

Inhoud

1	Behavioural medicine - geneeskunde en psychologie: een introductie	1
	<i>A.A. Kaptein, J. Dekker, E.M.A. Smets en A.J.J.M. Vingerhoets</i>	
2	Psychologen in de somatische gezondheidszorg	15
	<i>P.H.G.M. Soons</i>	
3	Somatisatie	29
	<i>S. Visser</i>	
4	eHealth	45
	<i>M.J. Sorbi, A.W.M. Evers en K.M.P. van Bastelaar</i>	
5	Ischemische hart- en vaatziekten	59
	<i>M.T. Hoogwegt, A.A.J.J. Schiffer, K.G.E. Smolderen en J. Denollet</i>	
6	Kanker	75
	<i>J.B. Prins en M.F.M. Gielissen</i>	
7	Respiratoire aandoeningen	91
	<i>M. Scharloo, M.J. Fischer en A.A. Kaptein</i>	
8	Diabetes mellitus	111
	<i>F.J. Snoek en M.H.E. Hogenelst</i>	
9	Reumatische aandoeningen	125
	<i>J. Dekker, F.W. Kraaimaat en R. Geenen</i>	
10	Dermatologie	143
	<i>A.W.M. Evers en S. Spillekom-van Koullil</i>	
11	Pijn	157
	<i>J.W.S. Vlaeyen, M.L. Peters en G. Crombez</i>	
12	Chronische vermoeidheid	175
	<i>G. Bleijenberg, M.F.M. Gielissen, M.M. Goedendorp en H. Knoop</i>	
13	Obesitas	191
	<i>P.J. Daansen en J.D. Bosch</i>	
14	Gynaecologie en obstetrie	207
	<i>A.J.J.M. Vingerhoets en L.W.A.R. Berger</i>	
15	Erfelijkheidsadvisering	221
	<i>E.M.A. Smets</i>	

16	Seksualiteit	239
	<i>P. Enzlin en S. Brants</i>	
17	Lichamelijke klachten en aandoeningen bij kinderen en adolescenten	253
	<i>M. van Kuyk en G. Sinnema</i>	
18	Ouderen	269
	<i>D.J.H. Deeg, H.E. van der Horst en J. van Campen</i>	
19	Dementie	287
	<i>R.-M. Dröes, F. Verhey en C. Jonker</i>	
	Register	305

Behavioural medicine - geneeskunde en psychologie: een introductie

A.A. Kaptein, J. Dekker, E.M.A. Smets en A.J.J.M. Vingerhoets

- 1.1 Inleiding – 2**
- 1.2 Gedrag, gezondheid en ziekte – 2**
- 1.3 Behavioural medicine – 3**
- 1.4 Behavioural medicine aan het werk – 4**
 - 1.4.1 Preventie – 5
 - 1.4.2 Diagnostiek – 5
 - 1.4.3 Behandeling – 6
 - 1.4.4 Revalidatie – 7
- 1.5 Methoden en enkele recente ontwikkelingen in de behavioural medicine – 7**
 - 1.5.1 eHealth – 8
 - 1.5.2 Patient-empowerment, collaborative care en disease-management – 8
 - 1.5.3 Evidence-based (behavioural) medicine – 9
- 1.6 Medische psychologie – 10**
- 1.7 Nederlandse Behavioral Medicine Federatie (NBMF) – 11**
- Literatuur – 11**

1.1 Inleiding

Het behandelen van lichamelijk zieke mensen in een behavioural medicine-kader leidt tot goede resultaten. Systematische reviews, meta-analysen, Cochrane Reviews en de hoofdstukken in dit boek onderbouwen deze uitspraak. In vrijwel elk algemeen ziekenhuis in Nederland functioneert een afdeling medische psychologie, vele huisartsen werken - al dan niet in een gezondheidscentrum - met psychologen samen en revalidatiecentra en andere derdelijnsinstellingen hebben psychologen in de behandelstaf. Aan vele universitaire medische centra is een afdeling medische psychologie verbonden, waar men zich toelegt op het behandelen van patiënten, het geven van onderwijs over behavioural medicine aan studenten geneeskunde en het doen van onderzoek op dit veld. Er zijn nationale en internationale organisaties actief op het domein van de behavioural medicine; zij publiceren in (inter)nationale tijdschriften, maken boeken en houden congressen. Kortom: de behavioural medicine is 'alive and kicking'.

In dit inleidende hoofdstuk plaatsen we het begrip behavioural medicine in het grotere kader van andere wetenschapsgebieden op het snijvlak van geneeskunde en psychologie. Op geleide van de definitie van behavioural medicine illustreren we vier aandachtsgebieden: preventie, diagnostiek, behandeling en revalidatie. Enkele methoden die in de behavioural medicine worden toegepast, passeren de revue. We sluiten af met enkele opmerkingen over inhoud en organisatie van de behavioural medicine in Nederland aan het begin van de eenentwintigste eeuw.

1.2 Gedrag, gezondheid en ziekte

Bij het ontstaan, de behandeling en het beloop van lichamelijke klachten en ziekten speelt gedrag een wezenlijke rol. De empirische evidentie voor deze uitspraak is sterk. Van der Lucht en Polder (2010) en Schram, Maas, Poos en Jansen (2001) geven cijfers over de bijdrage van gedrag aan morbiditeit en mortaliteit in Nederland. Roken veroorzaakt ruim 23.000 voortijdige sterfgevallen per jaar, onvoldoende lichamelijke activiteit 7.000, ongezond eten 9.500, terwijl overmatig alcoholgebruik verantwoordelijk is voor 2.500 voortijdige sterfgevallen. Bij een jaarlijkse sterfte in Nederland van ongeveer 180.000 mensen, laat zich de bijdrage van gedrag aan sterfte dus gemakkelijk uitrekenen.

