



Leefstijladvisering: een kijkje in het hoofd van de curatief werkende arts

W. J. J. (Pim) Assendelft

Published online: 11 February 2019
 © The Author(s) 2019

Op een dag neem je het besluit: ik ga meer aan preventie doen. Als curatief werkend arts zie je dat je een bijzondere uitgangspositie hebt om mensen te stimuleren tot gezonder gedrag. Maar hoe moet je die stroom aan ongezonde leefwijzen die je spreekkamer binnenkomt ooit hanteren? Ben je hier wel voldoende voor toegerust?

Het voornemen

Je realiseert je dat roken, overgewicht, voeding, bewegingsarmoede en alcoholgebruik in belangrijke mate bijdragen aan chronische aandoeningen in Nederland [1]. De zorgkosten blijven stijgen, de levensverwachting neemt toe en er zijn nog steeds grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het gaat je aan het hart dat het verschil in gemiddelde levensverwachting tussen hoog en laag opgeleid zes jaar is en dat er zelfs negentien jaar verschil zit in jaren waarin men zich gezond voelt [2]. Tegenover 10% dagelijkse rokers bij hoogopgeleiden staat 27% bij laagopgeleiden [3]. Een kwart van de laagopgeleiden is obees, tegenover slechts 6% bij hoogopgeleiden [4]. Uit onderzoek blijkt dat juist kwetsbare groepen als ouderen, mensen met een lage sociaaleconomische status en etnische minderheden de (huis)arts zien als een belangrijke raadgever op het gebied van preventie [5, 6]. Het is niet voor niets dat je beroepsgroep onlangs het belang van preventie en de rol van de curatief werkende arts daarin benadrukte: de ‘Toekomstvisie 2022’ van de

huisartsen, ‘Coach, Cure en Care 2025’ van de koepels van jonge zorgprofessionals, het ‘Visiedocument Medisch specialist 2025’ van de Federatie Medisch Specialisten en de nota ‘Preventie en Gezondheidsbevordering – een beroepsgroep overstijgende aanpak’ van de KNMG [7–10].

Twijfel

En dan slaat de twijfel toe. Is het allemaal wel voldoende bewezen? Hoe moet je die stroom aan ongezonde leefwijzen die je spreekkamer binnenkomt ooit hanteren? Ben je hier wel voldoende voor opgeleid? Je googelt wat en komt snel uit bij de Zorgmodules Leefstijl van het Nederlands Huisartsen Genootschap [11], die weer verwijzen naar de zorgmodule Zelfmanagement bij chronische ziekten [12]. Daar worden de 5A's geïntroduceerd: Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren en Arrangeren (het maken van een specifiek plan voor ondersteuning). Je besluit dat jouw rol als arts vooral in de beginstappen zit: verkennen of iemand gemotiveerd is wat aan leefstijl te doen en informeren over de mogelijkheden. De tijdsintensievere vervolgstappen kunnen ook (mede) door anderen worden opgepakt, zoals de praktijkondersteuner in het geval van de huisarts of een verpleegkundige of fysiotherapeut in het ziekenhuis. Onderdelen van een plan kunnen eveneens buiten de eigen praktijk worden opgepakt, bijvoorbeeld door inzet van een buurtsportcoach of met een stoppen-met-rokencursus in de wijk.

Bij welke groep patiënten zie je preventie nu eigenlijk als je taak? Eigenlijk heb je als arts al een omschreven taak bij de zogenoemde zorggerelateerde preventie [13]: veel ziektegerichte richtlijnen bevatten namelijk duidelijke aanbevelingen over signalering en leefstijladvisering. Niemand betwijfelt bijvoorbeeld dat advisering over stoppen met roken bij COPD

Dit artikel is eerder in licht gewijzigde vorm gepubliceerd als: Assendelft WJJ. Arts en preventie: je mag wikken en wegen, maar neem een besluit. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D2297.

