

'Lifestyle diseases' en de huisarts: des keizers hemd

G. Th. VAN DER WERF

De huisarts is niet de eerst aangewezen persoon om leefstijlen van de bevolking te beïnvloeden; daar zijn andere, efficiëntere en effectievere wegen voor: wetgeving, voorlichting en onderwijs. De huisarts moet problemen die mensen hem voorleggen, beoordelen: analyseren of een bepaalde wijze van leven de oplossing van die problemen mischien in de weg staat, en dan nagaan wat het voor de patiënt betekent, in positieve en in negatieve zin. Daartegenover stelt de huisarts zijn kennis en zijn kunde: welke geneeskundige risico's spelen een rol en welke mogelijkheden zijn er om de risico's te verminderen? Van geval tot geval moet de huisarts beoordelen of een gericht advies over de leefwijze gewenst is voor bepaalde (groepen) patiënten die naar zijn oordeel een risico lopen, en of hij gewoonten en ontwikkelingen die de gezondheid kunnen beïnvloeden, moet signaleren.

Inleiding

*Gij zult niet roken,
gij niet en uw personeel niet,
en ook de mensen die ge in uw dagelijks
werk tegenkomt, zult ge dit gebod voor-
houden:*
GIJ ZULT NIET ROKEN!

Van het opvolgen van dit eenvoudige gebod voor de huisarts mag een zegenrijke werking verwacht worden. Als de huisarts dan ook nog zou informeren naar alcoholgebruik bij mensen van wie de klachten daartoe aanleiding geven, zou de rol van de huisarts bij het beïnvloeden van riskante leefwijzen als zeer gewichtig beschouwd moeten worden.

Maar kunnen we het laten bij een eenvoudig hemd als het gaat om de kleren van een keizer, ook al is dat hemd dan ruimschoots voldoende om de keizerlijke schaatste te bedekken? Ik denk van wel, maar mij is gevraagd de keizerlijke kledij in al zijn franje en overdaad aan een kritisch onderzoek te onderwerpen, en de rol van de huisarts bij 'lifestyle diseases' door middel van literatuuronderzoek nader te exploreren.

Om te beginnen: wat heet 'lifestyle

diseases'? Ziekten die het gevolg zijn van een bepaalde wijze van leven? Is niet iedere ziekte, voor wie althans niet denkt in een monocausaal ziektemodel, mede bepaald door de wijze van leven van de patiënt?

Neem als voorbeeld diabetes. Australische *Aboriginals* die in steden wonen, leiden veel vaker aan diabetes dan de blanken (25 versus 3 procent). Alcoholisme en werkloosheid komt onder hen veel vaker voor. Twintig van deze *Aboriginals* – sommigen met alcoholproblemen, met hypertensie en met diabetes – die de kunst van het overleven in de wildernis nog verstonden, werden voor enkele maanden 'teruggeplaatst' in de bush-bush. Na zeven weken was de diabetes bij de meesten van hen op geen enkele manier meer aantoonbaar. En van overmatig alcoholgebruik was geen sprake meer. De bloedingstijd van de *Aboriginals* in de wildernis nam toe; ze verloren gewicht; hun zelfvertrouwen groeide.¹

In de analyse van dit 'experiment' wordt gesteld dat het de *Aboriginals* in het steedse leven ontbreekt aan uitdaging en aan structuur. Het leven in de stad doet geen beroep op hun kennis en ervaring om te overleven. Maar bij het ontstaan van diabetes en overgewicht zou een 'thrifty gene' een rol spelen, dat bij de traditionele leefstijl van jager en verzamelaar – die van 'feast and famine' – overleving bevordert. Bij een westerse voeding met veel vet en veel loze calorieën leidt dat 'thrifty gene' tot diabetes en obesitas.

Ook het voorkomen van appendicitis zou weleens te maken kunnen hebben met de wijze van leven van mensen. Dat appendicitis laat in de vorige eeuw zo vaak voorkwam – veel vaker dan in het begin van de negentiende eeuw – verklaart *Heaton* door een betere hygiëne en een dalend aantal darminfecties bij kinderen: de virussen *triggeren* op wat oudere leeftijd – en anders dan bij hele jonge kinderen – een hyperplasie van het lymfoïde weefsel. Dit op zijn beurt leidt tot bacteriële superinfectie. De dalende incidentie van de laatste vijftig

jaar wordt dan verklaard met het gemiddeld geringer aantal bewoners per woning, waardoor de kans op darminfecties in de jeugd nog verder afneemt. Met deze theorie kan tevens worden verklaard waarom het dieet – en dan met name het eten van veel aardappels en in mindere mate het eten van veel suiker – van invloed is op het voorkomen van appendicitis: armoede in de westerse wereld wordt gekenmerkt door het eten van weinig vezelrijke voeding, veel aardappels en veel suiker.²