Getallen over de bijdrage van gedrag aan (premature) sterfte in een internationaal perspectief laten zien dat 35 procent van de sterfte aan kanker is toe te schrijven aan gedragsfactoren. Overgewicht, roken, alcohol, ongezond eten, weinig lichamelijke activiteit en onveilige seks zijn hier belangrijke risicofactoren. Dit geldt voor zowel hoogontwikkelde samenlevingen (o.a. Lin, O'Connor, Whitlock & Bell, 2010; voor de Verenigde Staten zie Mokdad, Marks, Stroup & Gerberding, 2004) als voor bijvoorbeeld sub-Saharagebieden (Danaei, Vander Hoorn, Lopez, Murray & Ezzati, 2005). Deze risicofactoren zijn alle potentieel beïnvloedbaar - een constatering met belangrijke implicaties op vele niveaus. Onderzoek laat echter zien dat in dat opzicht nog een lange weg is te gaan. In een studie onder 153.000 volwassenen in de Verenigde Staten bleek slechts 3 procent alle vier de 'healthy lifestyle characteristics' te vertonen: niet-roken, op gewicht zijn, minimaal vijf eenheden fruit of groente per dag eten en voldoende lichaamsbeweging hebben (Reeves & Rafferty, 2005). Recent is ook dagelijks langdurig televisie kijken op de lijst gekomen van risicofactoren voor het ontstaan van chronische lichamelijke aandoeningen (diabetes, cardiovasculaire ziekten) en zelfs mortaliteit (Grøntved & Hu, 2011).

1.3 Behavioural medicine

Een algemeen aanvaarde Nederlandse vertaling van het begrip behavioural medicine bestaat niet. In het Duits wordt wel ‘Verhaltensmedizin’ gebruikt (o.a. Ehlert, 2003) en in het Zweeds ‘Beteende medicin’; in beide begrippen komt de interactie tussen gedrag en geneeskunde naar voren. De poging om in het Nederlands het begrip gedragsgeneeskunde te gaan gebruiken voor behavioural medicine, is niet geslaagd. In ons land wordt behavioural medicine zonder problemen gebruikt: zo is er een Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, die het *Nederlands Tijdschrift voor Behavioral Medicine* uitgeeft.

De definitie van behavioural medicine wordt gegeven in de eerste aflevering van de eerste jaargang van het tijdschrift *Journal of Behavioral Medicine* (Schwartz & Weiss, 1978a, 1978b, p. 250): ‘Behavioural medicine is the interdisciplinary field concerned with the development and integration of behavioral and biomedical science, knowledge and techniques relevant to health and illness, and the application of this knowledge and these techniques to prevention, diagnosis, treatment, and rehabilitation.’

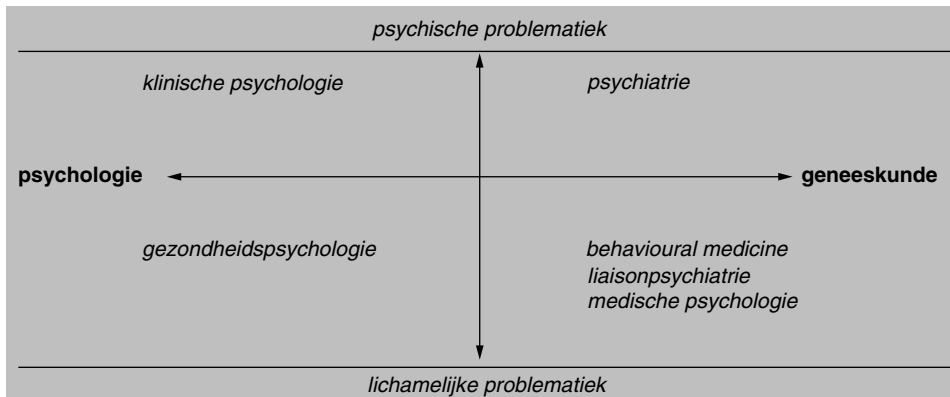
In 1995 voegt de Amerikaanse Society of Behavioral Medicine het begrip ‘psychosocial’ aan deze definitie toe: ‘(...) integration of behavioral, psychosocial, and biomedical science (...)’ (Outlook, 1995, p. 1). Andere auteurs bepleiten het in de definitie opnemen van socioculturele en politiek-economische aspecten (resp. Schneiderman & Orth-Gomér, 1996, p. 279-280; Keefe, 2011). Dit punt onderstreept dat in de behavioural medicine onder ogen wordt gezien dat maatschappelijke omstandigheden belangrijke determinanten van gezondheid en ziekte zijn. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) zijn meer, langer en ernstiger ziek en overlijden eerder dan mensen met een hoge SES (Mackenbach, 2011). Psychologen in de behavioural medicine concentreren zich veelal op individuele factoren in hun research en zorg; artsen hebben daar vaak evenzeer een neiging toe. Binnen de behavioural medicine bestaat echter ook nadrukkelijk aandacht voor ‘public health’ ofwel openbare gezondheidszorg en contextuele kenmerken van gedrag, gezondheid en ziekte (Glass & McAtee, 2006; Rawal et al., 2012).

De definitie die de International Society of Behavioral Medicine nu in zijn *Charter* (zie ► www.isbm.info/files/charter.pdf) gebruikt, weerspiegelt het voorgaande: ‘Behavioral medicine can be defined as the interdisciplinary field concerned with the development and integration of psychosocial, behavioral and biomedical knowledge relevant to health and illness, and the application of this knowledge to prevention, etiology, diagnosis, treatment and rehabilitation.’

Gegeven deze definitie is het relevant om na te gaan hoe het veld van de behavioural medicine zich tot andere, gerelateerde, velden verhoudt. Beoefenaren van de behavioural medicine bevinden zich in zeer diverse organisaties en structuren (zoals ziekenhuizen, universiteiten, huisartspraktijken en gemeentelijke gezondheidsdiensten). Zij zien verschillende categorieën patiënten en/of respondenten, met medische, psychologische en psychosociale problematiek - en veelal met een combinatie van die soorten problematiek. In ■ figuur 1.1 zijn in de kwadranten die ontstaan door de assen psychologie/geneeskunde en lichamelijke/psychische problematiek te tekenen, enkele velden van patiëntenzorg en onderzoek geplaatst, teneinde te schetsen hoe het behavioural medicine-veld tegenover die andere velden kan worden gepositioneerd.

