

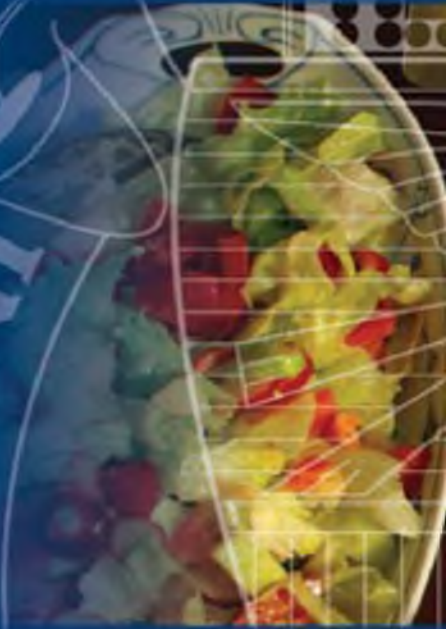
PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/19227>

Please be advised that this information was generated on 2021-04-23 and may be subject to change.



Katholieke Universiteit Nijmegen

Tussen teken- en eettafel: Voedingskundige zorg in de huisartspraktijk

INAUGURALE REDE



Door Dr. J.J. van Binsbergen

Tussen teken- en eettafel

Fotografie: Erik van 't Hullenaar

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen

Drukwerk: Janssen Print Nijmegen

Tussen teken- en eettafel: Voedingskundige zorg in de huisartspraktijk

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in
de Voedingsleer & Huisartsgeneeskunde aan de
Faculteit der Medische Wetenschappen / UMC St Radboud van de
Katholieke Universiteit Nijmegen
op donderdag 30 januari 2003

door
Dr. J.J. van Binsbergen

Mijnheer de Rector Magnificus, Dames en Heren, zeer gewaardeerde toehoorders,

Inleiding

Huisartsen verkeren – anders dan de krantenberichten soms doen geloven – in een bevoorrechte positie. Zij hebben namelijk een logeplaats met zicht op het medisch, psychosociaal en niet zelden ook maatschappelijk wel- en onwelbevinden van hun praktijkpopulatie, zeg zo'n 2.500 personen. Alle Nederlanders hebben (voorlopig althans) een huisarts, alle Nederlanders eten zo'n drie tot acht maal per dag. U begrijpt het al: ik voel mij als: "een in voeding geïnteresseerde huisarts", in een buitengemeen comfortabele positie.

De huisartsgeneeskunde beweegt zich op het snijvlak van de zelfzorg en professionele interventie. Huisartsen zijn gewoon de ingewikkelde vertaalslag van de medische technologie in de breedste zin van het woord naar de praktijk van alle dag op lekenniveau te maken. En waar komt dat nu beter tot uiting dan in het vakgebied: voeding? "Tussen teken- en eettafel" zit een "mer à boire" van onduidelijkheden, vooroordelen en patstellingen. Huisartsen worden hiermee geconfronteerd, althans als zij daar de ogen niet voor sluiten. Ik zal trachten de plaats van voeding in het dagelijks leven tot normale, zeg spreekkamer proporties terug te brengen.

Historie

Vanwaar zo in eens die belangstelling voor "voeding", zult u zeggen. Ik kan u uit de droom helpen: er is niets nieuws onder de zon. In het alleraardigste historische stadje Brielle bijvoorbeeld werd reeds in 1735 – getuige de zogeheten "schafthlijst" uit het Catharina Gasthuis – aandacht besteedt aan de voeding van de "Gastelingen". Zo aan het begin van de vorige eeuw kreeg de medische belangstelling voor de voedingsleer een impuls. Niet op de laatste plaats vanwege de Nobelprijs voor de Nederlander Eijkman in een adem te noemen met Grijs voor hun ontdekking van vitamine B. In hun kielzog vallen klinkende namen als: Pekelharing, Jansen, Van Leersum, Wolff en vele anderen; medici die het belang van een goede voeding voor

de gezondheid inzagen. De huisarts Banning meent dat de voeding van de gezonde medeburger een wezenlijke eerstelijns taak is maar stelt in zijn proefschrift: “De voeding te Zaandam in 1929/1930”, vast dat, ik citeer: “*op het punt van voeding onze adviezen nooit gevraagd worden*”, einde citaat. Ook de Groningse huisarts Den Hartog trok zich het voedingslot van zijn patiënten aan. Hij werd in 1955 bijzonder hoogleraar in Wageningen en legde de basis voor de voedingsleer als zelfstandige wetenschap.

Vreemd genoeg dobberde na de Tweede Wereldoorlog de voedingsleer langzaam maar zeker weg van de geneeskunde. Komt het – in weerwil van de inspanningen van prominenten als Groen, De Wijn of Fernandes – ooit nog wel goed tussen dokters en de interesse in voeding? Voedingsleer en Geneeskunde als twee gescheiden werelden. Of het moet de Humane Voedingsmotor Prof. Jo Hautvast zijn die – als tropendokter – het belang van voeding als etiologie inzag. Hij richtte zich op Wageningen en produceerde een niet aflatende stroom voedingsingenieurs en leverde de bulk van de hedendaagse voedingshoogleraren af.