Leefstijlen

*The debate on lifestyles and the impact on health is an expression of the search for ways of meeting a new situation in which chronic conditions particularly cardiovascular disorders and cancer make up the bulk of morbidity, and psychological disorders such as depression and the repercussions of stress are becoming increasingly important.*³

Leefstijlen zijn concrete gedrags- en leefpatronen gebaseerd op waarden en normen. De gezondheidstoestand van een bevolking wordt bepaald door een reeks van dergelijke leefstijlen: roken, alcoholconsumptie, voeding, beweging, verkeer, werk en werkloosheid, technische ontwikkeling, milieuverontreiniging, samenlevings- en gezinsvormen. De relatie tussen deze verschillende leefstijlen zijn complex. De 'time-lag', de tijd die verstrijkt tussen expositie en expressie, is wisselend; de individuele keuzevrijheid loopt van leefstijl tot leefstijl sterk uiteen.⁴

Over wat onder 'lifestyles' moet worden verstaan, wordt uiteenlopend gedacht; er bestaat een samenhang tussen 'lifestyle' en sociaal-culturele factoren. Sommigen rekenen ook die sociaal-culturele factoren tot de 'lifestyle'. Het begrip is allerminst scherp afgebakend.

De meest schadelijke van de genoemde leefstijlen is het roken van tabak: volgens *Peto* is 30 procent van alle kankersterfte toe te schrijven aan roken, 35 procent aan voedingsfactoren (waarvan overigens slechts enkele procenten vermijdbare sterfte) en 3 procent aan alcohol.⁵ Het geschatte aantal overledenen als gevolg van roken is tien maal hoger dan het aantal dodelijke verkeersslachtoffers. In 1983 stierven 19.000 mensen als gevolg van roken, en werden om die reden 52.000 mensen in een ziekenhuis opgenomen. Daarvan stierven 7.000 mensen aan longcarcinoom; onder deze diagnose werden 14.000 mensen in dat jaar opgenomen. Voor alcohol was dit 821 overledenen, en 7400 opnamen.

Voor druggebruik lagen deze cijfers op 31 overledenen en 1300 opnamen.⁶

Het roken van tabak, overmatig alcoholgebruik en verkeerde voeding lijken, gemeten aan mortaliteit, de grootste boosdoeners te zijn. Daarom zal ik dit drietal 'lifestyles' de revue laten laten. Van de huisarts wordt verwacht dat hij de context van het probleem dat de patiënt hem voorlegt, in zijn beschouwingen betreft: het gezin, het werk, als oorzaak van riskante leefstijl, als bron van spanning ook. Ik zal mij in dit artikel tot stress beperken als voorbeeld van een schadelijke factor.

Zijn deze vier leefstijlen oorzaak van ziekte? Welke gevolgen heeft verandering van leefstijl voor de gezondheid van mensen? Welke invloed kan een huisarts uitoefenen op de verandering van de leefstijl? Aan de hand van literatuuronderzoek⁷⁻⁹ zal op deze vragen antwoord gegeven worden.

Roken

*It is difficult to stimulate the development of or change to a healthy lifestyle with traditional health education methods.*¹⁰

Dat het roken van tabak, zowel actief als passief, schadelijk is, staat niet meer ter discussie.^{5 11-14} De Nederlandse regering streeft ernaar dat het aantal rokers in 2000 zal zijn teruggebracht tot 20 procent van de bevolking (dat is nu ruim 40 procent), en dat de tabaksconsumptie zal zijn gehalveerd.¹⁵ Tot nu toe hebben deze overheidsvoornemens een verbijsterend gering effect op de Nederlandse arts. Anders dan in andere landen roken in Nederland degenen die toch bij uitstek als deskundigen zouden moeten worden beschouwd, de heren en dames medici, relatief meer dan de bevolking als geheel.^{16 17} Om de voorlichtingscampagne tegen het roken te citeren: 'Als arts geeft u patiënten het advies om met roken te stoppen. Als rokende arts geeft u ze tegelijkertijd het excuus om het niet te doen.'

Hallet vergeleek de rapportage van huisartsen in Engeland van hun eigen rookgedrag met rapportage betreffende hun interventies tegen het roken. Met name de artsen die sigaretten rookten, gaven minder antirook-adviezen en minder steun aan patiënten om met roken te stoppen.¹⁸

Is interventie door de huisarts dan werkelijk effectief?

