan kopen;
- De verkoper (arts) kiest in plaats van de koper, maar betaalt niet;
- De marktmeester (zorgverzekeraar) betaalt, maar gebruikt niet

Vastgesteld op de algemene ledenvergadering van de AVIG op 29 november 2013