Maar voedingsingenieurs zijn geen medici. Met het in de vergetelheid raken van de gebreksziekten, de ogenschijnlijk afnemende noodzaak van voedingsadviezen aan zwangeren, zuigelingen en kleuters verging de medische interesse voor gezonde voeding.

Krijgen medici nu de rekening gepresenteerd van het feit dat zij na de Tweede Wereldoorlog voeding links hebben laten liggen? Laat ik één fraai of liever gezegd “weinig-fraai” voorbeeld geven: het ongekend uitdijende probleem van obesitas bij kinderen.

Overgewicht ontstaat, zo is genoegzaam bekend, indien meer energie via de voeding wordt verkregen dan er voor de normale fysiologische processen en fysieke inspanning nodig is. Gebrek aan lichaamsbeweging is de belangrijkste factor in dezen. Zo is aangetoond dat het risico van het ontstaan van obesitas met 12% toeneemt bij elk uur per dag televisiekijken. Nederlandse kinderen kijken gemiddeld bijna twee uur televisie per dag. Tijdens televisiekijken worden bovendien niet zelden energierijke versnaperingen gebruikt. Daar komt bij dat kinderen in de

Verenigde Staten en Engeland ongeveer tien voedingsreclameboodschappen over frisdranken, snoepgoed en fast food – ook wel veelzeggend: “gemaksvoedsel” genoemd – per uur zien.

Over de resultaten van de behandeling van overgewicht in het algemeen en bij kinderen in het bijzonder kan men buitengemeen somber zijn: therapie van obesitas is nagenoeg onmogelijk! Dat betekent dat het zwaartepunt volledig op de preventie moet liggen. Echter: levend in een energie- en zoutrijk milieu met een relatief te kort aan micronutriënten en een disbalans in de macronutriënteninneming alsmede de bestaande bewegingsarmoede, maakt het voor kinderen uitermate moeilijk zich een gezond leefpatroon eigen te maken. Men kan spreken van een: “toxisch, obesogene leefomgeving”.

Als gezinsgeneeskundige speelt de huisarts een cruciale rol bij het voorkómen van overgewicht bij die kinderen binnen families met overgewicht waar de medische complicaties zich reeds hebben aangediend; ofwel hoog risico-interventie. Toekomstige praktijkondersteuning zal alleen al in het kader van de hart- en vaatziekten en diabeteszorg oog voor dit aspect moeten hebben.

Tot zo ver deze illustratie van de verslappende aandacht van medici voor een gezond voedingspatroon.

Fnuikend nihilisme

Voedingsvraagstukken, benaderd vanuit de optiek van de huisarts is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Wij weten allemaal hoe moeilijk het is adviezen te geven en al helemaal om ze opgevolgd te krijgen. Ogenschijnlijke simpele regels als: minder calorieën en meer groente en fruit stuiten op een muur van vooroordelen. Zo denkt slechts één van de tien Nederlanders te weinig groente te eten. Goed bedoelde adviezen spreken dan ook alleen hen aan. In werkelijkheid zijn het evenwel acht van de tien Nederlanders.

Maar ook de presentatie van aan voeding gerelateerde symptomen in de huisartspraktijk is verre van simpel op waarde te schatten. Verpakt in een reeks specifieke klachten, in de ogen van patiënten heldere correlaties met genuttigde voedingsmiddelen, maken het plaatsen van de voedingsvraag en de daaropvolgende advisering uitermate ingewikkeld.

Het moge duidelijk zijn dat tegenover een grillig, al dan niet vermeend voedingsgerelateerd klachtenpatroon van patiënten een helder, gestructureerd en gestroomlijnd antwoord dient te staan. Het zal de meeste uwer niet ontgaan zijn dat in de afgelopen 50 jaar sprake is geweest van een ware Babylonische spraakverwarring op het voedingskundig terrein tussen arts en patiënt. De verzuchting: “je mag tegenwoordig ook niks meer eten”, is dan ook alleszins begrijpelijk maar tegelijkertijd bron voor fnuikend nihilisme. Nihilisme mede voortkomend uit het almaar voortlevende misverstand dat populatiestrategie zonder meer te extrapoleren is naar de voedingszorg voor de individuele patiënt in de huisartspraktijk met alle teleurstellende resultaten van dien. Het zijn werelden van verschil. De voedingsleer en huisartsgeneeskunde behoren zich dat beide aan te trekken. En dat doen zij.

Heelsumworkshop

In 1995 werd op initiatief van de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid de eerste zo geheten Heelsumworkshop met huisartsen en voedingskundigen gehouden. 35 sprekers en auteurs uit 10 landen discussieerden gezamenlijk met als titel: “Nutritional attitudes and practices of primary care physicians”. De inhoud van de onderwerpen varieerde van de huisartsgeneeskundige voedingszorg in landen als bijvoorbeeld Italië, Duitsland, Noorwegen en Australië tot een overzicht van voedingsgerelateerde diagnoses, effectiviteit van voedingsvoorlichting en de inbreng van een voedingsspecialist binnen de huisartsgeneeskunde. In 1998 namen 49 sprekers en auteurs uit een tiental landen deel aan een tweede bijeenkomst. De titel van de workshop luidde: “Family doctors and patients: is effective nutrition interaction possible?”. De onderwerpen welke de revue pas-

seerden waren ook nu divers: het belang van de computer bij voedingsvoorlichting in de huisartspraktijk, de mogelijkheden van voedingsonderwijs binnen de beroepsopleiding en het verschil tussen populatiestrategie en de individuele benadering.

