

Eet jezelf gezond

Voedingsadviezen worden vooral toegepast om ziekte te voorkomen, zelden om te behandelen. Die potentie is er wel, maar ons zorgstelsel is daar niet op ingericht. 'Het is voordeliger pillen voor te schrijven dan de patiënt langere tijd te begeleiden om zijn voedingspatroon en leefstijl aan te passen.'

TEKST TESSA LOUWERENS FOTO HOLLANDESE HOOGTE

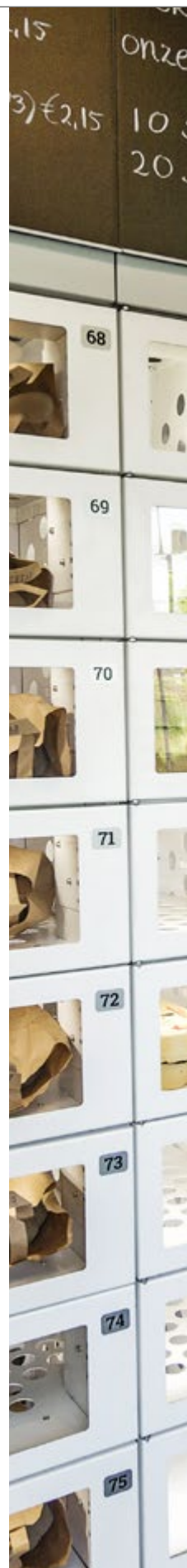
In de toekomst moeten leefstijl en voeding vaker worden ingezet bij de behandeling van chronische ziekten. Hiervoor pleit een team van deskundigen van Wageningen University & Research samen met collega's van andere universiteiten en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in een rapport dat in mei 2017 werd opgesteld in opdracht van ZonMW, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. 'We zien de laatste tijd een hernieuwde aandacht voor voeding en leefstijlinterventies', zegt projectleider Renger Witkamp, hoogleraar Voeding en Farmacologie in Wageningen. 'In dit rapport hebben we de mogelijkheden van voeding op een rij gezet en gekeken wat er voor nodig is om deze beter te benutten.' De grootste winst valt volgens de deskundigen te behalen bij het behandelen van hart- en vaatziekten en diabetes type 2, beter bekend als ouderdomssuikerziekte. Maar ook patiënten met bepaalde vormen van kanker, nierziekten of longaandoeningen kunnen baat hebben

bij dieetaanpassingen. 'Gezonde voeding ondersteunt niet alleen de behandeling, maar verbetert daarnaast de algehele gezondheid van de patiënt en heeft daarmee een uniek voordeel ten opzichte van medicijnen', zegt Witkamp.

HOGHE KOSTEN

Met de algehele gezondheid is het op dit moment in Nederland niet al te best gesteld. Bijna de helft van de volwassenen in ons land is te zwaar en een derde heeft één of meerdere chronische aandoeningen, zo blijkt uit tellingen van het RIVM. 'Deze patiënten gebruiken veel medicijnen, met alle mogelijke bijwerkingen en hoge kosten van dien', vertelt huisarts Tamara de Weijer, voorzitter van Vereniging Arts en Voeding. Volgens het CBS gaf Nederland in 2015 bijna 95 miljard euro uit aan zorg. Overgewicht en ongezonde leefstijl zijn verantwoordelijk voor zo'n 14 procent van deze ziektebelasting.

Chronische ziekten en de daarmee samenhangende >







FOTOS ANP

Over een aantal jaren zal het normaal zijn om door de huisarts een aangepaste leefstijl en voedingspatroon voorgeschreven te krijgen, aldus Tamara de Weijer, voorzitter van Vereniging Arts en Voeding.

kosten kunnen voor een belangrijk deel worden vermindert, denkt De Weijer. ‘Gezonde voeding werkt op meerdere fronten tegelijk. Zo kan afvallen bij een patiënt met suikerziekte, hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterol, ervoor zorgen dat de patiënt niet alleen kan stoppen met insuline spuiten, maar ook minder cholesterolremmers en bloeddrukverlagers hoeft te gebruiken.’

PERVERSE PRIKKELS

Desondanks worden voeding- en leefstijlinterventies in de praktijk nog weinig toegepast. Dit heeft volgens Witkamp onder meer te maken met de manier waarop zorg wordt betaald. ‘In het huidige zorgstelsel wordt voornamelijk gewerkt met kortetermijnmodellen. Het is voordeliger iemand pillen voor te schrijven waarvan je direct het effect ziet, dan de patiënt langere tijd te begeleiden om zijn voedingspatroon en leefstijl aan te passen.’ De Weijer herkent dit. ‘Als huisarts heb je te maken met perverse prikkels. Wanneer een patiënt chronisch ziek is en steeds naar het spreekuur terugkomt en medicijnen voorgeschreven krijgt, dan verdient je daar als dokter aan. Zorgverzekeringen vergoeden operaties en pillen,

maar zeer zelden leefstijlinterventies. Een spreekuur van tien minuten is te kort om voedingsadviezen met de patiënt te bespreken, daar heb je meer tijd voor nodig en dat kost geld.’

Dit is volgens De Weijer een van de redenen waarom huisartsen te weinig aandacht besteden aan voeding en leefstijl. ‘Terwijl ruim driekwart van de aandoeningen die we in de praktijk zien rechtstreeks verband daarmee houden. Denk aan suikerziekte, hoge bloeddruk, harten vaatziekten en verhoogd cholesterol. Medicijnen zijn in die gevallen eigenlijk geen geneesmiddel, ze remmen de ziekte alleen af.’

