

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

Leefstijlgeneskunde heeft veel potentie, maar is geen panacee

Er is al veel bewijs voor nut en noodzaak van leefstijlgeneskunde, maar een afzonderlijk specialisme moet er niet komen. En er is nog veel onderzoek nodig, blijkt uit een recent TNO-rapport.



Begin december publiceerde het Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneskunde (Lifestyle4Health), een initiatief van TNO en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), een rapport waarin het wetenschappelijk bewijs voor leefstijlinterventies bij de behandeling van diabetes type 2, hart- en vaatziekten, psychiatrische aandoeningen, maag-, darm- en leverziekten, nierziekten en dementie in kaart is gebracht. Dr. Hanneke Molema is een van de drijvende krachten achter de bundel *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneskunde*, dat volgens haar noch een systematische review, noch een systematische kennisagenda is. ‘Het is bedoeld als een verkenning.’ Meteen nog maar een relativering: ‘Leefstijlgeneskunde is geen panacee. Sommige patiënten kunnen nu eenmaal niet zonder medicijnen.’ Wat het rapport volgens haar vooral wil laten zien, is dat leefstijlgeneskunde veel potentie heeft: er is steeds meer bewijs dat leefstijlinterventies ziekten in remissie kunnen brengen, ziektelast kunnen verminderen en de kwaliteit van leven kunnen verbeteren bij patiënten met een chronische aandoening. Daarbij gaat het over bewezen interventies voor risicogroepen (selectieve preventie) maar ook over geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. ‘Dat is dus iets anders dan generieke, populatiegerichte maatregelen die moeten voorkomen dat mensen ziek worden’, verduidelijkt Molema. ‘Dat onderscheid is belangrijk, want het begrip preventie is een vergaarbak waar ook dat laatste onder valt en dat maakt dat sommigen artsen zeggen “preventie daar zijn we niet van”.’

Bewijskracht

Als één ding duidelijk wordt uit het rapport dan is het dat dokters te weinig weten van leefstijlgeneskunde omdat het in hun opleiding onvoldoende ter sprake is geweest. ‘Terwijl er meer kennis is dan we ooit zelf geleerd hebben’, zegt chirurg prof. dr. Kees van Laarhoven (Radboudumc) die aan het TNO-rapport heeft meegewerkt. ‘Maak daar dus gebruik van. In ons nieuwe opleidingscurriculum zal leefstijlgeneskunde een belangrijke plaats krijgen.’

FRANK MULLER/HH

Toch moet je constateren dat de bewijskracht voor de diverse leefstijlinterventies nogal varieert. Zo concludeert een recente Cochrane-review, geciteerd in het TNO-rapport, dat meer studies nodig zijn naar het effect van het mediterrane dieet op het voorkómen van cardiovasculaire ziekten, omdat de bestaande, overigens veelbelovende evidence onvoldoende solide is: de studies zijn simpelweg te klein. Dat hangt nauw samen met een ander probleem, waar prof. dr. Jeroen Geurts, neurowetenschapper en voorzitter van ZonMw, onlangs in een tweet op wees. Voor het succes van leefstijlgeneeskunde is ‘een belangrijke method vernieuwing’ noodzakelijk: ‘*Randomized controlled trials* werken hier niet’. Dat vergt volgens Geurts onderzoek over onderzoek doen: ‘Dat doet ZonMw, maar het is vaak moeilijk om daar geld voor vrij te krijgen.’ Molema is het daarmee eens. ‘We hebben deze bundel samengesteld omdat wij begrijpen dat kennis, ervaring, *practice based medicine* en *real life medicine* moeten worden bevestigd via wetenschappelijk bewijs.’ En dus is het volgens haar zaak consensus te bereiken over welke bewijslast toereikend is om de resultaten te kunnen opnemen in richtlijnen en protocollen. Daarover is het laatste woord nog niet gezegd.