Het thema van de derde internationale Heelsumworkshop in 2001 was: "Nutrition guidance of family doctors: towards best practice". In dat jaar namen een kleine vijftig sprekers en auteurs deel: de effectiviteit van computer gestuurd voedingsonderwijs, de ontwikkeling van voedingsvoorlichtingsbrieven en de betekenis van de Cochrane benadering inzake voedingsonderzoek stonden op de agenda.

Het blijkt dat huisartsen uit zeer uiteenlopende delen van de wereld met zeer uiteenlopende wijzen van praktijkvoering tegen goeddeels dezelfde voedingskundige problemen aanlopen.

Distilleert men de top-drie knelpunten uit de afgelopen drie Heelsumworkshops dan komt het volgende naar voren:

- Gebrek aan evidence based voedingsonderzoek, verricht vanuit de spreekkamer van de huisarts.
- Gebrek aan op de resultaten van onderzoek gestoeld, voedingsonderwijs aan huisartsen en huisartsen in opleiding.
- Gebrek aan gefundeerd voorlichtingsmateriaal, gericht op de individuele patiënt.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid de Wetenschappelijke Commissie onder het voorzittersschap van Prof. Chris van Weel de opdracht heeft gegeven de 4de Heelsumworkshop in 2004 voor te bereiden met deze invalshoeken als aandachtsgebied.

Ik zal op ieder van de drie hindernissen ingaan en de bijdrage welke de onderhavige leerstoel *Voedingsleer & Huisartsgeneeskunde* aan de oplossing beoogt te bieden, uiteenzetten.

Voedingsonderzoek

Het eerste Heelsum-knelpunt is zoals gezegd: Gebrek aan evidence based onderzoek, vanuit de spreekkamer van de huisarts.

Pluist men de hedendaagse gouden standaard: de Cochrane Reviews na dan is voedingsonderzoek daar nauwelijks vertegenwoordigd. De reden is dat de voedingsleer binnen de geneeskunde geen op zichzelf staande wetenschap is maar transversaal door alle diagnoses heenloopt.

Voedingsonderzoek is uitermate ingewikkeld. Om een paar methodologische problemen te noemen:

- heterogeniteit onderzoekspopulatie;
- niet te standaardiseren hoeveelheden en samenstellingen interventievoeding;
- relatief lange expositietijd alvorens effect mag worden verwacht;
- hoge kosten.

De conclusie moet dan ook zijn dat gestandaardiseerd, grootschalig experimenteel voedingsonderzoek nagenoeg onuitvoerbaar is en dat voedingsinterventiestudies met harde klinische eindpunten, uitgevoerd vanuit de huisartspraktijk niet voor handen zijn.

Nu blijkt dat randomised controlled clinical trials alléén ontoereikend zijn om de significantie van een individuele voedingsinterventie op basis van klinische eindpunten te bewijzen, is men aangewezen op de bewijsvoering voor de “best praktische benadering” door:

- verdieping van de (patho)fysiologische achtergrond;
- maximaal gebruik maken van intermediaire, surrogaat eindpunten;
- kritische interpretatie van observationele studies.

Deze kritische interpretatie legt enerzijds de obstakels als de preventie paradox en het genetisch polymorfisme pijnlijk bloot, maar vormt anderzijds de uitdaging om tot een zo gefundeerd mogelijk “spreekkameroordeel” te komen.

Daarnaast wordt – zoals reeds aangestipt – de welles/nietes discussie rond voeding en ziekten, gelardeerd met het eeuwig durende misverstand rond de populatie versus de individuele interventie.

De populatiestrategie kenmerkt zich door een gevarieerd voedingspatroon opdat de op voorhand niet te identificeren genetisch ge- en ongevoeligen allemaal het voordeel van de twijfel krijgen.

Het zwaartepunt ligt evenwel bij de secundaire preventie; hèt werkteerrein van de huisarts, waarbij voedingsinterventie bij de reeds bestaande ziekte een substantiële therapeutische bijdrage levert. Ziekten als diabetes mellitus, hart-, vaatziekten, COPD, osteoporose, overgewicht, voedingsdeficiëntie en alcoholisme zijn daar voorbeelden van.

De gevolgen van een disbalans tussen energetische- en nutriëntenbehoefte leidt tot relatieve tekorten aan beschermende factoren als antioxidanten. Beschermde factoren, nodig om de invloed van de juist in overmaat aanwezige oxidanten te pareren. In die redenering is de basis van de welvaartsziekten, paradoxaal genoeg geen overvloed maar juist een relatieve voedingsdeficiëntie. Anderzijds komen er ten gevolge van chronische ziekten bij ouderen ook absolute voedingsdeficiënties voor. Veelvuldig in de huisartspraktijk voorkomende ziekten als COPD en hartfalen zijn daar voorbeelden van.

