



Annelies van Scheppingen is massagetherapeut en Integrative Medicine zorgverlener. Ze heeft haar eigen praktijk, waar ze mensen met fysieke en psychosomatische klachten begeleidt naar duurzame verbetering van hun gezondheid.

HOOFDLIJN:

Tijdens de eerste integratieve dag eerder dit jaar werden de leden van beroepsvereniging VBAG meegenomen in de hoofd-buik-hartconnectie door huisarts Jan Paul Verdenius en cardioloog Janneke Wittekoek. Jan Paul legt uit dat intuïtie, ofwel het pluis- en niet-pluisgevoel, van wezenlijk belang is in de zorgpraktijk, als het daarna ook gecheckt wordt. Janneke vertelt over de oorzaak en klachten van hart- en vaatziekten bij vrouwen en waarom preventie zo belangrijk is.

Het is al gezellig druk als ik op een ochtend in april het Cultureel Centrum Theothorne in Dieren betreed. Hier wordt de eerste integratieve VBAG-dag georganiseerd. De beroepsvereniging wil deze dag vanaf nu meerdere keren per jaar organiseren, om reguliere en complementaire zorg bij elkaar te brengen. Het uiteindelijke doel is een verbinding tot stand te brengen, waarbij het alleen nog maar gaat over zorg, zonder een daar het etiket als regulier of complementair op te plakken. Vandaag staat de dag in het teken van de hoofd-buik-hartconnectie.

'anno 2024 is het pluis- en niet-pluisgevoel onderdeel van het diagnostisch redeneren binnen de reguliere zorg'

FOTO: PETER DE PUIT



De integratieve VBAG-dag

Hoofd-buik-hartconnectie in de complementaire praktijk



De eerste spreker, huisarts Jan Paul Verdenius, heeft altijd een 'open oog gehad voor andere, niet-reguliere benaderingen', zoals hij zelf zegt. Hij neemt de toehoorders mee in het niet-pluisgevoel binnen de zorgpraktijk. Het pluis- en niet-pluisgevoel gaat over intuïtie. Jan Paul vertelt dat Aristoteles vier eeuwen voor Christus intuïtie omschreef als bron van wetenschap. Ook Spinoza zag het als hoogste vorm van denken; boven ratio. Toch is intuïtie op enig moment uit de wetenschappelijke gratie geraakt. 'In 2010 was het onprofessioneel als een arts of specialist zich in zijn diagnose liet beïnvloeden door een niet-pluisgevoel. Hier was binnen de diagnostiek geen plaats voor.' De theorie van psycholoog en Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman^[1] zorgt in 2011 voor een kantelpunt. Hij beschrijft het duale denken, waarbij systeem 1 staat voor het snelle, intuïtieve, associatieve denken en systeem 2 voor het langzame, analytische, rationele denken. Systeem 2 kost inspanning, waardoor het brein de neiging heeft in eerste instantie systeem 1 aan te spreken. We hebben systeem 2 echter wel nodig om geen irrationele fouten te maken. Jan Paul legt uit: 'Een schaakgrootmeester ziet in één oogopslag het patroon op het schaakbord. De meeste tijd is hij aan het checken en doorrekenen. Ook een arts zal op basis van zijn ervaring patronen herkennen in de gegevens die een patiënt aanreikt. Binnen het systeem 1-denken ontstaan de hypothesen. Een echte topper is hij pas als hij niets voor waar aanneemt. Hij zal zijn aannames daarom altijd toetsen binnen systeem 2. Iedere zorgverlener zal een medisch probleem via deze weg proberen op te lossen. Alleen zullen ervaren zorgverleners over het algemeen meer en betere hypothesen stellen dan onervaren behandelaars.'

Jan Paul legt uit dat bij systeem 1-denken het instinct en emoties betrokken zijn, het gebeurt vanuit de buik en het hart, terwijl bij systeem 2-denken je hoofd op volle toeren werkt. Belangrijk voor zorgverleners is het 'één-tweetje': je gebruikt beide systemen voor een goede diagnose of behandelplan. 'Als je als therapeut een niet-pluisgevoel hebt, is het goed om dat te checken. Dit kan door checklijsten af te gaan en door te vragen. Als je daarna nog steeds het gevoel hebt dat er iets niet klopt, moet je daar iets mee doen. Je mag het niet negeren.' Volgens Jan Paul wordt het pluis- en niet-pluisgevoel in de complementaire zorg al langer op waarde geschat. Het past wat hem betreft heel goed binnen de integratieve zorg. Hij is blij dat anno 2024 het pluis- en niet-pluisgevoel onderdeel is van het diagnostisch redeneren binnen de reguliere zorg. 'Er is veel onderzoek naar gedaan en het wordt gezien als *evidence-based*. Het staat zelfs in het *Leerboek Huisartsgeneeskunde*^[2], dat huisartsen (in opleiding) als leidraad gebruiken voor veel professionele vaardigheden.'