Vanzelfsprekend is het wat kunstmatig om (bijvoorbeeld) de op de Y-as geplaatste begrippen te scheiden, al helemaal in een boek dat behavioural medicine in zijn titel heeft. Het gaat er hier echter om licht te werpen op de karakteristieke kenmerken van de wetenschapsgebieden in de vier kwadranten.

- *Klinische psychologie*. Doet onderzoek over en behandelt patiënten of cliënten met psychische problematiek, vanuit een psychologische optiek voor wat betreft theorieën en methoden.



■ **Figuur 1.1** Behavioural medicine-veld in verhouding tot gerelateerde wetenschapsgebieden.

- *Psychiatrie*. Houdt zich eveneens bezig met patiënten met psychische problematiek, veelal in een ernstiger graad dan in de klinische psychologie, en met behulp van theorieën en methoden die een biomedisch accent hebben (zoals farmacotherapie, elektroconvulsieve therapie).
- *Behavioural medicine*. Is rechts onder in de figuur geplaatst, omdat in de behavioural medicine patiënten met lichamelijke klachten en ziekten worden bestudeerd en behandeld, vanuit theorieën en methoden die goed in een biopsychosociaal model zijn in te passen.
- *Liaisonpsychiatrie*. Onderdeel van de psychiatrie die in Nederland wel met ziekenhuispsychiatrie wordt aangeduid. Liaisonpsychiaters bedrijven diagnostiek, therapie en wetenschappelijk onderzoek bij patiënten met lichamelijke klachten en ziekten bij wie ernstige psychiatrische problematiek aanpassing aan de klacht of ziekte sterk belemmert. In Nederland is dit veld traditioneel sterk; publicaties op dit terrein zijn onder meer te vinden in *General Hospital Psychiatry* en *International Journal of Psychiatry in Medicine*.
- *Medische psychologie*. Het wetenschapsgebied dat zich bezighoudt met het bestuderen van de mens in de medische situatie (Convent Hoogleraren Medische Psychologie, 2009). Het accent ligt hier dus op mensen die zich ziek voelen of ziek zijn, bij wie geen sprake is van ernstige psychopathologie en die veelal in een medische setting mede door medisch psychologen worden bestudeerd en behandeld. Medische psychologie en behavioural medicine liggen elkaar goed; kenmerkend is een nauwe samenwerking met werkers in de somatische gezondheidszorg.
- *Gezondheidspsychologie*. Onderdeel van de psychologie, waarin men zich met behulp van theorieën en methoden uit de psychologie bezighoudt met onderzoek over primaire en secundaire preventie. Gezondheidspsychologie en behavioural medicine lijken soms met elkaar om te gaan als water en vuur (zie o.a. Kaptein, 2011; Ogden, 2003; Oxman, Fretheim & Flottorp, 2005).

1.4 Behavioural medicine aan het werk

De vier kernthema's uit de definitie van behavioural medicine zijn preventie, diagnostiek, behandeling, revalidatie. We illustreren deze vier begrippen aan de hand van enkele recente empirische studies.

1.4.1 Preventie

Onder primaire preventie wordt verstaan het toepassen van psychosociale, gedragswetenschappelijke en biomedische kennis met als doel lichamelijke ziekte te voorkomen. Kaplan (2000) benadrukt dat '(...) primary prevention is usually based on a behavioral rather than a disease model. Diagnosis plays a lesser role because there is no disease to diagnose. Intervention is typically behavioral and might include exercise, dietary change, or the avoidance or reduction of tobacco use. Interventions might also include public policy change' (Kaplan, 2000, p. 383). Screenen en vroege diagnostiek behoren al tot secundaire preventie, passen in een biomedisch 'find it, fix it'-model, vergroten slechts het 'disease reservoir' en leiden niet tot gezondheidswinst. Aldus de kritische analyse van Kaplan over preventie in een biomedisch model (voor empirische ondersteuning voor deze uitspraken zie ook Welch, Schwartz & Woloshin, 2000).

Maatregelen op het niveau van wettelijke voorschriften voor samenlevingen zijn waarschijnlijk effectief en efficiënt. Een artikel met de titel 'Ten great public health achievements' illustreert deze uitspraak fraai: wetgeving, organisatorische maatregelen binnen de gezondheidszorg, financiële regelmechanismen (belasting) en beter gebruik van bestaande technologie leiden tot gezondheidswinst (Koppaka, 2011). Het reduceren van het roken van tabak in een samenleving wordt vooral bereikt door belastingverhoging op tabak, wetgeving over rookvrije omgevingen, mediacampagnes, advertentieverboden en gezondheidswaarschuwingen, integrale stoppen-met-rokenbehandeling en wetgeving over toegang van jongeren tot tabak (Nagelhout et al., 2012). Te dik worden lijkt wellicht te kunnen worden voorkomen via belasting op ongezond voedsel en drank, waarschuwend informatie op de voorzijde van verpakkingen, advertentieverboden voor junkfood en drank en programma's op school om televisiekijken en softdrinkconsumptie te verminderen (Horton, 2011).

1.4.2 Diagnostiek

Het gebruik van theorieën en methoden uit de behavioural medicine bij (invasieve) diagnostische procedures leidt tot winst voor de patiënt en voor de uitvoerders van die procedures, zo blijkt uit onderzoek (Smolderen & Vingerhoets, 2010). De interdisciplinariteit van de behavioural medicine wordt fraai onderstreept in onderzoek over en toepassing van gedragswetenschappelijke interventies bij medische diagnostische procedures.

Nederlands onderzoek over gastro-intestinale endoscopie ofwel gastroscopie illustreert het voorgaande. Van Vliet, Grypdonck, Van Zuuren, Winnubst en Kruitwagen (2004) bestudeerden de effecten van het geven van verschillende soorten informatie aan patiënten die een gastroscopie dienden te ondergaan. De patiënten werden gekarakteriseerd als 'monitors' of 'blunters', waarna op basis van die karakterisering informatie voor de gastroscopie werd gegeven. De effecten van de interventie werden vergeleken met die bij een groep patiënten die de gebruikelijke zorg en informatie kregen. Afhankelijke variabelen kwamen uit verschillende domeinen, namelijk fysiologische (hartslag en huidgeleidingsweerstand), psychologische (angst, pijn, ervaring van de procedure, tevredenheid over de verschaft informatie) en medisch (duur van het kokhalzen). Ook het oordeel van de uitvoerder van de gastroscopie werd betrokken bij het beoordelen van de effecten van de interventie. De resultaten van de studie van Van Vliet et al. waren genuanceerder en complexer dan verwacht: het geven van informatie, toegespitst op de veronderstelde informatiebehoefte van de patiënt, leidde niet altijd tot winst op alle afhankelijke variabelen.