Hiermee zij geïllustreerd dat populatiestrategie en individuele voedingsinterventie weliswaar in elkaars verlengde liggen maar twee volstrekt gescheiden onderzoeksprotocollen en interventiestrategieën vergen.

Enmaal dat geconstateerd hebbend, komt de gouden standaard voor evidence based handelen in de huisartspraktijk: de randomised controlled clinical trials, in ander daglicht te staan. Gestreefd moet worden naar de ontwikkeling van een Cochrane benadering met aangepast instrumentarium. Teneinde hier een aanzet toe te geven, wordt gewerkt aan de oprichting van het: *Nijmegen Cochrane Nutrition Centre* met als aandachtsgebied: *Voedingsgerelateerde hoogrisicodragers in de huisartspraktijk.*

Afbakening is echter geboden waarbij gekozen is voor het terrein van de: *“sub-optimale voedingsstatus bij chronische ziekten”*. Een dergelijke onderzoekslijn is in weerwil van de doorgaans overvoede burger (die overigens ook een suboptimale voedingsstatus kan hebben), alleszins verdedigbaar. Begeleiding van patiënten met chronische ziekten maakt immers een substantieel onderdeel uit van het dagelijks werk van de huisarts. Op het begrip suboptimale voedingsstatus dan wel ondervoeding wil ik thans ingaan.

In beginsel zijn er drie oorzaken voor tekort schietende voedingsstatus. Vanzelfsprekend staat onvoldoende voedselinname op de eerste plaats. Bij patiënten die zich ziek voelen of moe zijn, verdwijnt de eetlust. Daarnaast kunnen medicamenten maag-, darmbezwaren veroorzaken die de eetlust doen afnemen. Ook ziekten van en obstructie in het bovenste deel van de tractus digestivus beïnvloeden de voedselinname ongunstig.

Tenslotte is bij ernstige diarree, heftig braken, (brand)wonden en uitgebreide decubitus het verlies aan voedingsstoffen substantieel.

Meestal gaat het om ouderen met een chronische ziekte. Bij ouderen wordt de energiebehoefte onder normale, fysiologische omstandigheden alleen al vanwege de afnemende spiermassa geringer. Hierdoor daalt het basaal metabolisme en aldus de vraag naar energie: ouderen gaan relatief minder eten. Bij genoemde chronische ziekten als hartfalen, COPD maar ook bijvoorbeeld reuma staat deze verminderde energie- en nutriënteninname haaks op de juist onder die omstandigheden verhoogde -behoefte. Ook een slechte mobiliteit, een doorgemaakt CVA, koortsperiode, depressie, sociaal isolement, het verlies van een partner of bijvoorbeeld de gevolgen van operatief ingrijpen of chemo- en radiotherapie leiden tot een verminderde voedselinname. Hoe geringer de energetische waarde van de dagelijkse voeding, des te nijpender wordt het belang van de nutriëntensamenstelling van die voeding.

De gevolgen van voedingsdeficiënties zijn divers en behoren met name gezien te worden in nauwe samenhang met het onderliggend lijden. Symptomen als:

- verlies van kwaliteit van leven;

- afname van de weerstand;
- slechtere wondgenezing;
- afname spierkracht;
- vermoeidheid, cognitieve disfunctie en depressie;
- langere verpleegduur en hogere mortaliteit,

compliceren mede het verantwoordelijke ziektebeeld in belangrijke mate, leiden snel tot een vicieuze cirkel en hebben als zodanig verstrekkende consequenties voor de behandeling in het ziekenhuis maar zeker ook in de thuissituatie.

Onder de titel: *Observationeel- en experimenteelonderzoek naar de voedingsstatus van COPD/hartfalen-patiënten in de huisartspraktijk* zal vanuit de afdeling Huisartsgeneeskunde onderzoek verricht worden ten einde het bovenstaande inzichtelijk te maken.

In de NHG-Standaard COPD en Astma bij Volwassenen: Diagnostiek, wordt terecht gesteld dat klachten van kortademigheid en een verminderde inspanningstolerantie doorgaans in géén verhouding staan tot de ernst van de longfunctiestoornis. Niet vermeld wordt dat deze klinische bevindingen wél samenhangen met extrapulmonale manifestaties van de ziekte zoals skeletspierzwakte en verlies van lichaamsgewicht. Bovendien is het relatieve risico op sterfte significant verhoogd bij gewichtsverlies en ondergewicht, zowel bij milde alsook ernstige vormen van COPD. De NHG-Standaard behoeft dan ook enige aanvulling waarbij het verloop van het lichaamsgewicht en de voedingsstatus van de patiënt aandacht verdienen. De aanwezigheid van extrapulmonale manifestaties als ongewild gewichtsverlies, spierzwakte en cachexie noopt tot verwijzing naar de diëtist.

Kijkend naar de niet-farmacologische adviezen welke in respectievelijk de NHG-Standaard Hartfalen en de CBO Consensus Chronisch Hartfalen worden gegeven, springt één opmerkelijk verschil in het oog: de CBO-consensus dringt expliciet aan op aandacht voor een adequaat voedingspatroon. Gedacht wordt zelfs aan het direct inschakelen van de diëtist zodra de diagnose “hartfalen” is gesteld terwijl daar in de NHG-Standaard niet over wordt gerept.