De tweede spreker is cardioloog Janneke Wittekoek, auteur van meerdere boeken over het hart, het vrouwenhart in het bijzonder. Janneke zag al vroeg in haar carrière dat er voor de klachten van vrouwen vaak geen oplossing was binnen de reguliere hartzorg. Als er uit het hartfilmpje en bloedonderzoek niets afwijkends kwam, werden vrouwen weggestuurd

met de mededeling dat de klachten met de overgang of stress te maken zouden hebben. Tien jaar geleden opende Janneke daarom haar HeartLife Klinieken, waar ze al meer dan zesduizend vrouwen heeft gezien, vaak voor een *second of third opinion*. Haar missie is dat er meer aandacht komt voor het vrouwenhart en voor leefstijl en preventie in de medische praktijk. Een hartstilstand eindigt bij vrouwen vaker fataal dan bij mannen. Waar dertig jaar geleden mannen meer risico liepen op hart- en vaatziekten, doordat ze bijvoorbeeld meer rookten en stressvollere banen hadden, hebben de vrouwen hen ingehaald. Bij een acuut hartinfarct bij vrouwen wordt echter nog steeds niet direct aan een hartprobleem gedacht. Gelukkig zie je de afgelopen vijftien jaar langzaam verandering: er is steeds meer aandacht voor de klachten die vrouwen ervaren, die zouden kunnen wijzen op een hartprobleem en er is meer geld om hier onderzoek naar te doen.

Maar we zijn er nog niet: dat hartklachten van vrouwen nog steeds onbegrepen zijn, komt doordat het meeste wetenschappelijk onderzoek naar ziekten vooral bij mannen gedaan werd en wordt. In het verleden was het onzedelijk om onderzoek op vrouwen te doen, en dit heeft tot op de dag van vandaag nog invloed op de behandeling van vrouwen. Wat ook meespeelt is dat de schommelingen in hormoonhuishouding en de kans op zwangerschap het lastig maakt vrouwen mee te nemen in onderzoek. Symptomen die alleen vrouwen ervaren worden als afwijkend beschreven in de wetenschappelijke literatuur, waardoor verkeerde diagnoses worden gesteld en aandoeningen niet herkend worden. Ook zijn veel vrouwen goed in het bagatelliseren van hun klachten, waardoor ze minder snel naar een arts gaan, die ook goed moet doorvragen om de ernst te herkennen.

Opvallend is dat er onder vrouwen niet alleen meer sterfte als gevolg van een hart- en vaatprobleem is, maar dat ook op kwaliteit van leven minder hoog wordt gescoord. Vrouwen ervaren meer en andere klachten, zijn langer arbeidsongeschikt en gebruiken meer medicijnen dan mannen. Zo zijn de signalen van hartklachten bij vrouwen anders dan bij mannen: nek- en schouderklachten, kaakpijn, pijn boven in de buik, extreme vermoeidheid en zweetaanvallen.^[3]



FOTO: PETER DEPUIT



FOTO: PETER DE RUIT

'de signalen van hartklachten bij vrouwen zijn anders dan bij mannen'

Een vrouwenhart verschilt in anatomie niet van een mannenhart. Wel zijn er andere risicofactoren en verschillen in hoe het hart ziek wordt. Risicofactoren voor atherosclerose (aderverkalking) – dat uiteindelijk een hartinfarct veroorzaakt – zijn: erfelijkheid, diabetes mellitus, roken, hoge bloeddruk, overgewicht, hoog cholesterolgehalte en slechte mondgezondheid. Veel van deze risicofactoren worden veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Meer vrouwspecifiek zijn zwangerschapscomplicaties en een verstoord oestrogeengehalte. Oestrogenen beschermen het hart- en vaatstelsel: ze houden de hartspier en bloedvaten elastisch, hebben een vaatverwijdend effect en zijn goed voor de vetstofwisseling. Hiermee beïnvloeden ze de risicofactoren gunstig. De oestrogeenspiegel is rond het vijfendertigste levensjaar op zijn hoogst en neemt daarna af. Veel vrouwen krijgen rond de overgang klachten. Die worden dus niet per se door leefstijlfactoren veroorzaakt, maar hebben ook een hormonale oorzaak.