De moderne technologie doet ook in de behavioural medicine zijn intrede: virtuele realiteit en audiovisuele afleiding worden steeds meer gebruikt als methoden van pijnbestrijding bij medische procedures. Het werkzame mechanisme hierbij is afleiding. Wismeijer en Vingerhoets (2005) geven een literatuuroverzicht over deze thematiek, dat is gepubliceerd in het tijdschrift van de behavioural medicine-gemeenschap: *Annals of Behavioral Medicine*. Zij concluderen dat deze methoden veelbelovend zijn en geen negatieve bijwerkingen lijken te hebben. In dezelfde onderzoekslijn lieten Schneider, Kisby en Flint (2011) zien dat virtual reality de tijdperceptie beïnvloedt en daardoor de ervaring van de negatieve effecten reduceert van toediening van chemotherapie bij mensen met kanker. Patiënten konden in een op en om het hoofd aangebrachte monitor zelfgekozen films zien of naar muziek luisteren. Zij ervaarden de duur van de toediening van de chemotherapie 30 procent korter dan de werkelijke duur ervan.

1.4.3 Behandeling

In vergelijking met dertig jaar geleden is een indrukwekkende hoeveelheid literatuur beschikbaar over de werkzaamheid van behandelmethoden in de behavioural medicine (zie Kaptein, Van der Ploeg, Garssen, Schreurs & Beunderman, 1986). Systematische reviews, meta-analysen en Cochrane Reviews vormen het fundament van het doen van empirisch onderbouwde uitspraken over de effecten van interventiemethode x of y op uitkomstmaat a of b bij aandoening c of d. We geven enkele voorbeelden (zie Kaptein, Tiemensma, Fischer, Scharloo & Lyons, 2012).

- *Astma*. Een systematische review over ‘quality improvement strategies’ (patiëntenvoorlichting, zelfmonitoring, zelfmanagement) bij kinderen met astma laat zien dat toepassing van die strategieën tot afname leidt van schoolverzuim en dagen met astmasymptomen (Bravata et al., 2009).
- *Diabetes*. De Cochrane Review van Deakin, McShane, Cade en Williams (2009) en ‘a metasynthesis’ over studies naar zelfmanagement bij mensen met type-2-diabetes (Gomersall, Madill & Summers, 2011) laten zien dat de behavioural medicine-interventies, zoals cognitief-gedragsmatige methoden die zich richten op het bevorderen van gezond eten, lichamelijk actief zijn, reduceren van stress en sociaal actief blijven, leiden tot verbeterde controle van de diabetes, verminderde behoefte aan medicatie, lagere bloeddruk en lichaamsgewicht, en toename van empowerment, kwaliteit van leven, zelfzorgvaardigheden en behandelingsatisfactie.
- *Hartfalen*. De systematische review van ‘randomized controlled trials’ over zelfmanagement bij mensen met hartfalen van Jovicic, Holroyd-Leduc en Straus (2006) concludeert dat heropnamen in een ziekenhuis afnamen na de zelfmanagementinterventie.
- *Kanker*. Een meta-analyse over behavioural medicine-interventies bij vrouwen met borstkanker laat zien dat het psychosociaal functioneren en de kwaliteit van leven verbeteren na toepassing van dergelijke interventies (Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden & Aaronson, 2011).
- *Reuma*. De review van Iversen, Hammond en Betteridge (2010) over zelfmanagement bij mensen met osteoartrose en reumatoïde artritis laat positieve effecten zien, afgemeten aan klinische, psychologische en sociale uitkomstmaten.

Het zou overigens niet reëel zijn te doen alsof de behavioural medicine op alle fronten succesvol is. Recentelijk lieten Turk, Wilson en Cahana (2011) zien dat de behandeling van mensen met pijn de afgelopen decennia niet echt is vooruitgegaan. Zij wijzen op contextuele factoren die bij pijn van belang zijn: ‘There is a crucial need for assessment of combination treatments,

identification of indicators of treatment response, and assessment of the benefit of matching treatment to patient characteristics' (p. 2226).

Gegeven de toenemende prevalentie van chronische ziekten wordt het verschijnsel comorbiditeit van belang, ook in het kader van zelfmanagement (Dallmeijer et al., 2009). Powers, Olsen, Oddone en Bosworth (2009) laten in dit kader zien hoe een zelfmanagementinterventie bij mensen met hypertensie leidde tot positieve effecten op bloedwaarden bij de mensen die daarnaast ook diabetes hadden. Katon et al. (2010) lieten zien hoe het behandelen van mensen die leden aan een depressie en aan een chronische lichamelijke ziekte tot winst leidde in termen van klinische kenmerken van de ziekten, satisfactie met de zorg en kwaliteit van leven.

Comorbiditeit in een meer psychologische zin betreft vooral de invloed van depressie (distress) op het beloop van chronische lichamelijke ziekten. Bij alle hierboven genoemde ziekten is distress een belangrijke determinant van het beloop van de ziekte (voor empirische illustraties zie de hoofdstukken over die ziekten in dit boek).

1.4.4 Revalidatie

Ook in revalidatiesettings lijkt winst te kunnen worden behaald met het toepassen van behavioural medicine-interventies. Bijvoorbeeld bij patiënten met chronische luchtwegobstructie (COPD), bij wie een cognitief-gedragsmatige interventie, veelal in combinatie met inspanningsoefeningen, leidt tot verbeteringen, afgemeten aan onder meer frequentie en duur van ziekenhuisopnamen en kwaliteit van leven. De evidentie voor deze uitspraak heeft de status bereikt van een Cochrane Review over zelfmanagement (Effing et al., 2009) en een systematische review en meta-analyse (Peytremann-Brideveaux, Staeger, Brideveaux, Ghali & Burnand, 2009). Fischer laat zien hoe ziektepercepties en behandelpercepties van mensen met COPD het beloop en het effect van de longrevalidatie voorspellen (Fischer et al., 2010).