'De grenzen van wat men aan effecten van de huidige interventiemethoden mag verwachten zijn bereikt. Er zijn

nieuwe benaderingen nodig om mensen ervan te weerhouden met roken te beginnen en er verslaafd aan te raken.'¹⁹

Ten Cate merkte al in 1973 op dat zijn adviezen tegen het roken zo weinig succes hadden.²⁰

Van de Rijdt-van de Ven startte in 1975 een groep van 22 rokers: drie weken na het stoppen van de groep zeiden slechts zes van de deelnemers nog niet weer gerookt te hebben.²¹

Huygen lichtte in 1977 zijn praktijk door op CARA. Zeven procent van de patiënten stopte dankzij de adviezen; 27 procent was minder gaan roken; bij 42 procent was het roken onveranderd doorgegaan en 24 procent was meer gaan roken. Huygen merkt op dat dit nadelig effect bij screeningsprogramma's terdege in overweging moet worden genomen.²²

Arentz beschrijft in 1981 zijn ervaringen met directieve therapie in de huisartspraktijk. Hij beschouwt de methode bij stoppen met roken en bij afvallen als 'nogal eens bruikbaar', en illustreert dat met casuïstiek.²³

Van Ree noemt in 1985 zijn project 'Preventie bij een verhoogd risico op hart en vaatziekten' geslaagd als researchproject. Maar na drie tot vijf jaar waren de effecten van de interventie met betrekking tot overgewicht, serumcholesterol en roken nauwelijks meer aantoonbaar. Het succes liep van praktijk tot praktijk zeer uiteen. Zestig procent van degenen die gestopt zijn met roken, houden dat ook vol. Maar ook in de controlegroep was het aantal niet-rokers sterk toegenomen, zodanig dat het verschil tussen controle- en interventiegroep na enige jaren niet meer aantoonbaar was.²⁴

Arentz beschreef in 1988 een cursus stoppen met roken volgens richtlijnen van de directieve therapie en met behulp van ontspanningsoefeningen. Hij noemt zijn resultaten 'vrij goed'. Maar over de tijdsinvestering laat hij zich niet uit.²⁵ Dat die aanzienlijk kan zijn, blijkt uit een verslag van een vergelijkbare aanpak bij slaapproblemen.²⁶

Uit Engeland komen, zo lijkt het, positievere berichten.

Russell beschreef al in 1979 hoe de huisarts door een mondeling advies in combinatie met het uitreiken van een folder 5 procent van zijn patiënten van het roken kon afbrengen. Dat moge dan wel geen hoog succespercentage zijn, maar doordat de huisarts zo'n groot deel van de bevolking bereikt, kan het effect van de interventie op populatieniveau toch zeer aanzienlijk zijn.²⁷

In een recente studie meldt Russell nog betere resultaten: als korte interventies door de huisarts worden ondersteund vanuit rokersklinieken, in combinatie met het gebruik van nicotinehoudende kauwgom, rapporteert na één jaar 13 procent van de patiënten gestopt te zijn met roken. Maar volgens metingen op cotinine, een nicotinederivaat in de urine, was dat slechts 8 procent. Nu was weliswaar niet gevraagd of de nicotinekauwgom nog werd gebruikt, maar de conclusie lijkt gewettigd dat er tussen wat rokers zeggen en wat ze doen, een aanzienlijk verschil kan liggen.²⁸⁻³⁰

De werkzaamheid van nicotinekauwgom moge als zodanig bewezen zijn, in de huisartspraktijk heeft het verstrekken ervan een zeer beperkte effectiviteit.³¹⁻³⁶

Rodenburg kwam vorig jaar in *Huisarts en Wetenschap* op grond van literatuurstudie tot de conclusie dat de huisarts die iedere patiënt met wie hij contact heeft, wijst op de gevaren van roken, effectieve actie voert.³⁷

Opmerkelijk is dat in 1979 slechts 0,3 procent van de controlegroep na een jaar gestopt bleek te zijn met het roken; in latere jaren lag dat percentage boven 10 procent.^{28 30} Dat roept de vraag op of niet andere factoren dan het advies van de huisarts van veel groter invloed zijn op de beslissing om te stoppen. In geen geval zijn de resultaten van Russell zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie.