Publicaties van onderzoek naar de resultaten van voedingsinterventie bij COPD-patiënten noch bij hartfalenpatiënten vanuit de huisartspraktijk, worden binnen de Cochrane Library gevonden. Alles bijeen voldoende redenen voor onderzoek vanuit de huisartspraktijk om tot gefundeerde aanbevelingen te komen.

Onderzoek als boven beschreven waarmee reeds een aanvang is genomen, sluit naadloos aan op de reeds jarenlang bestaande onderzoeklijnen binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde alhier en mag zich eveneens verheugen in brede belangstelling binnen onze faculteit.

Voedingsonderwijs

Het tweede Heelsum-knelpunt is: Gebrek aan op de resultaten van onderzoek gestoeld, voedingsonderwijs aan huisartsen en huisartsen in opleiding.

“Onderwijs dient om de persoonlijke en vak-kundige ontwikkeling van de medisch student dan wel huisarts-in-opleiding te vormen, doet dat door kennis, vaardigheden en attitude vanuit een eigen leerervaring van de docent uit te dragen en is geslaagd indien het lukt deze elementen te implementeren in de verbeelding en uiteindelijk handelwijze van de student”, aldus de Nijmeegse onderwijs coryfee Van de Lisdonk.

Patiënt- en praktijkgebonden onderwijs is de sleutel tot het overbrengen van kennis. Casusbeschrijving van voedingsproblemen in de huisartspraktijk ten behoeve van onderwijs zijn pas dan onderwijskundig geslaagd als studenten, huisartsen en huisartsen in opleiding zich direct twee à drie patiënten voor de geest kunnen halen. Eerst dan beklijft de boodschap.

Natuurlijk is biomedische en klinische kennis onontbeerlijk voor het kunnen plaatsen van de problematiek in kwestie maar “kennisnetwerken en ziekte scripts vormen de basis van het huisartsgeneeskundig denken”, zoals Crebolder dat verwoordt.

Het is dan ook opmerkelijk dat voedingsonderwijs op zich, als zelfstandig onderdeel geheel ontbreekt in het “Raamplan 2001 Artsenopleiding”. Wel wordt het dilemma van de voedingsleer binnen de geneeskunde overduidelijk: voeding loopt trans-versaal door alle diagnoses heen; hetgeen een eenduidige onderwijsstrategie aanzienlijk bemoeilijkt.

Toch is voedingskennis onontbeerlijk voor de huisarts. Zoals aangegeven komt hij of zij voeding tegen, wordt blijkens onderzoek gezien als expert, maar heeft naar eigen zeggen te weinig kennis, zwalkt tussen interesse en scepsis, ontbeert zoals uiteengezet iedere wetenschappelijke bewijsvoering. Bovendien heeft hij alle ruggensteun in de vorm van de oude vertrouwde diëten verloren.

Waar te beginnen met onderwijs? Wellicht met de NHG-Standaarden.

Beschouwt men de Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap dan blijkt immers bijna de helft op enigerlei wijze aan voeding gerelateerd. Te denken valt aan: Dementie, Cholesterol, Acute diarree of om een ander willekeurig voorbeeld te noemen: Problematisch alcoholgebruik. Ook het reeds aan de orde gestelde COPD of Reuma zijn voorbeelden van NHG-Standaarden waarbij het aspect “voeding” een rol van betekenis speelt en aldus onderwijskundige aandacht verdient.

Bovendien zijn er natuurlijk tal van diagnoses en omstandigheden waarover geen NHG-Standaarden zijn vervaardigd maar waar mee de huisarts dagelijks van doen heeft. Vormen van kanker, sociaal isolement, mondholte pathologie, een gebroken pols; het zijn slechts enkele voorbeelden van diagnoses waarbij de vraag: “wie zorgt er voor uw eten”, de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt ten goede zal komen.

Voorwaarde is wel dat huisartsen goed geschoold zijn in het signaleren van voedingsvragen. Zoals reeds gesteld, blijkt uit onderzoek van Hiddink dat de opleiding in dezen te kort schiet. Maiburg heeft echter een subliem interactief eigentijds onderwijsprogramma vervaardigd. De resultaten van zijn studies onder huisartsen in opleiding zijn meer dan bemoedigend.

Het moge duidelijk zijn dat de belangstelling voor het vakgebied voeding reeds in de beginjaren van de medische opleiding gestalte moet krijgen. De niet aflatende

inspanningen van de hoogleraren Mathus uit Amsterdam en Van Staveren uit Wageningen en Utrecht wijzen hier de weg aan medici in spé. Activiteiten ten behoeve van de studenten geneeskunde welke in het Nijmeegse zeker navolging zullen krijgen. Brede samenwerking binnen onze faculteit is daartoe aangewezen; te denken valt aan de in reeds gang gezette academisering van de opleiding diëtetiek en de initiatieven om te komen tot een “Voedingskenniscentrum”.

