

Dossier

Preventie



Medische zorg begint niet voorbij de poort van het ziekenhuis, weten de geïnterviewde collega's in dit dossier. Ze zien dat in het dagelijks leven veel winst te halen valt, want zo'n vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en een ongezonde leefstijl. Tegelijk worstelen ze met de vraag: hoe breng je mensen daadwerkelijk in actie? Want op iedere straathoek vind je een snackbar. Het belerende vingertje is in ieder geval uit den boze. De kracht ligt in hulp bieden en de boodschap herhalen, en deel vooral wat je opvalt aan patiënten. Of zoals huisarts Addy van der Woude stelt: 'Ik ben medisch specialisten er dankbaar voor als ze in hun briefje ook de woorden "aandacht voor eenzaamheid" erbij zetten.'

TEKST JOB DE KRUIFF BEELD KAISA POHIOLA



Stelling: Preventie is net zo belangrijk als de medische behandeling

**Tom van Loenhout, cardioloog
in Ziekenhuis Gelderse Vallei
en voorzitter van de Alliantie
Voeding in de Zorg:**

‘**J**a, daar ben ik geleidelijk aan van overtuigd geraakt. Als cardioloog was ik aanvankelijk gefocust op datgene waarvoor ik was opgeleid. Ik vond mezelf een hele pief als ik een diagnose kon stellen en een behandeling uitvoeren. Naarmate ik meer ervaring kreeg ging ik anders tegen mijn vak aankijken. Liever dan die ene patiënt te behandelen, en daarna weer de volgende, wilde ik iets doen aan de diepere oorzaken. Om de ellende vóór te zijn en om meer effect te hebben. Veel hartproblemen hebben te maken met slechte gewoontes en verkeerde leefstijl.

Niet veel tijd

Leefstijladvies als onderdeel van een consult is niet vanzelfsprekend. Financieel is er ook niets voor geregeld. Dus zeggen dokters al gauw dat ze er geen tijd voor hebben. Of ze denken in diagnoses en vinden preventie niet hun taak. Anderen hebben het gevoel dat het “toch niet werkt”. Dat laatste is misschien ook wel eens zo, maar vergeet niet: datzelfde geldt voor de medicijnen die je voorschrijft. Ook met pillen doet slechts een derde van de patiënten precies wat je zegt. Mijn ervaring is dat leefstijladvies niet veel tijd hoeft te kosten, en door het persoonlijk te maken – ik wijs bijvoorbeeld op mijn eigen stapenteller – krijg ik een klik met de patiënt en stijgt het consult iets uit boven alleen maar het voorschrijven van een medicijn.

Onderbouwing helpt én timing

De specialist en de huisarts hebben in mijn ogen beide hun rol. In het ziekenhuis ga je niet uitgebreid doornemen wat iemand precies eet, maar wij kunnen wel markeren dat voeding van belang is. Het effect als de specialist het met gezag zegt is groot. Zo hoor ik het ook terug van huisartsen: “Als jij het benoemt, dan help je mij.” Ook helpt onderbouwing. We voeren meerdere studies uit naar leefstijlinterventies bij patiëntgroepen om de plek van voeding en leefstijl in richtlijnen, spreekkamer en onderwijs te verbeteren.

Bovendien kan ik als interventiecardioloog iemand aanspreken op het perfecte moment, bijvoorbeeld kort na een dotterbehandeling. Patiënten zijn aan iets acuuts geholpen, zijn vreselijk opgelucht en dankbaar. Als ik op dat moment iemand diep in de ogen kijk en zeg: je moet stoppen met roken, doe iets aan je eetpatroon, beweeg genoeg, dan blijft dat echt wel hangen. Dan kunnen mensen veranderen.

Niet verwijtend en belerend

Want laat één ding duidelijk zijn: de patiënt moet het doen. Ik kan niet gaan bewegen voor een patiënt. Ik kan het alleen uitleg-

‘Mijn boodschap: pillen hebben soms negatieve bijwerkingen, werken aan je leefstijl vooral positieve’

gen: “Als je dit gaat doen – gezonder eten, meer bewegen – ga je je beter voelen, en je krijgt er goeie dagen bij. Dat weet ik van mensen die het gedaan hebben.”

Het moet niet verwijtend en niet belerend klinken. En ik heb het niet te veel over de lange termijn. Het vooruitzicht dat je een betere kans hebt om een vitale bejaarde te worden, of dat een andere leefstijl je helpt om 85 te worden in plaats van 83, is natuurlijk heel lang in iemands leven geen aansprekend argument. Maar je voelt je prettiger, meteen al. Wij artsen moeten dat benadrukken. Want dat wil iedereen wel. Mijn boodschap: pillen hebben soms negatieve bijwerkingen, werken aan je leefstijl heeft vooral positieve.’