1.5 Methoden en enkele recente ontwikkelingen in de behavioural medicine

Zoals gezegd, zijn methoden uit het domein van de 'public health' aangewezen bij primaire preventie: wettelijke maatregelen, gezondheidsbevordering, politieke en sociaalmaatschappelijke interventies, gericht op de algemene bevolking. Bij werkzaamheden gericht op diagnostiek, behandeling en revalidatie zijn methoden geïndiceerd uit de domeinen van de gedragswetenschappen en geneeskunde, gericht op individuen, groepen of samenlevingen.

In de beginperiode van de behavioural medicine vormden methoden en technieken uit de gedragstherapie het therapeutische arsenaal van de beoefenaar van de behavioural medicine (o.a. Garssen, Kaptein & Beunderman, 1985). Momenteel inspireert de cognitief-gedragsmatige theorie en de ervan afgeleide therapie het veld van de behavioural medicine, zoals kan worden afgelezen aan de artikelen in leidende behavioural medicine-tijdschriften (zoals *Annals of Behavioral Medicine*, *Behavioral Medicine*, *Behavioral and Cognitive Therapy*, *International Journal of Behavioral Medicine* en *Journal of Behavioral Medicine*). In de cognitief-gedragsmatige therapie, '(...) the patient is helped to recognize patterns of disturbed thinking and dysfunctional behaviour. Systematic discussion and carefully structured behavioural assignments are then used to help patients evaluate and modify both their disturbed thoughts and their dysfunctional behaviours' (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989, p. 11). In bijna alle hoofdstukken in dit boek wordt geïllustreerd hoe principes uit de cognitief-gedragsmatige benadering bij chronisch

lichamelijk zieken worden gebruikt bij diagnostiek en behandeling. (Voor een methodologisch sterke studie over de effecten van cognitief-gedragsmatige interventies bij mensen met chronische lage rugpijn zie Glombiewski, Hartwich-Tersek & Rief, 2010.)

In toenemende mate is het onderzoek in de behavioural medicine gefundeerd in theorieën en theoretische modellen (Dekker, 2008). In een recent editorial in het *International Journal of Behavioral Medicine* onderscheidt Dekker de volgende zeven categorieën ('families') van theorieën en theoretische modellen:

- stress en emotieregulatie;
- persoonlijkheid en gezondheid;
- gezondheidsgedrag;
- sociaal-cognitieve theorieën;
- ziektepercepties en zelfregulatie;
- contextuele determinanten van gezondheidsgedrag;
- motivationele determinanten van gedragsverandering.

In de afgelopen tien jaar zijn enkele nieuwe ontwikkelingen in de behavioural medicine zichtbaar geworden. We bespreken enkele beknopt.

1.5.1 eHealth

In sterk toenemende mate vormt het internet een bron voor informatie over gezondheid en ziekte, waarop patiënten een beroep doen. Daarnaast gebruiken behandelaars en onderzoekers het internet steeds meer als middel om patiënten van informatie te voorzien, dat interactief gebruikt kan worden. Patiënten loggen in op een eHealthwebsite en ontvangen op geleide van informatie over hun gezondheidstoestand, informatie om die toestand te verbeteren, bijvoorbeeld via het aanpassen van medicatie, het zoeken van medische hulp of zelfmanagementvaardigheden die naar de patiënt worden gestuurd. Hoofdstuk 4 in dit boek bespreekt eHealth in detail - hetgeen de sterk toegenomen betekenis van eHealth illustreert.

1.5.2 Patient-empowerment, collaborative care en disease-management

In toenemende mate wordt in de behavioural medicine-literatuur geschreven over veranderingen in de arts-patiëntrelatie en over de ermee samenhangende patient-empowerment: het de patiënt stimuleren verantwoordelijkheid en macht te nemen over de zorg voor zijn aandoening (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002). In projecten die in de VS worden uitgevoerd in het kader van collaborative care, vergelijken de auteurs de traditionele zorg met collaborative care op vijf dimensies (zie ■ tabel 1.1).

Trummer, Mueller, Nowak, Stidl en Pelikan (2006) laten zien dat een interventie die patiënten 'empowered' maakt tot winst leidt op klinische (onder meer een kortere opnameduur) en psychologische maten (satisfactie). Hunkeler et al. (2006) laten in hetzelfde kader zien hoe 'tailored collaborative care' bij depressieve patiënten ouder dan zestig jaar leidt tot minder depressiviteit, beter fysiek functioneren en een hogere kwaliteit van leven. Recentelijk deden de ontwikkelaars van het 'chronic care model' een meta-analyse over welke 'evidence-based' principes voor ondersteuning van zelfmanagement van crucial belang zijn: 'Brief targeted assessment, evidence-based information to guide shared decision-making, collaborative priority

■ **Tabel 1.1** Twee modellen van medische zorg aan chronisch zieken (Bodenheimer et al., 2002, p. 2470).

	Traditionele zorg	Gezamenlijke zorg
Arts-patiëntrelatie	arts is expert die patiënt zegt wat te doen	gedeelde expertise met actieve patiënt
	patiënt is passief	arts is medisch deskundige, patiënt is ervaringsdeskundige
Eindverantwoordelijke	arts	arts en patiënt
Doel zorg	'compliance'; 'non-compliance' is fout van de patiënt	patiënt bepaalt einddoel
Oplossen medische problemen	door de arts	arts leert de patiënt probleemoplossend gedrag
Inhoud informatie	ziekte en technische vaardigheden	leren van vaardigheden om problemen op te lossen