Prof.dr. W. J. J. (Pim) Assendelft (✉)
 Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen,
 Nederland
Pim.Assendelft@radboudumc.nl



en afvallen bij diabetes mellitus onderdelen zijn van goede zorg. Bij geïndiceerde preventie ligt dat voor veel artsen al anders: deze vorm van preventie betreft individuele patiënten die nog geen ziekte hebben, maar wel een verhoogd risico, bijvoorbeeld beginnende klachten. Denk daarbij aan patiënten met een verhoogd tienjaarsrisico op cardiovasculaire aandoeningen of obesitas, maar nog zonder waarneembare consequenties daarvan. En dan is er nog de selectieve preventie: preventie voor doelgroepen met een verhoogd risico, met als doel te voorkomen dat personen met een of meer risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Voorbeelden hiervan zijn de Haagse huisarts die zijn Hindoestaanse patiënten motiveert voor een speciaal diabetespreventieprogramma en de huisarts die met vragenlijsten inventariseert welke van haar oudere patiënten 'kwetsbaar' zijn. Preventie bij mensen die nog geen ziekte hebben wordt volgens een andere indeling ook wel 'primaire' preventie genoemd [13].

Toenemend bewijs, meer inzicht en koplopers

Publicaties over de effectiviteit van leefstijlinterventies in de individuele gezondheidszorg geven nog geen eenduidig beeld. Zo vonden in eigen land Lakerveld en collega's in hun gerandomiseerde trial geen effect van hun leefstijlinterventie bij diabetes mellitus type 2, terwijl bijvoorbeeld de SLIMMER-trial wel effecten bij hoogrisicopatiënten liet zien [14, 15]. Ook ontbreekt het vaak aan gegevens op de langere termijn. Toch verschijnen er de afgelopen jaren publicaties die de mogelijke rol van de arts steunen. Eind 2016 verscheen er in de *Lancet* een Britse trial, waaruit bleek dat een 30 seconden durend advies aan obese patiënten om een groepsbehandeling te volgen een significant (doch bescheiden) effect had [16]. Opvallend was daarbij ook dat meer dan 80% het aanbod nuttig en gepast vond, en minder dan 1% het ongepast vond. In een systematische review van trials uit *JAMA* uit 2014 over gedragsinterventies in de eerste lijn werd geconcludeerd dat in de diverse onderzoeken een effect van 0,3 tot meer dan 6 kilo werd bereikt [17]. Interventies met een langere follow-up en de combinatie van (intensief) dieet en bewegen leverden de grootste opbrengst op. In een in *JAMA* gepubliceerde Amerikaans trial naar het effect van dieet, activiteit en groepsbehandeling uit 2016 werd na twee jaar eveneens een gewichtsverlies van 6 kilo gevonden [18].

Weten we voldoende wat we moeten doen? Voor stoppen met roken weten we op basis van een Cochrane review dat de combinatie van begeleiding en farmacotherapie een gemiddeld succespercentage heeft van 15%, waarbij intensievere begeleiding en begeleiding in een gezondheidszorgsetting mogelijk nog meer effect sorteren [19]. De bovengenoemde positieve onderzoeken trekken dezelfde conclusie: vaak

is het 'hoe intensiever de begeleiding, hoe meer effect' [15, 17]. Wat betreft bewegen zet een recent rapport van de Gezondheidsraad de brede gezondheidsopbrengst van bewegen helder en toegankelijk op een rij [20], en een groep Nederlandse onderzoekers heeft datzelfde onlangs voor voeding gedaan [21].

De gezondheidseffecten van de aanpak van leefstijl zijn dus helder in beeld. Als je nog meer inspiratie zoekt kun je terecht bij 'preventietoppers': artsen die hun nek uitsteken en nu al laten zien wat er kan. Longartsen Pauline Dekker en Wanda de Kanter zijn op de bres gesprongen voor het stoppen met roken [22], en huisartsen Tamara de Weijer en Iris de Vries voor voeding [23], terwijl fysiotherapeut Simon van Woerkom en psychiater Bram Bakker zich sterk maken voor runningtherapie bij psychische klachten [24].

Hoe vrijblijvend kan leefstijladvisering zijn?