Expertisecentrum

Tom van Loenhout: ‘De Alliantie Voeding in de Zorg is een expertisecentrum waarin ziekenhuizen Gelderse Vallei en Rijnstate hun kennis bundelen en samenwerken met de voedingsdeskundigen van Wageningen University. Dit jaar bestaan we vijftien jaar. Destijds vroegen mensen zich echt nog af waar we mee bezig waren, inmiddels is goed eten een topic dat iedereen belangrijk vindt. We bepleiten gezonde voeding in het ziekenhuis, voor patiënten, bezoekers en personeel. Het begint met meer vers en minder frituur. Dat project heet “Goede zorg proef je”. Bijna veertig ziekenhuizen zijn aangesloten en er is brede waardering, zowel van de patiënt als van de medewerkers. Daarnaast onderzoeken we hoe voedingsadvies in de zorg beter kan. Zowel een gezonder eetpatroon bij chronische aandoeningen als specifieke adviezen in de voorbereiding op een operatie en bij herstel na een behandeling. Lees meer op alliantievoeding.nl



BEELD SIMONE MICHELLE FOTOGRAFIE

Huisarts Addy van der Woude

‘Met aandacht van alle zorgprofessionals, stijgt de kans op effect’

Ja, de huisartsenpraktijk is de aangewezen plek voor de meeste vormen van preventie, zegt Addy van der Woude. Het is er dagelijkse kost, vooral de primaire preventie: proberen te voorkomen dat het bij patiënten met risicofactoren tot bijvoorbeeld een hartinfarct komt. Maar preventie is veel breder, benadrukt zij. ‘Het tijdig signaleren van risico’s is een gezamenlijke opdracht van alle zorgprofessionals.’

Voor échte preventie ben je al te laat als iemand bij de huisarts komt, vindt huisarts Addy van der Woude eigenlijk. Want iedereen die zich in haar spreekkamer meldt heeft al een heel leven achter de rug waarin het wel of niet opvolgen van wat ze ‘grootmoeders adviezen’ noemt, zijn invloed heeft op diens gezondheidstoestand. Op individueel niveau begint het bij de conceptie, met een moeder die wel of geen foliumzuur slikt. Vervolgens hangt veel af van hoe we slapen, eten en drinken, ons middelengebruik. En er is een maatschappelijk niveau: ‘Hoe we ons gedragen, op wie we stemmen, waar we ons geld aan uitgeven.’

Zaadje planten

Voor die hele breedte aan onderwerpen probeert ze oog te hebben in haar praktijk, in de Amsterdamse Bijlmer. In

het kennismakingsgesprek met een nieuwe patiënt gaat het onder meer over de (medische) familievoor- geschiedenis, allergieën en drank. 'En hier in Amsterdam ook drugsgebruik.' Ze bespreekt ook veilige seks en ongewenste zwangerschap. En als iemand rookt vraagt ze altijd of diegene misschien wil stoppen. Maar niet alleen in dat eerste gesprek, ook in andere consulten en ook bij iemand die binnenkomt met een splinter kan ze bijvoorbeeld terugkomen op het roken. 'Dan zeg ik niet betweterig hoe slecht het is, dat weten mensen heus wel, maar ik noem de mogelijke hulp die iemand kan krijgen bij het stoppen, en dat dat nu nog in het basis- pakket zit.' Soms blijkt er dan een zaadje geplant, dat pas bij de tweede of de derde keer naar boven komt.

Kracht van herhaling

Juist omdat zulke boodschappen aan kracht winnen bij herhaling, hebben naar haar overtuiging alle zorgprofessionals een taak. Als de medisch specialist, verpleegkundige en bijvoorbeeld ook de tandarts tegen de patiënt iets zegt over het gedrag, bijvoorbeeld roken, stijgt de kans op effect. Ook het tijdig signaleren van problemen of risico's vindt ze een gezamenlijke opdracht voor alle medici en paramedici die iemand ziet. 'Ik kan niet alles weten van elke patiënt en ik zie ze niet al- lemaal regelmatig. Dus als je als medisch specialist iets signaleert of je ergens zorgen over maakt: meld het me.'