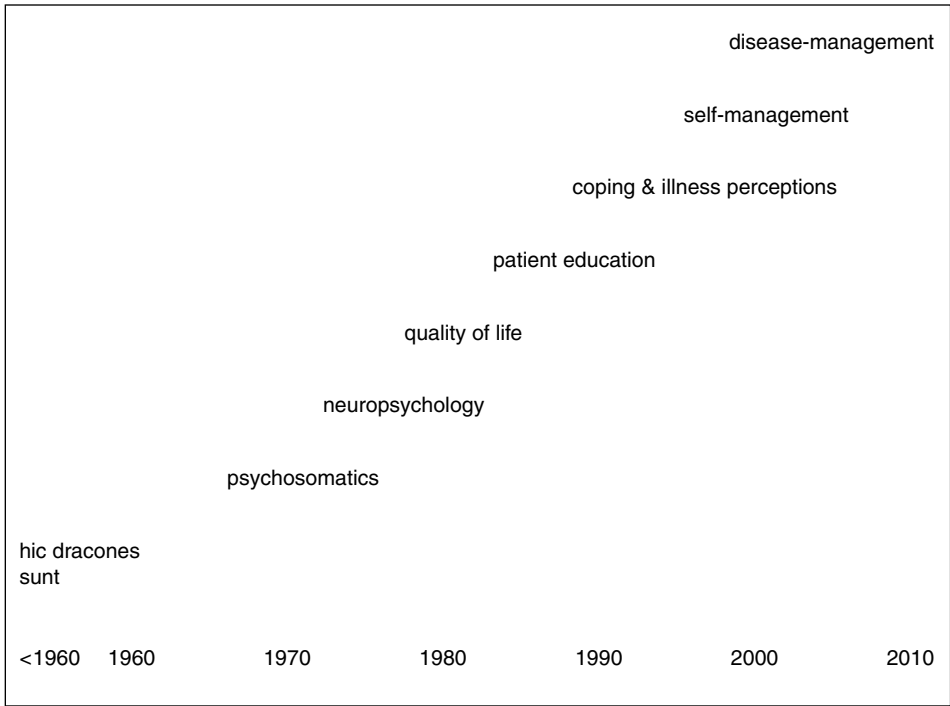
and goal setting, collaborative problem solving, self-management support by diverse providers, self-management interventions delivered by diverse formats, patients self-efficacy, active follow-up, multifaceted interventions' (Battersby et al., 2010).

Disease-management lijkt (alle) kernelementen van gezamenlijke zorg te bevatten: 'An approach to patient care that emphasizes coordinated, comprehensive care along the continuum of disease and across health care delivery systems' (Ellrodt et al., 1997). ■ Figuur 1.2 beoogt schetsmatig te tonen hoe in de loop van de afgelopen decennia de patiënt een steeds actievere en belangrijke partner in medische zorg is geworden (schematisch op de virtuele Y-as afgebeeld).

1.5.3 Evidence-based (behavioural) medicine

Een sterke en belangrijke recente ontwikkeling in de geneeskunde betreft 'evidence-based medicine'. Dit begrip wordt gedefinieerd als 'the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients' (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Scott & Haynes, 1996, p. 71). Systematische reviews, meta-analysen en Cochrane Reviews zijn methoden die in de evidence-based medicine worden toegepast. In het tijdschrift *Evidence Based Medicine* worden regelmatig artikelen gepubliceerd die ook voor de behavioural medicine relevant zijn.

Evidence-based behavioural medicine (EBBM) is een zich snel ontwikkelend veld dat beoogt 'om het proces te optimaliseren waarmee de beste wetenschappelijke evidentie kan worden vertaald in de beste klinische beslissingen over gedragsmatige interventies teneinde de gezondheid van patiënten te verbeteren' (Spring et al., 2005, p. 125). In behavioural medicine-kringen wordt gediscussieerd over voor- en nadelen van EBBM. Clinici zijn bang voor inperking van hun behandelvrijheid, protocollering van hun handelen en voor het negeren van 'patient views and narratives' (Lambert, 2006). Representanten uit het veld van het onderzoek en van tijdschriften van de wetenschappelijke beoefening van de behavioural medicine, zijn daarentegen positief over EBBM (Davidson, Trudeau, Ockene, Orleans & Kaplan, 2004; voor een vergelijkbaar debat in de geneeskunde tussen behandelaars en onderzoekers zie Hannes, Aertgeerts, Schepers, Goedhuys & Buntinx, 2005).



■ **Figuur 1.2** Positie patiënt in de zorg: van passief object naar actieve partner.

Het op basis van empirische evidentie opstellen van protocollen voor diagnostiek (assessment) en therapie in een behavioural medicine-kader is moeilijk, evenals het doen toepassen van die protocollen in de reguliere medische zorg (o.a. Orth-Gomér et al., 2005). Het grotere kader hier is ‘translational behavioural medicine’. Vele onderzoekers en behandelaars die de vrij aanzienlijke winst zien die met de toepassing van behavioural medicine kan worden behaald bij de diagnostiek en behandeling van mensen met chronische lichamelijke ziekten, zijn niet zelden verbaasd over de geringe mate waarin die kennis ingang in de kliniek vindt (voor behavioural medicine bij mensen met kanker zie o.a. Hack et al., 2011). De Society of Behavioral Medicine bestempelde dit punt recentelijk als zo belangrijk, dat is besloten een tijdschrift over deze thematiek te beginnen.

1.6 Medische psychologie

In Nederland zijn de afdelingen medische psychologie van de universitaire medische centra een belangrijke plaats waar onderzoek over behavioural medicine plaatsvindt. Die afdelingen maken deel uit van universitaire medische centra en voeren het onderzoek uit in nauwe samenwerking met afdelingen in het ziekenhuis. De afdelingen medische psychologie verbonden aan universitair medische centra geven onderwijs aan studenten geneeskunde, coassistenten, arts-assistenten en artsen die hun specialistenopleiding hebben voltooid. In de patiëntenzorg verrichten de medisch psychologen zelf klinisch werk of fungeren in consultatieve zin (zie ook hoofdstuk 2). Interessant is de afdeling medische psychologie van de Universiteit van Tilburg. Daar wordt niet aan studenten geneeskunde maar aan studenten psychologie onderwijs in de

medische psychologie gegeven. Docenten (artsen en psychologen) bereiden de studenten voor op het functioneren in een medische setting.

Het Convent Hoogleraren Medische Psychologie representeert de medische psychologie in overleg- en beleidskwesties. De Interacademiale Medische Psychologie is de jaarlijkse bijeenkomst waar de beoefenaren van de medische psychologie elkaar informeren over ontwikkelingen in het vak, onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg, nationaal en internationaal (voor een overzicht over de medische psychologie in de VS, met de ondertitel 'from early career to emeritus', zie Sanders, Breland-Noble, King & Cubic, 2010).

