

Jaap Koot

afdeling Gezondheidswetenschappen, decaan Global Health UMC Groningen

Lode Wigersma

voorzitter Vereniging Artsen Volksgezondheid, bestuurslid KAMG

Elise Buiting

voorzitter Koepel Artsen Maatschappij & Gezondheid (KAMG)

LEEFSTIJLINTERVENTIES ALLEEN HELPEN ONVOLDOENDE

Aandacht voor leefstijl betekent aandacht voor sociale context

Oog voor de levensstijl van de patiënt is mooi, maar moet wel hand in hand gaan met inzicht in diens sociaaleconomische omstandigheden. De sociaal geneeskundige heeft voor beide oogmerken instrumenten in de dokterstas.

essentieel onderdeel van behandeling zijn, is bij iedere cardioloog of longarts bekend. Dat er meer aandacht voor moet komen, zal niemand in de medische wereld betwisten.

Aangewakkerd vuur

Hoe verhoudt de sociale geneeskunde zich tot dit aangewakkerde vuur van leefstijl-geneeskunde? Daarvoor duiken we wat dieper in de theorie van de sociale geneeskunde. Sinds het gedegen werk van de WHO-commissie 'Social Determinants of Health' is een stroom van onderzoeken en publicaties op gang gekomen, met diepgaande analyses over maatschappelijke oorzaken van gezondheid en ziekten. De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM geven regelmatige updates van de situatie in Nederland rondom determinanten van gezondheid, zoals de recentelijk verschenen VTV 2018. Leefstijl is geen *inborn error of metabolism* of *acquired deficiency syndrome*. Leefstijl wordt bepaald door een complex van factoren.

Juist mensen met een lage opleiding haken snel af bij leefstijl-interventies

Deze zomer werd het Nederlands Innovatiecentrum voor Leefstijl-geneeskunde (NILG) opgericht door TNO en LUMC, compleet met een manifest dat pleit voor het gebruik van leefstijl als 'medicijn' om van ziekte te herstellen of om verergering van aandoeningen te voorkomen. Als preventie-experts zien wij, artsen maatschappij en gezondheid, natuurlijk hoe belangrijk dat is. Joost Zaat, huisarts en columnist in de Volkskrant, vond het voorstel van NILG niet ver genoeg gaan en schreef: 'Leefstijl-geneeskunde hoort publieke gezondheidszorg te zijn, met tabaks- en voedingsmaatregelen, armoedebestrijding, onderwijs en betere planning.' René Héman, arts M&G en voorzitter van de KNMG, gaf in Medisch Contact een wat meer genuanceerde visie, onder de titel 'Leefstijl-geneeskunde: de dokter kan het niet alleen' (MC 39/2018: 44). Hij benadrukt dat er ook aandacht moet zijn voor de maatschappelijke context van ziekten. Leefstijl-geneeskunde is echter niet zo nieuw als gepresenteerd door NILG. In de Verenigde Staten en een tiental andere landen bestaat het al enkele

jaren: er zijn instituten en verenigingen en er is ook een Lifestyle Medicine Global Alliance (LMGA). Deze organisaties presenteren zich allemaal met dezelfde boodschap: leefstijl-interventies moeten worden ingezet als behandeling en kunnen gebruik van geneesmiddelen terugdringen.

Niet nieuw

Ook in Nederland is leefstijl als medicijn niet nieuw. Artsen die in hun opleiding hebben opgelet tijdens de colleges sociale geneeskunde kennen het als secundaire of tertiaire preventie en tegenwoordig 'geïndiceerde of zorggerelateerde preventie' (afhankelijk van het stadium van de ziekte). Bewegen op recept bijvoorbeeld, is voor veel artsen een bekend begrip. In 2009 heeft het Zorginstituut al vastgesteld dat de gecombineerde leefstijl-interventie (gezonde voeding, bewegen en gedragsverandering) effectieve zorg is bij overgewicht en obesitas en tot de te verzekeren zorg van het basispakket behoort. Recentelijk heeft de NZa hiervoor prestaties en tarieven bepaald. Dat leefstijlgerichte interventies een



Leefstijl wordt bepaald door een complex van factoren, waaronder sociale en culturele.