Voor een aantal ziekten staat overigens wel in de behandelrichtlijnen voor artsen dat leefstijlinterventies met de patiënt moeten worden besproken. Maar volgens Witkamp er is weinig inzicht in het naleven van deze richtlijnen. ‘De Weijer merkt ook uit gesprekken met collega’s dat die deze richtlijnen meestal niet opvolgen. ‘Ze vinden het lastig, het kost veel tijd, of ze denken dat het niet hun verantwoordelijkheid is. Dat terwijl uit onderzoek blijkt dat 95 procent van de patiënten hun huisarts als belangrijkste autoriteit op het gebied van voeding zien.’

‘Patiënten naar de groenteboer verwijzen voelt nog onwennig’

Daar komt ook bij dat artsen tijdens de studie weinig over voeding leren. Een geneeskundestudent krijgt tijdens de opleiding gemiddeld 29 uur les over voeding en 30 uur over leefstijl, zo blijkt uit een rapport uit 2017, opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS.

GEEN PLACEBO-PATAT

Bijkomend obstakel is dat de wetenschappelijke onderbouwing bij voedingsstudies erg lastig is. Witkamp: ‘Bij medicijnonderzoek kun je studies uitvoeren waarbij de ene groep een pil krijgt en de andere een placebo, een neppil. Bij voedingsonderzoek zijn dit type studies lastig te realiseren, er bestaat bijvoorbeeld geen placebo-patat.’ Een ander probleem is volgens Witkamp dat het in voedingsonderzoek vaak ontbreekt aan harde eindpunten. ‘Je wilt bijvoorbeeld weten hoeveel mensen in de studie een hartinfarct krijgen. Maar de resultaten van voedingsinterventies zie je over het algemeen pas tientallen jaren later en dat maakt dit soort studies erg duur en praktisch bijna onuitvoerbaar.’

Daarom pleiten de deskundigen in het rapport voor alternatieve onderzoeksmethodes, waarbij ook wordt gekeken naar kennis die is gebaseerd op praktijkervaring van zorgverleners en patiënten. Witkamp: ‘We denken onder meer aan eHealth-programma’s. Mensen kunnen bijvoorbeeld thuis hun bloedsuikerspiegel bepalen met behulp van meters voor continue monitoring en de resultaten doorgeven. Dit heeft als voordeel dat je gegevens van veel mensen, over een langere tijd en in een natuurlijke situatie kunt verzamelen. Het is wel van belang dat deze gegevens door deskundigen worden verwerkt en geïnterpreteerd.’

NIEUW CURRICULUM

Om de mogelijkheden van voeding in de praktijk beter te benutten, moeten er volgens Witkamp een aantal zaken veranderen. Zo kunnen artsen en beleidsmakers volgens hem nog beter gebruikmaken van de expertise van zorgprofessionals zoals diëtisten en lifestylecoaches. Daarnaast moet er in de opleiding van artsen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners meer aandacht komen voor het belang van voeding en leefstijl. ‘Naar aanleiding van dit rapport wordt er momenteel in samenwerking met het ministerie van VWS en de medische faculteiten een commissie samengesteld die een nieuw curriculum voor geneeskundestudenten

zal ontwikkelen waarin voeding een prominentere plaats krijgt.’ De Weijer is blij met dit initiatief. ‘Patiënten naar de groenteboer verwijzen in plaats van naar de apotheek voelt nu misschien nog wat onwennig, maar over een aantal jaar zullen we dit volstrekt normaal vinden. Als aangepaste leefstijl niet voldoende of niet snel genoeg werkt, dan zijn medicijnen plan B.’ Witkamp sluit zich hierbij aan. ‘Het vergt meer investering op korte termijn, maar op de lange termijn zal het zich waarschijnlijk terugverdienen wanneer de samenleving gezonder wordt.’ ■

www.wur.nl/minderpillen



FOTO: JAN HARRYVAN – OPUS56FOTOGRAFIE

RENGER WITKAMP

Hoogleraar Voeding en Farmacologie bij Wageningen University & Research

KEER DIABETES2 OM

In het groepsprogramma Keer Diabetes2 Om werken patiënten een half jaar samen met een team bestaande uit een diëtist, leefstijlcoach, verpleegkundige en een kok om hun leefstijl aan te passen. Door anders te gaan eten, meer te bewegen en te ontspannen proberen ze hun medicijngebruik te beperken. Het programma is een initiatief van onder andere zorgverzekeraar VGZ, Voeding Leeft en Zorggroep Synchron. ‘We zien het als onze maatschappelijke taak om ons ook bezig te houden met preventieve zorg’, zegt VGZ-woordvoerder Dennis Verschuren. ‘Zo willen we iets doen aan de stijgende zorgkosten en er tegelijkertijd voor zorgen dat er minder medicijnen nodig zijn.’

Preventieve zorg is een lastig terrein voor zorgverzekeraars, aldus Verschuren. ‘Je investeert namelijk in iets dat mogelijk pas jaren later een kostenbesparing oplevert. Terwijl klanten elk jaar kunnen overstappen. We weten nu nog niet wat de langetermijneffecten van dit programma zijn. We volgen de mensen over een langere periode nadat ze het programma hebben afgerond.’ De voorlopige resultaten zijn veelbelovend: het project is in 2014 begonnen en inmiddels gebruikt ruim twee derde van de 55 deelnemers minder of zelfs helemaal geen medicijnen meer voor suikerziekte. Verschuren: ‘Ik denk dat dit soort zorg de toekomst heeft. In ieder geval gaan we het programma uitbreiden naar 2500 deelnemers. Als het een succes is, willen we kijken of we het kunnen opnemen in het basispakket.’