1.7 Nederlandse Behavioral Medicine Federatie (NBMF)

In 1989 werd de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie opgericht (NBMF), die beoogt het veld van de behavioural medicine in Nederland te bevorderen. Jaarlijks vindt een NBMF-dag plaats, waarbij jonge promovendi hun promotieonderzoek presenteren en er keynote-lezingen worden gegeven over belangrijke thema's binnen de behavioural medicine. De NBMF geeft het *Nederlands Tijdschrift voor Behavioral Medicine* (NTBM) uit, met actuele artikelen en nieuws. Sinds enkele jaren zijn ook de leden van de Landelijke Medische Psychologie Vereniging en die van Psychologen in Algemene Ziekenhuizen (PAZ) lid van de NBMF. Het lidmaatschap omvat ook een abonnement op het *International Journal of Behavioral Medicine*, het tijdschrift van de International Society of Behavioral Medicine (ISBM), die tweejaarlijks zijn congres houdt.

Nationaal en internationaal produceert de behavioural medicine belangrijke onderzoeksresultaten. Zorgverleners op medisch en psychosociaal gebied werken in toenemende mate samen, teneinde mensen met chronische lichamelijke aandoeningen te helpen zichzelf zoveel mogelijk te helpen. Ziekttekostenverzekeraars en overheden kijken met belangstelling naar mogelijke reductie van kosten van gezondheidszorg door het toepassen van behavioural medicine. Verder onderzoek over deze thema's versterkt de positie van de patiënt en die van de behavioural medicine.

De behavioural medicine heeft zich in de afgelopen decennia sterk ontwikkeld. Het onderzoek heeft het niveau bereikt waarop interventiestudies kunnen worden uitgevoerd, waarbij ook in klinisch opzicht belangrijke resultaten worden behaald (o.a. Orth-Gomér et al., 2009). De wetenschappelijke tijdschriften over behavioural medicine zijn stabiele, hoge-impactfactorinstituten geworden. De internationale en nationale societies verzorgen onderwijs over behavioural medicine en zijn fora voor jong talent. De behavioural medicine is - we zeiden het aan het begin van dit hoofdstuk - inderdaad 'alive and kicking'.

Literatuur

- Battersby, M., von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S.M., Parkerton, M. & Wagner, E.H. (2010). Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Joint Community Journal of Quality and Patient Safety*, 36, 561-570.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288, 2469-2475.
- Bravata, D.M., Gienger, A.L., Holty, J.E., Sundaram, V., Khazeni, N., Wise, P.H., McDonald, K.M. & Owens, D.K. (2009). Quality improvement strategies for children with asthma. A systematic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 163, 572-581.
- Christiaans, I., Van Langen, I.M., Birnie, E., Bonsel, G.J., Wilde, A.A.M. & Smets, E.M.A. (2009). Quality of life and psychological distress in hypertrophic cardiomyopathy mutation carriers: a cross-sectional cohort study. *American Journal of Medical Genetics*, 149A, 602-612.

- Convent Hoogleraren Medische Psychologie (2009). *Het vakgebied medische psychologie*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Dallmeijer, A.J., Beckerman, H., de Groot, V., van de Port, I.G.L., Lankhorst, G.J. & Dekker, J. (2009). Long-term effect of comorbidity on the course of physical functioning in patients after stroke and with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *41*, 322-326.
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A.D., Murray, C.J.L., Ezzati, M. & the Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers) (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, *366*, 1784-1793.
- Davidson, K.W., Trudeau, K.J., Ockene, J.K., Orleans, C.T. & Kaplan, R.M. (2004). A primer on current evidence-based review systems and their implications for behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, *28*, 226-238.
- Deakin, T.A., McShane, C.E., Cade, J.E. & Williams, R. (2009). *Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus (Review)*. Chichester: Wiley, the Cochrane collaboration.
- Dekker, J. (2008). Theories in behavioral medicine. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*, 1-3.
- Duijts, S.F.A., Faber, M.M., Oldenburg, H.S.A., van Beurden, M. & Aaronson, N.K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors - a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *20*, 115-126.
- Effing, T., Monninkhof, E.E.M., van der Valk, P.P., Zielhuis, G.G.A., Walters, E.H., van der Palen, J.J. & Zwerink, M. (2009). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Ellrodt, G., Cook, D.J., Lee, J., Cho, M., Hunt, D. & Weingarten, S. (1997). Evidence-based disease management. *JAMA*, *278*, 1687-1692.
- Fischer, M.J., Scharloo, M., Abbink, J., van 't Hul, A., van Ranst, D., Rudolphus, A., Weinman, J. & Kaptein, A.A. (2010). The dynamics of illness perceptions: testing assumptions of Leventhal's Common Sense Model in a pulmonary rehabilitation setting. *British Journal of Health Psychology*, *15*, 887-903.
- Garssen, B., Kaptein, A.A. & Beunderman, R. (1985). De behandeling van lichamelijke klachten met gedragstherapeutische methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *129*, 1030-1034.
- Glass, T.A. & McAttee, M.J. (2006). Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Social Science and Medicine*, *62*, 1650-1671.
- Glombiewski, J.A., Hartwich-Tersek, J. & Rief, W. (2010). Two psychological interventions are effective in severely disabled, chronic back pain patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, *17*, 97-107.
- Gomersall, T., Madill, A. & Summers, L.K.M. (2011). A metasynthesis of the self-management of type 2 diabetes. *Qualitative Health Research*, *21*, 853-871.
- Grøntved, A. & Hu, F.B. (2011). Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality. *JAMA*, *305*, 2448-2455.
- Hack, T.F., Carlson, L., Butler, L., Degner, L.F., Jakulj, F., Pickles, T., Ruether, J.D. & Weir, L. (2011). Facilitating the implementation of empirically valid interventions in psychosocial oncology and supportive care. *Support Care Cancer*, *19*, 1097-1105.
- Hannes, K., Aertgeerts, B., Schepers, R., Goedhuys, J. & Buntinx, F. (2005). Evidence-based medicine: een bespreking van de meest voorkomende kritiek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *149*, 1983-1988.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (Eds.) (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Horton, R. (2011). Offline: disgrace, mystery, but also wisdom. *British Medical Journal*, *378*, 1451.
- Hunkeler, E.M., Katon, W., Tang, L., Williams, J.W., Kroenke, K., Lin, E.H.B., Harpole, L.H., Arean, P., Levine, S., Grypma, L.M., Hargreaves, W.A. & Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal*, *332*, 259-263.
- Iversen, M.D., Hammond, A. & Betteridge, N. (2010). Self-management of rheumatic diseases: state of the art and future perspectives. *Annals of Rheumatic Diseases*, *69*, 955-963.
- Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J.M. & Straus, S.E. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders*, *6*, 43.
- Kaplan, R.M. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, *55*, 382-396.
- Kaptein, A.A. (2011). Pick up the pieces and go home - on the demise of health psychology. *Health Psychology Review*, *5*, 39-47.