Uit een onderzoek van het NIVEL onder huisartsen bleek dat meer dan 80% het bevorderen van een gezond gewicht een belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg vindt [14]. De auteurs zijn in hun conclusies echter kritisch: 'De zorg ten aanzien van overgewicht en obesitas blijkt in mindere mate gericht te zijn op primaire preventie. Dit bleek uit het feit dat huisartsen het gewicht minder vaak ter sprake brengen bij minder ernstige gewichtsproblematiek of bij afwezigheid van met het gewicht samenhangende klachten en/of risico's. Als de huisarts de patiënt in een vroeg stadium van gewichtstoename op zijn of haar gewicht aanspreekt, kan dat echter bewustwording creëren, de eerste stap van gedragsverandering. Het is daarom belangrijk dat huisartsen zich hiervan bewust zijn.'

Gezondheidsjurist Drewes zet in *Huisarts en Wetenschap* met verwijzing naar de eed van Hippocrates een gezondheidsrecht vrijblijvendheid scherp neer: 'Op basis van de kernwaarden verwoord in gedragsregels, opleiding en richtlijnen mag van de huisarts een stimulerende en motiverende rol verwacht worden bij het begeleiden van patiënten met leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen. Bij kinderen geldt dit eens te meer, omdat het niet adequaat aanpakken van overgewicht een bedreiging van hun gezondheid kan vormen.' Zij pleit daarom voor opname van een actievere houding in de huisartsenstandaard Obesitas [25].

In het buitenland wordt die rol vaak al expliciet in richtlijnen opgenomen. Het Australische Royal College of General Practitioners heeft al meer dan 25 jaar een aparte richtlijn voor preventie in de huisartsenpraktijk, het 'Red book' genoemd (van maar liefst 172 pagina's) [26]. Daarin wordt bijzondere aandacht gevraagd voor de verantwoordelijkheid van de (huis)arts met betrekking tot ongelijkheid in gezondheidskansen ('health inequity') en lage gezondheidsvaardigheden. De onlangs uitgebrachte Canadese richtlijnen voor roken bij kinderen en adolescenten raden aan om bij bezoek aan de arts bij alle kinderen roken ter sprake te

brengen [27]. De bovengenoemde Nederlandse nota's en visiedocumenten doen ook een sterk appel op artsen om verantwoordelijkheid te nemen voor leefstijlbevordering.

Hoe verder?

Je hebt gewikt en gewogen, en je neemt je toch voor om meer preventiearts te worden. Voor de ziektegerichte preventie is dat ook een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling. Je neemt je voor om bij iedere patiënt geregeld actief naar rookgedrag en alcoholgebruik te vragen, en legt de body mass index in je dossier vast. Op indicatie vraag je (eventueel met een vragenlijst) naar lichaamsbeweging of dieet. Met je praktijkondersteuner of verpleegkundige maak je afspraken over begeleiding. Geregeld vraag je tijdens een consult of het nog lukt om de leefstijlverandering vol te houden (de unieke longitudinale en motiverende rol van de arts). Ook van geïndiceerde preventie (hoog risico, maar nog geen ziekte) maak je werk. Voorbeelden zijn cardiovasculair risicomanagement, problematisch alcoholgebruik en stoppen met roken. Deze activiteiten worden binnen de huidige zorgverzekering vergoed [28]. Huisartsen worden vaak gevraagd bij te dragen aan wijkgerichte preventieactiviteiten. Helaas bevat de huidige financieringsstructuur hiervoor geen structurele component. Toch kunnen er op projectbasis soms afspraken met de verzekeraar worden gemaakt [28]. De (huis)arts heeft, in samenwerking met andere partijen, een verbindende rol op het terrein van de selectieve preventie door onder meer patiënten te verwijzen en/of te motiveren voor speciale preventieprogramma's en eventueel screeningsprogramma's uit te (laten) voeren. Het nemen van deze verantwoordelijkheid is goed beschreven onder de rol van 'Health advocate' in het CanMeds framework: 'Physicians promote healthy communities and populations by influencing the system (or by supporting others who influence the system), both within and outside of their work environments' [29].

Ten slotte

Het vergt moed en inspanning om als curatief arts in Nederland meer aan preventie te doen. Vanuit maatschappelijke betrokkenheid en vanuit de zorg voor de individuele patiënt is het zinvol om je af te vragen: ben ik wel genoeg een preventiearts?