Hierbij richt ik mij dan ook tot de studenten. Gesteld kan worden dat het vak voedingsleer een vaste plek binnen de basisopleiding geneeskunde verdient. Niet alleen “modulair” opgebouwd vanuit de moleculaire gedachtegang maar reeds in die fase toegespitst op de praktijk van alle dag, passend in het probleem georiënteerd onderwijs. Een vrouw van 43 jaar met een gemetastaseerd mammacarcinoom die op 36 achtereenvolgende werkdagen per taxi naar het bestralingsinstituut moet, moe is met misselijkheid en braken: welke voedingsproblemen komt u tegen? Hoe lost u ze op? Je eet immers met bestek maar daarvoor moet je wel met bestek kunnen omgaan.

Het ligt in de lijn van de verwachting dat ook het onderwijs zich zal richten op de problematiek van de suboptimale voedingsstatus van de chronisch zieke patiënt.

Voedingsadvies

Het derde en laatste Heelsum-knelpunt bestrijkt het: Gebrek aan gefundeerd voorlichtingsmateriaal, gericht op de individuele patiënt.

Het is jammer dat huisartsen steeds minder visites afleggen. Vroeger kwamen de laatste patiënten van de 27 dagelijkse visites, rond etenstijd aan bod. De huisarts stormde naar binnen, vloog de keuken in, lichtte alle deksels van de potten en pannen en leverde ongevraagd commentaar op de samenstelling van de te nuttigen maaltijd. Die tijd is voorbij en wij zullen het wetenschappelijker moeten aanpakken.

De voorlichting aan de patiënt die tegenover de huisarts aan het bureau zit: op maat gesneden, rekening houdend met de mogelijk- en onmogelijkheden, voorgeschiedenis, medicatiegebruik en familieomstandigheden van de individuele patiënt.

Aan voedingsvoorlichting geen gebrek: gerespecteerde instellingen als de Nederlandse Hartstichting, de Nierstichting, de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF, het Voedingscentrum, et cetera geven voedingsvoorlichting. “De voeding is immers van ons allemaal”. De huisarts heeft vanuit zijn Elektronisch Medisch Dossier toegang tot veel goedgekeurd voorlichtingsmateriaal. Daarnaast beschikt hij of zij over de recent ontwikkelde NHG Patiëntenbrieven met voedingsadviezen.

Zo zijn er voedingsbrieven ontwikkeld over:

- Gezonde voeding
- Diabetes mellitus
- Hoog cholesterol
- Hypertensie
- Zwangerschap
- Overgewicht

Ook worden de voedingsalinea's in de reeds bestaande NHG-Patiëntenbrieven geactualiseerd. Na een zorgvuldige selectie van voedingsgerelateerde onderwerpen is in nauw contact met het Voedingscentrum een op het individu toegesneden voedingsvoorlichtingstekst opgesteld. Deze is vakinhoudelijk, redactioneel en door een patiëntenpanel op gebruiksvriendelijkheid beoordeeld. Op deze wijze ontstaat een geïntegreerd voedingsadvies.

Onderzoek onder 200 huisartsen liet zien dat wel is waar 97% de inhoud van de voedingsbrieven onderschrijft. Maar dat “het er niet op het juiste moment aan denken” een van de belangrijkste oorzaken van het niet-meegeven van de voedingsbrief was. Begrijpelijk dat nagenoeg alle respondenten aangaven dat integratie

van voorlichtingsmateriaal in het aan de patiënt gekoppelde elektronisch medisch dossier een voorwaarde voor een optimaal gebruik is.

Het meegeven van voedingsvoorlichtingsmateriaal heeft een tweeledig doel. Enerzijds bereidt het de patiënt voor op de verwijzing naar de diëtist, zoals bijvoorbeeld in het geval van diabetes mellitus. Anderzijds nodigt de brief uit tot het stellen van vragen tijdens een volgend consult en een kritische houding van de huisarts. Het longitudinale patiëntencontact dat zo karakteristiek is voor de huisartsgeneeskunde komt bij voedingsvoorlichting maximaal tot zijn recht. De toekomstige en hier en daar in den lande reeds opererende praktijkondersteuning huisartsen, POH heeft hier een belangrijke taak. Al is het maar om de brug naar de diëtist te slaan.

De inspanningen vanuit de onderhavige leerstoel zullen geheel ten dienste staan van het optimaliseren van de verdere uitkristallisering van het NHG voedingsvoorlichtingsmateriaal in het algemeen en genoemde praktijkondersteuning in het bijzonder. Daarnaast staat vanzelfsprekend de samenwerking met de diëtetiek in de ruimste zin van het woord hoog op de agenda.

Alles is betrekkelijk

Mijnheer de Rector Magnificus alvorens ik aan mijn woorden van dank begin, moet mij nog iets van het hart. Mijn belangstelling voor voeding wortelt in de tropengeneeskunde. De voedingsproblematiek in de zogeheten Derde Wereldlanden is van een geheel andere orde dan de facetten welke ik in mijn Oratie heb mogen belichten. Ernstige voedingstekorten vormen als onderliggend lijden een immens risico voor de toch al - in medisch opzicht - zo broze bevolking aldaar.