In een Canadees onderzoek werd in 1982 het onderzoek van Russell herhaald. Het succespercentage lag in dezelfde orde van grootte als dat van Russell, echter niet alleen in de groepen die van hun huisarts adviezen hadden gekregen, maar ook in de controlegroep. Alleen maar advies geven als routine tijdens een willekeurig consult heeft slechts gering effect. Op z'n best helpt dat iemand die toch al half en half van plan was te stoppen, over een laatste drempel.³³

Verandering aanbrengen in een vast gedragspatroon vereist meer dan alleen maar passieve informatieoverdracht, zelfs als de motivatie hoog en de invloed van de omgeving sterk positief is; er zijn meestal verschillende methoden van gedragsbeïnvloeding voor nodig.¹⁰ Een aantal (mislukte) pogingen om te stoppen is eerder een voorbode van een grotere kans om er ooit eens vanaf te raken, dan van het tegendeel: *frappez, frappez toujours* lijkt een effectieve aanpak.³³

De huisarts kan ongetwijfeld bijdragen aan een betere gezondheid van de bevolking door alle patiënten die hij ziet, te adviseren met het roken te stoppen. De meeste rokers zullen zich weinig van dat advies aantrekken. Ook als hij zich zou beperken tot die patiënten bij wie de reden van komst aanleiding tot een dergelijk advies zou geven, zoals bij aandoeningen van de luchtwegen, maagklachten, zwangerschap en hart-vaatziekten, zou hij een aanmerkelijk deel van de populatie bereiken, naar schatting 25 procent. En juist 'kleine klachtjes' vormen een betere motivatie om te stoppen dan de grote risico's, kanker en hartinfarct.³⁷⁻³⁹

Alcohol

For most health problems a combination of approaches using all methods to change lifestyles and appropriate use of medical care will be necessary.¹⁰

Licht of matig alcoholgebruik beïnvloedt het sterfterisico niet.⁴⁰ Maar wie durft beweren dat overmatig alcoholgebruik niet schadelijk is voor de gezondheid?⁴¹⁻⁴³ Recent werd hypertensie aan het bekende lijstje van schadelijke gevolgen toegevoegd: in 10 tot 30 procent van de gevallen zou alcohol de enige oorzaak zijn van een (reversibele) hypertensie.⁴⁴

Er is sprake van verwarring in de terminologie: wanneer wordt iemand alcoholist genoemd? Is overmatig drinken een voorstadium van alcoholisme? Is in dit stadium de prognose niet veel gunstiger dan in latere stadia? Is het pessimisme, de scepsis van huisartsen niet een 'self-fulfilling prophecy': doordat ze de vroege, behandelbare stadia niet herkennen, zien ze slechts de therapieresistente late stadia, zo is dan de gedachtengang.^{45 46} Van het antwoord op deze vragen is afhankelijk of vroege opsporing en interventie zin heeft.

Zoveel is duidelijk, dat het bij alcoholisten en excessieve drinkers om zeer diverse problematiek kan gaan. Voor de ene patiënt zal deze therapie, voor de andere gene beter aanslaan. De vraag 'hoe doen ze het, en hoe komen ze eraf' is een rijke bron van onderzoek.⁴⁷ In ieder geval is herkenning van het probleem de noodzakelijke eerste stap op weg naar behandeling.

Over het natuurlijk verloop van alcoholproblematiek is nog maar weinig bekend. *Van Dijk* onderscheidt een aantal stadia: het eerste contact, de kennismaking, de experimenteerfase, het geïntegreerd gebruik, het excessief gebruik en

addictie.⁴⁸ Spontaan herstel komt in alle stadia voor, maar er mislukken nogal wat stoppogingen: slechts rond één op de vier probleemdrinkers heeft het wel eens geprobeerd, en van dat kwart is slechts een kwart erin geslaagd het voornemen daadwerkelijk ten uitvoer te brengen.⁴⁹

Het alfa en omega van alle hulp is 'het aanbieden en opbouwen van een draagkrachtige, begrijpende menselijke relatie. De houding en instelling moet enerzijds tolerant en acceptierend zijn, maar anderzijds duidelijk en consequent. Deze menselijke relatie is de onmisbare basis voor elke verdere vorm van hulpverlening. De hulp dient niet beperkt te worden tot de hulpzoeker alleen, doch er behoort ook, met medeweten en toestemming van de cliënt contact gezocht te worden met de sociale sleutelfiguren uit diens omgeving.⁴⁸

De positie van de huisarts in de gezondheidszorg stempelt hem tot sleutelfiguur bij de opsporing en behandeling van alcoholisten en probleemdrinkers, met name aan het begin van hun carrière. De Malt-test is daarvoor in de huisartspraktijk zeer wel bruikbaar en verdient in de setting van de eerste lijn de voorkeur boven andere tests.^{50 51}