Het hoeft daarbij niet eens alleen om medische zorgen te gaan. 'Iemand uit zijn eenzaamheid halen is ook een vorm van preventie. Dus als ik over een patiënt van de cardioloog hoor dat die zich zorgen maakt op dat gebied, dan ben ik blij met dat signaal. Want inderdaad: wij als huisartsen weten of er in de wijk sociale steun is, een kookclubje of een ontmoetingsplek. We hebben zelfs een speciale praktijkondersteuner voor het sociale domein. Ik heb zóveel patiënten bij wie niets kapot is, maar waar stress of iets anders zich uit in klachten. Gezondheid is niet alleen de aan- of afwezigheid van ziekte, wij sleutelen aan het hele welbevinden.'

Dat daar in het ziekenhuis weinig tijd voor is, snapt Van der Woude. 'Dat geldt voor ons ook, alles moet in tien minuten. Maar ik ben medisch specialisten er dankbaar voor als ze in hun briefje ook de woorden 'aandacht voor eenzaamheid' erbij zetten. Hoe eerder het signaal hoe beter.'



'Ik zeg niet betweterig hoe slecht het is, dat weten mensen heus wel, ik noem de mogelijke hulp die iemand kan krijgen bij het stoppen met roken, en dat dat nu nog in het basispakket zit'

‘We moeten af van het vingerwijzen en beschuldigen’

Eric Hazebroek is bariatrisch chirurg bij Vitalys, kliniek tegen overgewicht, onderdeel van Rijnstate en buitengewoon hoogleraar Nutrition and Obesity Treatment aan Wageningen University & Research (WUR). Hij doet onderzoek naar behandelmethodes die leefstijl, medicijnen of een operatie combineren. Resultaten van eerdere studies zijn veelbelovend, maar voor échte preventie zullen we uiteindelijk onze leefomgeving moeten veranderen. ‘Op elke straathoek is een snackbar te vinden, daar moeten we echt iets aan doen.’

Als een patiënt bij jou komt, heeft preventie dan al gefaald? ‘In feite wel. Ik zie mensen voor een maagverkleiningsoperatie. Vaak hebben ze al een hele geschiedenis achter de rug van intensief diëten, daardoor afvallen en vervolgens juist weer méér aankomen. Dan zijn de processen in het lichaam vaak al dusdanig verstoord dat een meer drastische oplossing nodig is. Simpel gezegd: als je eenmaal 140 kilo weegt, is het lastig om met alleen leefstijlaanpassing de kilo’s er blijvend af te houden.



Die operatie moet je overigens niet zien als een quick fix, daar gaat een heel begeleidingstraject mee gepaard waarin patiënten een nieuwe en gezonde leefstijl aangeleerd wordt. Het eerste jaar na de operatie zie je dat mensen flink afvallen, daarna stabiliseert het gewicht zich en komen ze weer iets aan, dat is normaal. Juist dan is een gezonde leefstijl heel belangrijk.'

Kan het ook zonder operatie, dus met alleen aanpassingen in de leefstijl?

'Soms lukt afvallen goed door gezonder te eten en meer te bewegen. Vaak zien we bij mensen met ernstig overgewicht en (morbide) obesitas dat er meer nodig is. Een maagverkleinende operatie is tot nu toe de enige bewezen effectieve oplossing op de lange termijn.

We proberen bij Vitalys/Rijnstate nu een behandelmethode te ontwikkelen voor de groep die niet in aanmerking komt voor een operatie – of geen operatie wil. Die behandeling bestaat uit medicatie in combinatie met een leefstijlprogramma. Resultaten van eerdere studies zijn veelbelovend en wijzen uit dat mensen met dit medicijn in combinatie met een leefstijlprogramma van een jaar acht tot twaalf procent van hun gewicht verliezen. Wij bieden zelf een traject van twee jaar. Ons onderzoek moet uitwijzen of deze combinatie betere resultaten biedt en behoud van gewichtsverlies op langere termijn.'

Wat zijn de oorzaken van obesitas?

'Sommige mensen hebben al hun hele leven een ongezonde leefstijl en weten eigenlijk niet beter. Toch vind ik "ieder pondje gaat door het mondje" veel te gemakkelijk gedacht. Er zijn naast leefstijl vele oorzaken die aanleiding geven voor het ontwikkelen van



overgewicht en obesitas, zoals hormonale invloeden en stress. En uiteraard zijn er ook genetische invloeden. Denk maar aan je eigen lagerschoolklas: je hebt mensen die van kinds af aan fors van postuur zijn. Net zoals je ongeveer kunt uitrekenen hoe lang iemand gaat worden, weet je ook een beetje wie er te zwaar wordt. Diegene kan daar maar in bepaalde mate iets aan doen.'