- Kaptein, A.A., Tiemensma, J., Fischer, M.J., Scharloo, M. & Lyons, A.C. (2012). Ongoing behavioral management of common chronic diseases. In E. Fisher, L.D. Cameron, A.J. Christensen, U. Ehlert, B. Oldenburg, F. Snoek & A. Zaini, (Eds.), *Principles and concepts of behavioral medicine: a global handbook*. New York: Springer.
- Kaptein, A.A., van der Ploeg, H.M., Garssen, B., Schreurs, P.J.G. & Beunderman, R. (Eds.) (1986). *Behavioral medicine: psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu.
- Katon, W.J., Lin, E.H.B., von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C.M., McGregor, M. & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illness. *New England Journal of Medicine*, 363, 2611-2620.
- Keefe, F.J. (2011). Behavioral medicine: a voyage to the future. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 141-151.
- Koppaka, R. (2011). Ten great public health achievements - United States, 2001-2010. *JAMA*, 306, 36-38.
- Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: notions of evidence in medicine. *Social Science and Medicine*, 62, 2633-2645.
- Lin, J.S., O'Connor, E., Whitlock, E.P. & Bell, T.L. (2010). Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 153, 736-750.
- Lucht, F. van der & Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Mackenbach, J.P. (2011). Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 568-575.
- Nagelhout, G.E., Levy, D.T., Blackman, K., Currie, L., Clancy, L. & Willemsen, M.C. (2012). The effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths. Findings from the Netherlands SimSmoke tobacco control policy simulation model. *Addiction*, 107, 407-416.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Orth-Gomér, K., Albus, C., Bagés, N., DeBacker, G., Deter, H.-C., Herrmann-Lingen, C., Oldenburg, B., Sans, S., Williams, R.B. & Schneiderman, N. (2005). Psychosocial considerations in the European guidelines for prevention of cardiovascular diseases in clinical practice: Third Joint Task Force. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 132-141.
- Orth-Gomér, K., Schneiderman, N., Wang, H., Walldin, C., Blom, M. & Jernberg, T. (2009). Stress reduction prolongs life in women with coronary disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2, 25-32.
- Outlook Society of Behavioral Medicine (1995). President's message (1). Knoxville, TN: SBM.
- Oxman, A.D., Fretheim, A. & Flottorp, S. (2005). The OFF theory of research utilization. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 113-116.
- Peytremann-Brideveaux, I., Staeger, P., Brideveaux, P.-O., Ghali, W.A. & Burnand, B. (2008). Effectiveness of chronic obstructive pulmonary disease-management programs: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Medicine*, 121, 433-443.
- Powers, B.J., Olsen, M.K., Oddone, E.Z. & Bosworth, H.B. (2009). The effect of hypertension self-management intervention on diabetes and cholesterol control. *American Journal of Medicine*, 122, 639-646.
- Rawal, L.B., Tapp, R.J., Williams, E.D., Chan, C., Yasin, S. & Oldenburg, B. (2012). Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: a review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19, 121-133.
- Reeves, M.J. & Rafferty, A.P. (2005). Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. *Archives of Internal Medicine*, 165, 854-857.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B. & Scott, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sanders, K.A., Breland-Noble, A.M., King, C.A. & Cubic, B.A. (2010). Pathways to success for psychologists in academic health centers: from early career to emeritus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 315-325.
- Schneider S.M., Kisby, C.K. & Flint, E.P. (2011). Effect of virtual reality on time perception in patients receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 19, 555-564.
- Schneiderman, N. & Orth-Gomér, K. (1996). Blending traditions: a concluding perspective on behavioral medicine approaches to coronary heart disease prevention. In K. Orth-Gomér & N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 279-299). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schram, D., Maas, I.A.M., Poos, M.J.J.C. & Jansen, J. (2001). De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 79, 211-216.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978a). Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978b). Behavioral medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.

- Smolderen, K.G. & Vingerhoets, A. (2010). Hospitalisation and stressful procedures. In D. French, K. Vedhara, A.A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health psychology* (2nd ed., pp. 232-244). Chichester: Blackwell/British Psychological Society.
- Spring, B., Pagoto, S., Kaufmann, P.G., Whitlock, E.P., Glasgow, R.E., Smith, T.W., Trudeau, K.J. & Davidson, K.W. (2005). Invitation to a dialogue between researchers and clinicians about evidence-based behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 125-137.
- Trummer, U.F., Mueller, U.O., Nowak, P., Stidl, T. & Pelikan, J.M. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling*, 61, 299-306.
- Turk, D.C., Wilson, H.D. & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 377, 2226-2235.
- Vliet, M.J. van, Grypdonck, M., Zuuren, F.J. van, Winnubst, J.A.M. & Kruitwagen, C. (2004). Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: the influence of information in medical situations. *Patient Education and Counseling*, 52, 23-30.
- Welch, H.G., Schwartz, L.M. & Woloshin, S. (2000). Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? *JAMA*, 283, 2975-2978.
- Wismeijer, A.A.J. & Vingerhoets, A.J.J.M. (2005). The use of virtual reality and audiovisual eyeglass systems as adjunct analgesic techniques: a review of the literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 268-278.