Diabetes

In het algemeen is het bewijs voor de effectiviteit van leefstijlinterventies voor patiënten met diabetes type 2 groot. Maar een standaardleefstijlprogramma dat voor al deze patiënten leidt tot remissie of reversie van de ziekte, is er niet. Molema: ‘40 procent van de patiënten met diabetes type 2 kan zonder medicatie. Dat ligt waarschijnlijk aan het subtype, maar ook aan persoonlijke en contextuele factoren zoals gezondheidsvaardigheden, mentale gezondheid, werk, financiële situatie en de samenstelling van het dieet. Daarom moeten we ook hier veel specifiekere kennis verzamelen over diagnostiek en verloop van de ziekte als we tot een optimale leefstijl-geneeskundige interventie willen komen. Die kennis ontbreekt nu.’ Iets soortgelijks geldt voor patiënten met hart- en vaatziekten, zo laat het TNO-rapport zien. Molema

vindt dat de aandacht van onderzoekers moet uitgaan naar wat de optimale intensiteit, duur en samenstelling van interventies is voor diverse subgroepen met cardiovasculaire aandoeningen – het rapport noemt in dat verband vrouwen en patiënten met multiproblematiek.

Chirurgie

Uit het TNO-rapport blijkt dat leefstijlinterventies en -adviezen een rol kunnen spelen in vrijwel alle geledingen van de geneeskunde, dus bijvoorbeeld ook in de chirurgie en de ggz. Kees van Laarhoven, hoogleraar heelkunde: ‘Chirurgen vinden het best moeilijk om leefstijlgeneeskunde te incorporeren in hun praktijk: ze zijn er niet voor opgeleid en het is niet hun primaire opdracht. Maar we weten dat patiënten die in de drie tot vier weken voor een high-impactoperatie door leefstijlcoaching zijn geprehabiliteerd – dat wil zeggen voorbereid middels lichaamsbeweging, voeding, stressmanagement en het advies niet te roken – fitter zijn bij aanvang van de operatie, minder complicaties krijgen en sneller herstellen.’ In Van Laarhovens praktijk zijn dergelijke poliklinische ‘healthcoachingsgesprekken’ inmiddels gebruikelijk. Maar opnieuw: ook hier is meer wetenschappelijk bewijs noodzakelijk, vindt Van Laarhoven. Binnen zijn afdeling start momenteel een prospectieve cohortstudie, die de uitkomsten van een historisch cohort waarin patiënten op traditionele manier zijn behandeld zonder leefstijlcoaching vergelekt met patiënten die de komende jaren een operatie ondergaan en voorafgaand intensieve leefstijlcoaching krijgen. Uitkomstmaten: aantal complicaties en opnameduur.

Psychiatrische patiënten

Wat de ggz betreft: bekend is het gegeven dat de kans op vroegtijdig overlijden onder patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening tweeënhalve keer groter is dan in de algemene bevolking. En dat vooral cardiovasculaire ziekten, diabetes type 2 en luchtwegaandoeningen daarin een groot aandeel hebben. Behalve genetische en biologische kwetsbaarheid, medi-

De beste effecten worden bereikt door experts op leefstijlgebied

catiegebruik en soms gebrekkige diagnosticering, en slechte toegang tot de zorg, spelen weinig beweging, ongezonde eetpatronen en roken een belangrijke rol bij het ontstaan van deze lichamelijke aandoeningen. De ggz staat daarom voor een ‘transdiagnostische uitdaging’, aldus Wiepke Cahn, hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen (UMC Utrecht) en betrokken bij het TNO-rapport. ‘Aanvankelijk werden leefstijlinterventies in de ggz aangeboden om de somatische gezondheid van psychiatrische patiënten te verbeteren. We weten nu dat de psychiatrische klachten dan ook vaak verminderen. ‘Cahn beseft terdege dat psychiatrische patiënten vaak overgewicht krijgen door medicatie, of zich beter voelen als ze roken. Precies dat maakt het opvolgen van leefstijladviezen extra moeilijk. Toch kan het, meent ze: ‘Leg je aan patiënten uit waarom bewegen of stoppen met roken goed is, dan zie je vaak al meer bereidwilligheid. Maar ik geef toe: daar is nog een flinke slag te maken, al was het maar omdat leefstijl vaak nog niet in het behandelplan is opgenomen. De beste effecten worden bereikt door experts op het betreffende leefstijlgebied. Dus door diëtisten en psychomotore therapeuten.’ Hanneke Molema is het daarmee eens: ‘Alle dokters en paramedici moeten er kennis van hebben, maar we pleiten niet voor een afzonderlijk medisch specialisme leefstijlgeneeskunde. Dat betekent ook dat dokters niet de verandering van leefstijl moeten begeleiden. Daar heb je in de meeste gevallen aparte professionals voor nodig. Die kunnen dat veel beter.’ ■

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.