Maar als we aan die aanleg niets kunnen doen, waar dan wel te beginnen?

'Uiteindelijk zullen we toch onze leefomgeving moeten veranderen. Dat heeft meer effect dan wat wij als

'Uiteindelijk zullen we toch onze leefomgeving moeten veranderen'

medisch specialisten kunnen doen. Ga maar eens de stad in of een willekeurig dorp ... op elke hoek is een snackbar te vinden. Daar moeten we echt iets aan doen. Voor bijvoorbeeld sportkantines, benzinstations maar ook ziekenhuizen geldt hetzelfde: ongezonde producten zijn vaak meer aanwezig en makkelijker te verkrijgen dan het gezonde aanbod.





Je zult maar vrachtwagenchauffeur zijn. Dan heb je al een zittend beroep, probeer maar eens langs de snelweg iets gezonds te kopen.'

Dus het ligt niet aan de mensen zelf? Dit klinkt als rokers die de sigarettenfabrikant de schuld geven.

'Inderdaad zijn er veel overeenkomsten tussen slecht eten en roken. Het belangrijke verschil is dat je met roken in principe helemaal kunt stoppen – of er niet aan beginnen. Maar een mens móét eten. Ons eetgedrag is deels het gevolg van een maatschappelijke ontwikkeling waarbij ongezonde producten, rijk aan vet en suikers, de overhand hebben gekregen. Dat is een wereldwijd probleem. Vanuit de overheid worden gelukkig nu al goede stappen gemaakt met het Nationaal Preventieakkoord. Hierin is het streven om obesitas terug te

dringen, onder meer door een gezonder aanbod van voeding te realiseren.'

Is er iets dat we morgen al kunnen invoeren?

'Een suikertaks wordt vaak genoemd. Supermarkten minder laten stunten met ongezonde dingen. Minder grote porties eten aanbieden. Dat laatste kan vandaag al. Zulk beleid zal er ooit wel komen, maar de lobby van de voedingsindustrie maakt het ingewikkeld. Anderzijds, ik weet nog dat je in het ziekenhuis mocht roken, nu mag het niet eens meer binnen een straal van zoveel meter eromheen. De tabaksindustrie leek ooit te sterk om roken te kunnen verbieden, dus dat is hoopvol.'

Gaat zulk beleid ook de oplossing worden voor obesitas?

'Of je hiermee obesitas kan voorkomen, dat denk ik niet. Obesitas moeten we echt gaan beschouwen als een chronische ziekte. Dit gaat over mensen met een BMI boven de 35, niet over mensen met een beetje overgewicht. Bij iemand die véél te zwaar is, is echt iets aan de hand. We moeten daarom ook af van het vingerwijzen en beschuldigen: "Had je maar niet zoveel moeten eten." Dat heeft geen zin. Zo bejegenen we andere patiënten immers ook niet. Stress en een maagzweer waren misschien ook te voorkomen geweest. Of hartproblemen. Toch zal een cardioloog niet snel zeggen: deze dotter-procedure doen we maar niet want het is je eigen schuld.'

Wat is dan de behandeling van de toekomst?

'Naarmate we meer zicht krijgen op de verschillende oorzaken die bijdragen aan obesitas, komt er ook een aanpak van meerdere kanten. Leefstijl en voeding, preventie dus, is er hier één van. Hiervoor moet ook veel meer aandacht komen in de medische opleidingen. De behandeling van obesitas is echt een gebied in ontwikkeling. Wellicht is het in de toekomst mogelijk om, net zoals dat al in de oncologie gebeurt, naar een sequentiële behandeling toe te gaan. Waarvoor de een leefstijlaanpassingen voldoende zijn, zal voor iemand anders medicatie of een operatie nodig zijn. En soms wellicht een combinatie van die twee. Uiteindelijk zou het mooi zijn als we steeds minder invasieve behandelingen nodig hebben.'

Wat verwacht je van collega-medisch specialisten als ze een patiënt met overgewicht voor zich krijgen?

'Wat ik de medisch specialist in het algemeen mee wil geven is om de patiënt in de spreekkamer met bijvoorbeeld gewrichtsklachten, hartfalen, problemen met zwanger worden of slaapapneu, en bij wie sprake is van licht tot matig overgewicht, aan te bevelen preventief gewicht te verliezen. Naast een vroege signalering om ernstig overgewicht en obesitas te voorkomen kan vijf tot tien procent gewichtsverlies in dit geval namelijk al enorm grote gezondheidswinst opleveren.'