Daarnaast speelt stress bij steeds meer vrouwen een rol. Soms zodanig, bijvoorbeeld door het overlijden van een dierbare, dat de hartspier tijdelijk verlamt door de hoge dosis stresshormonen. Het kan leiden tot hartritme stoornissen, hartinfarcten en beroertes. Dit gebrokenhartsyndroom komt bij vrouwen meer voor dan bij mannen. Ook zie je vaker een stressinfarct onder vrouwen, veroorzaakt door mentale stress.

Cardiologen zijn vaak gefixeerd op atherosclerose in de grote slagaders rond het hart. Deze vaten zorgen voor slechts tien procent van de circulatie van het hart. De overige negentig procent komt van de kleine kransslagaders, die veel lastiger in beeld zijn te brengen. En dit zijn nu net de vaten waar de invloed van de wisseling in oestrogeenspiegels groot is. Minder beschermende werking van oestrogeen in combinatie met verhoogde concentratie van (nor)adrenaline – door (chronische) stress – dat de vaatmotoriek beïnvloedt, zorgt voor verkramping van de kleine bloedvaten. Er is dan geen afsluiting zoals bij atherosclerose, maar het bloedvat functioneert niet goed. De slagaders van vrouwen slijben vaak niet dicht op een 'verstoppende' manier als lokale ophoping van cholesterol (obstructief vaatlijden), maar meer diffuus verdeeld in het geheel aan bloedvaten.^[4] Als de vaatverkramp-

ping (functioneel vaatlijden) niet vroegtijdig wordt herkend en behandeld, kunnen de vaten van deze vrouwen binnen drie tot vijf jaar volledig dichtgeslibd zijn en wordt het een obstructief vaatprobleem. Het klachtenpatroon van functioneel vaatlijden is grillig en wordt in golven ervaren. Het treedt meestal niet op tijdens inspanning of een stressvolle dag, maar erna. De pijn zit vaak tussen de schouderbladen, geeft een harnasgevoel en kan niet worden doorzucht.

Janneke pleit ervoor om niet te wachten tot hartklachten ontstaan, maar ze te voorkomen. Daarom vindt ze het belangrijk om te weten waardoor klachten ontstaan en wat de risicofactoren zijn: dat is de basis van preventie. Ze noemt zichzelf een preventie-activist: 'Overall waar ik kom probeer ik mensen een beetje de goede kant op te duwen, richting een gezonde leefstijl op het gebied van voeding, beweging en ontspanning. Hart- en vaatziekten zijn wereldwijd doodsoorzaak nummer één. Waar er op het gebied van bijvoorbeeld kanker en verkeersongelukken veel aan preventie gedaan wordt, zie je dat bij hartproblemen nauwelijks.' Daar is werk aan de winkel, zeker ook voor complementaire zorgverleners.

Om klachten te voorkomen moet je weten welke waarden gezond zijn (zie kader). Een eerste stap is dan ook deze regelmatig te meten. Zodra er wordt afgeweken van de streefwaarden moet actie ondernomen worden. Het succes van preventie valt of staat met informatieverstrekking. Als een cliënt het effect van een leefstijlverandering niet goed begrijpt zal zij het minder lang volhouden.^[4]

Voor een optimale hartgezondheid zijn de ideale streefwaarden:^[4]

Bloeddruk	120/80 mmHg
Bloedsuiker	minder dan 5 mmol/l
Cholesterol	5-3-1-regel (totaalcholesterol onder de 5, LDL onder de 3 en HDL boven de 1 mmol/l)
Gewicht	BMI onder de 25 en een buikomvang onder de 88 cm
Roken	niet
Bewegen	iedere dag minimaal 30 minuten

De holistische kijk van Jan Paul en Janneke inspireert ons zorgverleners hopelijk om te handelen vanuit een hoofd-buik-hartconnectie. En om ondersteuning te bieden deze bij onze cliënten te herstellen of optimaal te houden, in zowel de letterlijke als figuurlijke zin. ■

BRONVERMELDING:

1. Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
2. Van der Horst, H., Van Weel, C., Buntinx, F., Knottnerus, A., de Sutter, A., & Metsemakers, J. (2014). *Leerboek Huisarts-geneeskunde*. Boom.
3. Best Doctors en Heartlife Klinieken. (2018, januari). *Enquête naar second opinion bij vrouwen met hartklachten*. Heartlife, 4: p. 20-21.
4. Wittekoek, J. (2024). *Het Vrouwenhart* (herziene editie). Uitgeverij Lucht.