Literatuur

- Ziektelast naar risicofactor. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/bijdrage-risicofactoren-aan-ziektelast>. Geraadpleegd op 12 oktober 2017.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting; opleidingsniveau. 2017. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71885ned&D1=0-4&D2=a&D3=0,14&D4=a&D5=0&D6=l&VW=T>. Geraadpleegd op: 12 okt 2017.
- Roken naar opleiding. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie-volwassenen#node-roken-naar-opleiding>. Geraadpleegd op 12 oktober 2017.
- Overgewicht naar opleiding. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijferscontext/huidige-situatie#node-overgewicht-naar-opleiding>. Geraadpleegd op 12 oktober 2017.
- Drewes Y, Blom J, Assendelft P, et al. Strategieën in preventieve zorg voor ouderen. Huisarts Wet. 2015;8:20–3.
- Groenenberg I, Crone M, Dijk S van, et al. Het Preventie-Consult en 'moeilijk bereikbare' patiënten. Huisarts Wet. 2016;59:338–42.
- NHG, LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: NHG; 2012. http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-ToekomstvisieTotaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf8. Werkgroep Zorg2025.
- Werkgroep Zorg. Coach, cure & care 2025. Een gezamenlijke toekomstvisie van de nieuwe generatie zorgprofessionals op het zorglandschap in Nederland. 2013. <https://www.wz2025.nl/wp-content/uploads/2013/10/Coach-Cure-Care-2025-3.pdf>. Geraadpleegd op 8 oktober 2018.
- Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2017.
- Burgering E, Drewes Y. Preventie en gezondheidsbevordering. Een beroepsgroepoverstijgende aanpak. Utrecht: KNMG; 2015.
- Anoniem. DenieuweNHG-Zorgmodules Leefstijl. Huisarts Wet 2015;9:486–9.
- Centraal BeleidsOrgaan. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Utrecht. 2014. http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Zorgmodule_Zelfmanagement_1.0.pdf. Geraadpleegd op: 12 okt 2017.
- Doelgroepen van preventie. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventievolsgezondheidenzorginfo/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie>. Geraadpleegd op 6 november 2017.
- Lakerveld J, Bot S, Nijpels G. De effectiviteit van leefstijlininterventies in de eerstelijns. Huisarts Wet. 2014;57:64–7.
- Duijzer G, Haveman-Nies A, Jansen S, et al. SLIMMER diabetes voorkomen in de eerste lijn. Huisarts Wet. 2017;4:160–3.
- Aveyard P, Lewis A, Tearne S, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. Lancet. 2016;388:2492–500.
- Wadden TA, Butryn ML, Hong PS, et al. Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings. JAMA. 2014;312:1779.
- Jakicic JM, Davis KK, Rogers RJ, et al. Effect of wearable technology combined with a lifestyle intervention on long-term weight loss. JAMA. 2016;316:1161–71.
- Stead L, Koilpillai P, Fanshawe T, et al. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>.
- Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Den Haag: Gezondheidsraad; 2017.
- Witkamp R, Navis GBJ, Boer J, et al. Kennissynthese voeding als behandeling van chronische ziekten. Wageningen: ZonMW. 2017. <https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Gezondheidsbescherming/>

- [Voeding_en_gezondheid/Kennisynthese_Voeding_als_behandeling_juni_2017.pdf](#). Geraadpleegd op: 12 okt 2017.
22. Nederland stopt met roken. <http://www.nederlandstopt.nu>. Geraadpleegd op 12 oktober 2017.
 23. Leefstijl als medicijn. <https://www.jeleefstijlsmedicijn.nl/>. Geraadpleegd op 8 oktober 2018.
 24. Bakker B, Woerkom S. Runningtherapie. Beweeg voor je (overbelaste) brein. Rainbow: Amsterdam; 2017.
 25. Drewes Y. Plicht om te wijzen op leefstijlverandering. Huisarts Wet. 2017;60:172–5.
 26. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. East Melbourne: RACGP; 2016.
 27. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school aged children and youth. Can Med Assoc J. 2017;189:E310–E6.
 28. Zorginstituut. Preventie in de Zorgverzekeringswet. 2017. <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-zorgverzekeringswet>. Geraadpleegd op: 12 okt 2017.
 29. Royal College of Physicians and surgeons of Canada. CanMEDS. Health advocate. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-health-advocate-e>. Geraadpleegd op 12 oktober 2017.