'Obesitas moeten we echt gaan beschouwen als een chronische ziekte'

Geef ruimte aan de waarden, bezorgdheden en wensen van de patiënt

TEKST LEONIE HAGE

Het is in de praktijk vaak moeilijk om een patiënt van preventieve gezondheidsadviezen te overtuigen. In de curatieve geneeskunde spreekt dat meer voor zich. Een trauma of een medisch voorval heeft een belangrijke impact op de motivatie van de patiënt. Maar hoe werkt dat voor 'gezonde' patiënten?

Binnen de preventie spreken we over een levensstijl- of gedragsaanpassing. We vragen patiënten te stoppen met roken of meer te bewegen. Hoewel dergelijke adviezen geformuleerd worden op basis van de situatie van de patiënt en onderbouwd zijn door robuust onderzoek, blijkt het moeilijk om patiënten aan te zetten hun leven over een andere boeg te gooien. Een mogelijke verklaring voor die moeilijkheden is het *soort* advies dat we geven.

In de bio-ethiek worden dergelijke levensstijlaanpassingen vaak als paternalistisch aangeduid; er is weinig ruimte voor de waarden van de patiënt wanneer enkel gezondheid centraal staat. In de (preventieve) geneeskunde staat – natuurlijk – gezondheid centraal. We hebben ook een specifiek idee van wat gezondheid en een ongezonde levensstijl is. Die ideeën geven vorm aan preventieve gezondheidsaanbevelingen. In de vanzelfsprekendheid waarmee gezondheid, levensstijl en welzijn aan elkaar gelijkgesteld worden, botsen we soms op de autonomie van de patiënt. Zo deelt een patiënt vast de overtuiging dat roken ongezond is, maar kan een sigaret een moment van rust bieden. De arts geeft het advies te stoppen, maar dat is moeilijk want er spelen ook andere, mogelijk belangrijkere overwegingen. Daar geen ruimte aan toekennen, is niet alleen paternalistisch, maar ook rampzalig voor de motivatie blijkt uit onderzoek. Wanneer levensstijladviezen geen rekenschap geven van de waarden, bezorgdheden en wensen van de patiënt zetten ze weinig aan tot gedragsverandering.

Filosoof Per-Anders Tengland draagt *empowerment* aan als alternatieve aanpak. Tengland meent dat we niet zozeer de nadruk op gedragsverandering bij de patiënt moeten leggen. We moeten kijken hoe gezondheid als doel een plaats kan krijgen tussen andere waarden die belangrijk zijn. Preventie bestaat dan niet uit het promoten van gedragsaanpassing, maar de patiënt in diens sociale context en met een eigen waardenkader – op een holistische en gepersonaliseerde manier – te helpen diens gezondheid in eigen hand te nemen.

Daan Kenis, PhD onderzoeker bij het Centrum voor Ethiek aan de Universiteit Antwerpen

Nationaal Preventieakkoord

Een vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en ongezonde leefstijl. In het Nationaal Preventieakkoord staan afspraken van meer dan 70 organisaties waaronder die vanuit de zorg. Omdat er jaarlijks 35.000 Nederlanders sterven door roken, overgewicht of probleemdrinken zijn de afspraken in het akkoord gericht op deze drie oorzaken van ziekte.

Roken

Jaarlijks sterven meer dan 20.000 mensen in Nederland door roken of meerroken. Doel van het Preventieakkoord is een rookvrije generatie in 2040. Dat betekent dat kinderen niet meer beginnen met roken. En dat zwangere vrouwen niet meer roken. Ook staat in het akkoord dat het aantal rokende volwassenen moet dalen van 23% naar maximaal 5%.

Overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas zijn na roken de belangrijkste oorzaak van ziekten in Nederland. Bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of diabetes. Bijna de helft van de Nederlanders van 20 jaar en ouder is te zwaar. Het doel van het Preventieakkoord is voor 2040 dat het percentage van de volwassen Nederlanders die te zwaar is (nu ongeveer 50%) terug is gedrongen naar maximaal 38%.

Problematisch alcoholgebruik

Voor jongeren is alcohol extra schadelijk. Het belemmert de ontwikkeling van hun hersenen. Daarnaast is alcohol ook gevaarlijk voor ongeboren kinderen. Doel van het Nationaal Preventieakkoord is dat voor 2040 jongeren en zwangere vrouwen geen alcohol meer drinken en het aantal volwassenen Nederlanders dat teveel drinkt van 8,8% naar maximaal 5% is gedaald.