Onverwacht komt daar nu een geheel nieuw, zeer paradoxaal gegeven bij. Met de vooruitgang die gelukkig in tal van landen geboekt wordt, steekt jammerlijk een snel oplopende incidentie van de alom bekende welvaartsziekten de kop op: hypertensie, diabetes mellitus, het cerebrovasculair accident, kanker. In grote gebieden van de wereld waar 50 tot 60% van de kindersterfte voedingsgerelateerd is, kampt

men nu met de zogeheten: “double burden of nutrition”. Enerzijds sterke ondervoeding onder de arme plattelands bevolking, anderzijds overvoeding onder de meer welgestelde met alle gevolgen van dien. De theorie van Barker, leert ons dat ten gevolge van voedingsdeficiëntie gedurende de zwangerschap en vroege jeugd de kans op het ontstaan van (voedingsgerelateerde) chronisch degeneratieve ziekten op latere leeftijd sterk toeneemt. Hiermee worden de consequenties van de voedingsstatus in de diverse levensfasen onderling verbonden en zelfs voor generaties bepaald. Deze ontwikkeling baart de wereldgezondheidsorganisatie, WHO grote zorgen.

Het is dan ook om die reden dat ik deze leerstoel symbolisch en in alle bescheidenheid wil opdragen aan de voedingsproblematiek in de ontwikkelingslanden.

Samenvatting

Het waren met name medici die in het begin van de vorige eeuw de voedingsleer een krachtige impuls gaven. Na de Tweede Wereldoorlog ebde de interesse onder medici enigszins weg, niet op de laatste plaats omdat methodologische hindernissen gedegen secundair preventief voedingsonderzoek in de weg staan.

Huisartsen worden met tal van voedingsgerelateerde diagnoses geconfronteerd. Zij worden door patiënten als experts op het gebied van voedingsvoorlichting gezien maar geven zelf aan te weinig kennis te bezitten. Uit de internationale Heelsumworkshops voor huisartsen en voedingskundigen komen de tekortkomingen naar voren: gebrek aan evidence based voedingsonderzoek, voedingsonderwijs en voedingsvoorlichting, specifiek gezien vanuit de optiek van de huisarts.

Met die drie invalshoeken als leidraad legt de onderhavige leerstoel zijn aandachtsgebied bij de: “*Voedingsgerelateerde hoogrisicodragers in de huisartspraktijk*”, en wel op het terrein van de: “*suboptimale voedingsstatus bij chronische ziekten*”.

Dat geldt voor onderzoek alsook onderwijs.

Woorden van dank

Door een nauwkeurige selectiebias toe te passen en “believers van non-believers” te scheiden, houdt men een mooi lijstje over van personen aan wie een dankwoord verschuldigd is. Overigens bouw je in al die jaren een zodanig groot netwerk op dat het onmogelijk is allen te bedanken. Ik beperk mij tot sleutel-personen.

De besturen van de Katholieke Universiteit Nijmegen en van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud wil ik danken voor het in mij gestelde vertrouwen; met name de oud-decaan de Hooggeleerde Vooijs, de huidige decaan de Hooggeleerde Van Herwaarden, alsmede aan de voorzitter van het clusterbestuur, Hooggeleerde Zielhuis.

Ook de afdeling Huisartsgeneeskunde die een door een hobby bevrogen, perifeer werkend huisarts in hun midden opvangt, betuig ik mijn dank. De ontspannen wijze waarop het secretariaat Caroline, Twanny en Dorothé mij tegemoet treden, spreekt mij aan.

Hooggeleerde Van Weel, beste Chris. Jij hebt je steeds vierkant achter mijn enthousiasme geschaard en durfde het met visie aan een nog nergens ter wereld bestaande leerstoel binnen je muren te halen. Je hebt mij op erudiete wijze vanaf het eiland Voorne Putten de faculteit binnengeloodst. Waarvoor mijn oprechte dank.

Dat de Hooggeleerde Rector Magnificus, Blom kenner bij uitstek is van de schoonheid van dat Voorns Duingebied, is louter toeval maar wel een geruststellende gedachte in dit universitaire landschap waar je maar zo de weg kwijtraakt.

Postuum wil ik hier Wiebe Visser, oud-directeur van de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid gedenken die op mijn twijfels geuit in april 1998, simpelweg antwoordde: “dan maken wij daar toch een leerstoel van”.

Het Bestuur en de Directie van de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid ZVG wil ik vanaf deze plaats dankzeggen voor het mogelijk maken van de Leerstoel.

De Stichting is leerstoelhouder van zeer diverse leeropdrachten aan verschillende universiteiten: voorwaar een prestatie van formaat.

Zeergeleerde Ockhuizen, beste Theo. Je hebt direct bij je aantreden als directeur van ZVG met ongelooflijke voortvarendheid je schouders onder het leerstoel project gezet. Dank voor al je werk in dezen. Waarbij mijn dank vanzelfsprekend ook naar het secretariaat uitgaat. Wendy en later Vera, jullie verzetten veel werk om deze dag tot een succes te maken.

Hooggeleerde Hiddink, beste Gert Jan. “Kijk, dat zo’n man ons dokters moet vertellen hoe wij met voeding moeten omgaan”. Je hebt het belang van de leeropdracht van deze leerstoel als eerste onderkend.

Hooggeleerde Hautvast, beste Jo. Onze contacten wortelen in 1979. Het is mij een grote eer te behoren tot de lange rij voedingshoogleraren die jij hebt afgeleverd al verschijn ik vanuit een iets andere hoek ten tonele.