Daarbij onderscheiden we enerzijds factoren die we bij de persoon zelf kunnen waarnemen: lichamelijke, psychische, gedragsfactoren, en anderzijds factoren in de omgeving van de persoon: sociale, economische, politieke en culturele factoren.

Missing link

Dit is de missing link in de presentatie van leefstijlgeneeskunde door TNO en LUMC. Je kunt namelijk niet spreken over de persoonlijke factoren zonder de maatschappelijke oorzaken te benoemen. Leefstijlinterventies alleen vormen geen *golden bullet* om diabetes, hypertensie en overgewicht terug te dringen. Het kan net zo'n valse belofte zijn als farmaceutische bedrijven ons voorhouden in reclames over cholesterolverlagers. Het is een omniëus teken dat de instituten die leefstijl-geneeskunde promoten (inclusief NILG) hun websites optuigen met foto's van kleurrijke groenteschotels en mooie, sportief geklede, slanke hardlopers. Dat zijn geen beelden die passen bij de doelgroep van leefstijlgeneeskunde. Want juist mensen uit lagere sociaaleconomische lagen van de bevolking of met een lage oplei-

ding haken snel af bij leefstijlinterventies. Het percentage rokers onder laagopgeleiden is bijna drie keer zo hoog als onder hoogopgeleiden. Het Loket Gezond Leven geeft een mooi overzicht van interventies die werken om leefstijl bij lagere sociaaleconomische groepen aan te pakken. Er zijn ook genoeg bewijzen dat maatschappelijke interventies, zoals wet- en regelgeving, effectief zijn om roken en het gebruik van zout en suiker te ontmoedigen, en bij te dragen aan de behandeling van diabetes of COPD. Voor optimale effectiviteit moet je de omgeving van een individu of de groep er ook bij betrekken, stelt het rapport Inventarisatie Armoede en Gezondheid uit 2017. Een van de ambassadeurs van Stichting Lezen en Schrijven met diabetes vertelt dat ze haar diabetes pas onder controle kreeg toen ze etiketten had leren lezen en stopte met drinken van twee flessen suikerrijke iced tea per dag. Gezondheidsvaardigheden versterken is ook therapie.

Dokterstas

Dat is de kern van de sociale geneeskunde. We bestuderen maatschappelijke oorza-

ken van gezondheid en ziekten. Waar nodig pakken we ze aan. De ene keer betekent dat dat we ons inzetten voor leefstijlprogramma's op scholen of in buurthuizen, zoals de Gezonde School. De andere keer is onze inzet nodig voor een beter milieu of strengere wetgeving voor gezondheidsbescherming, zoals bij Q-koorts of roken. We bewegen voortdurend tussen persoonlijke en maatschappelijke factoren om behandeling van patiënten te ondersteunen of ziekten en complicaties te voorkomen. In de dokterstas van de sociaal geneeskundige zitten allerlei instrumenten die kunnen worden ingezet voor het individu of de gemeenschap.

Doodlopende weg

Als het NILG zich afsluit voor de maatschappelijke oorzaken van ziekte en gezondheid begeeft het zich op een doodlopende weg. Joost Zaat ergert zich er terecht aan dat het NILG daarover in het manifest niets zegt. Zoals Héman ook al schreef: er is ruimte voor een instituut als NILG, want het inzetten van leefstijl als medicijn is een van de middelen. Wij dringen erop aan dat de initiatiefnemers onderschrijven dat er naast personalised medicine heel veel meer interventies in het sociale domein nodig zijn om de ziektelast terug te dringen. Zo moet het NILG ook sociaaleconomische gezondheidsverschillen meenemen in het onderzoek naar leefstijlinterventies. We gaan ervan uit dat het NILG ook onderschrijft dat voorkómen nog altijd beter is dan genezen. Die prachtige gepersonaliseerde leefstijlinterventies die het NILG gaat ontwikkelen, zijn – als ze in een context worden geplaatst – vast ook bruikbaar bij primaire preventie en de behandeling van kwetsbare groepen die nu te vaak uit de boot vallen. ■

contact

communicatie@kamg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

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