Mijn promotor, Ruud Hermus wil ik vanaf deze plaats danken voor zijn inspanning om mij te begeleiden op het pad van: “het zout der aarde”.

Hooggeleerde Van Staveren, beste Wija. Reeds begin jaren negentig hebben wij samen een boekje geschreven waarin de patiënt in de huisartspraktijk centraal staat. En dat is in onze lange, lange samenwerking altijd zo gebleven. Ik prijs mij gelukkig met de dochter van een huisarts door voedingsland te mogen trekken.

Hooggeleerde Mathus, beste Lisbeth. Als iemand zich heeft ingespannen om voeding aan de “dokter” te brengen, ben jij het wel. Onze jarenlange samenwerking in zeer uiteenlopende verbanden is voor mij steeds een stimulans geweest.

Met de Nederlandse Vereniging voor Diëtisten werk ik altijd buitengewoon prettig samen. Mijn erelidmaatschap van deze vereniging beschouw ik als een tastbaar bewijs daarvoor.

Zeergeleerde Drenthen, beste Ton jij hebt je altijd als krachtig pleitbezorger voor de voedingszaak opgeworpen binnen het NHG, waarvoor mijn oprechte dank.

Als er één rots in de branding van voedingsland is, is het Anneke Geerts. Anneke wij hebben heel wat afgefilosofeerd over hoe de voedingsboodschap nu het beste op papier kan komen te staan. Jij hebt mij als een persoonlijk coach altijd met raad en daad bijgestaan. Mijn oprechte dank daarvoor.

Hooggeleerde Kerkhoff, beste Toon. Steevast iedere zondagmorgen refereren wij telefonisch. Diep- en minder diepzinnige aangelegenheden passeren de revue maar altijd vanuit een intellectuele optiek bezien. Zij hebben zeker bijgedragen aan de dag van vandaag.

Mijn bakermat van het huisartsgeneeskundig denken ligt in de Huisartsengroep Brielle. Sedert jaar en dag vormen wij met onze assistenten een hechte groep die met vallen en opstaan, elkaar toetsend en vrijlatend de huisartsgeneeskunde bedrijven zoals die behoort te zijn. Alleen in zo een omgeving is het mogelijk iets naast je dagelijks werk te doen aan de ontwikkeling van je vak. Zo doen wij dat. Voor die ruimte die ik altijd van jullie gekregen heb, ben ik jullie zeer, zeer erkentelijk.

Mijn ene grootvader was huisarts, de andere directeur van: jawel, een zuivel-fabriek. Hoe kon het zo lopen?

Mijn ouders leven dagelijks voort in mijn gedachten. Ik ben verheugd dat Mam, mijn schoonmoeder als wortel uit het verleden deze dag mag meemaken.

Daarmee ben ik gekomen aan mijn kinderen Margot en Laurine en schoonzonen Jean-Paul en Marco. Jullie hebben al dat gedoe van mij rustig over je heen laten komen. Een druk huisartsbestaan, ook nog promoveren en nu dit weer. Mijn Vaderlijk oog leert mij dat jullie niet geleden hebben onder mijn enthousiasme maar of ik gelijk heb...

Tot slot Annette. Annette, wij trekken nu al zo'n dikke 40 jaar met elkaar op. Voorwaar een goede voedingsbodem voor dit Nijmeegs voedingsexperiment. Lij waakt over mijn tijdsindeling en luidt de noodklok bij ontsporing. Jouw rustige achtergrondinvulling is van onschatbare waarde; ja, een absolute vóórwaarde.

Mijnheer de Rector Magnificus, Dames en Heren; ik dank u voor uw aandacht. Ik heb gezegd.

Referenties

- I. Hart-Eerdmans, M. 't et al. Artsenwijzer diëtetiek. LUMC, Leiden 1996.
- II. Nutritional attitudes and practices of primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 1997;65(suppl): 1927S-2022S.
- III. Family doctors and patients: is effective nutrition interaction possible? *Eur J Clin Nutr* 1998;53(suppl): S1-S114.
- IV. Binsbergen JJ van, Knecht-van Eekelen A. Voedingsleer en ziekte in de medische geschiedenis van de afgelopen eeuw. *Ned Tijdschr Geneeskund*, 1999;143;2204-7.
- V. Truswell AS. ABC of Nutrition, 1999. London, BMJ Books.
- VI. Double burden of nutrition (in: Ending malnutrition by 2020: an Agenda for Change in the Millenium.) Report to the ACC/SCN of the Commission on nutrition Challenges of the 21st Century, 2000.
- VII. Binsbergen JJ van, Kalmijn S, Ocké M, red. In: Voeding en chronische ziekten. Utrecht, Van der Wees, 2001.
- VIII. Gezondheidsraad. Voedingsnormen. Energie, eiwitten, vetten en verteerbare koolhydraten. Publicatienummer 2001/19. Den Haag. Gezondheidsraad; 2001
- IX. Fernandes J, Katan MB, Hart W. Voeding en gezondheid. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2002;146:2225.
- X. Nutrition guidance of family doctors: towards best practice. *Am J Clin Nutr* 2003 (suppl) in bewerking