Een onderzoek zoals van Russell met betrekking tot roken bestaat voor alcoholmisbruik (nog) niet. *Heather* kon geen effect aantonen van interventie door middel van het DRAMS-schema (Drinking Reasonable And Moderately with Selfcontrol).⁵² Dat zou samenhangen met de geringe omvang van de groep behandelde patiënten: gegeven de verwachte mate van effectiviteit van ingrijpen door de huisarts zijn ten minste 200 patiënten nodig voor follow-up om 95 procent kans te hebben om een 10

procent verschil in effectiviteit tussen de groepen aan te tonen op een significantieniveau van 5 procent.⁵³

De huisarts verkeert in een gunstige positie om probleemdrinkers met een korte carrière op te sporen en te behandelen. Het instrument om ze op te sporen, is aanwezig. Er zijn met betrekking tot de therapie naar de huidige inzichten vele wegen die naar Rome leiden. De literatuur is optimistisch over de effectiviteit van de behandeling. Het is bijna niet te geloven dat de activiteiten van de huisarts niet zouden bijdragen tot het terugdringen van alcoholmisbruik. Maar tot nu toe is het niet bewezen.

Voeding

Men as a rule find it easier to depend on healers than to attempt the more difficult task living wisely. (Dubos)

De invloed van het dieet op de kankersterfte is groot, zo weet *Peto* te argumenteren: hij schat die op 35 procent van de totale kankersterfte. Maar op de vraag welke dieetveranderingen van betekenis zouden kunnen zijn om kanker te voorkomen, moet hij het antwoord schuldig blijven: voorlopig moet de nadruk op research gelegd worden.⁵ In Nederland zou bij mannen 3 procent en bij vrouwen 6 procent van de kankersterfte aan voeding toegeschreven kunnen worden; in Amerika schat *Peto* de vermijdbare kankersterfte als gevolg van dieetfactoren, vooral overgewicht, op 2 procent.^{54 55}

In het verleden is veel gewicht gehecht aan zwaarlijvigheid als risicofactor voor hart-vaatziekten. Jarelang hebben huisartsen zich moeite getroost

Indicaties bepaling cholesterolgehalte (Cholesterolconensus)

- patiënten met klinische manifestaties van CAHZ;
- personen met een familieanamnese van CAHZ voor het 60-e jaar;
- personen met een familieanamnese van hyperlipidemie;
- personen met xanthomen, xanthelasmata en/of arcus lipoides voor het 40e jaar;
- personen met lipemisch (troebel) serum onder nuchtere omstandigheden;
- patiënten die lijden aan diabetes mellitus;
- personen met hypertensie;
- ter evaluatie van therapeutische maatregelen;
- op verzoek van de patiënt.

Richtlijnen Goede Voeding (Voedingsraad 1986)

- zorg voor gevarieerde voeding;
- wees matig met vet, met name met verzadigd vet, en zorg voor een voldoende voorziening met meervoudig onverzadigd vet;
- wees matig met cholesterol;
- zorg voor ruimere consumptie van complexe koolhydraten(zetmeel) en voedingsvezels, en voorkom een te frequent en te hoog gebruik van suikers (mono- en disacchariden);
- wees matig met alcohol;
- wees matig met keukenzout.

om mensen tot vermagering te motiveren. Huisartsen denken er uiteenlopend over, maar de meesten beschouwden nog in 1986 de begeleiding bij vermageren als hun taak.⁵⁶

De resultaten van al die inspanningen waren echter op langere termijn teleurstellend: medicamenten hebben geen invloed op het uiteindelijk succes;⁵⁷⁻⁵⁹ bij alle vormen van dieet moet rekening worden gehouden met ten minste 80-90 procent remissie van het op korte termijn geboekte resultaat. Dat is weliswaar een zelfde rendement, of zelfs nog iets hoger dan interventie door de huisarts bij roken, maar het bestaan van een matig overgewicht – een Quetelet Index <30 – heeft slechts geringe voorspellende waarde met betrekking tot het ontstaan van ziekte en vroegtijdig overlijden. En het schadelijk effect van matig overgewicht verdwijnt in het niet bij dat van roken. Waarom dan mensen gekweld met een dieet dat in de meeste gevallen tot mislukken gedoemd is en dat, als het al tot het gewenste effect leidt, nauwelijks gezondheidswinst oplevert?⁶⁰

Overgewicht is voor veel mensen mischien van grote sociale betekenis. bij de huidige stand van wetenschap het te echter veel eer om overgewicht ook als meest voorkomende chronische aandoening te beschouwen;⁶¹ uit geneeskundig oogpunt moeten we geen hoge prioriteit geven aan de bestrijding van overgewicht (uiteraard mits de Quetelet Index de 30 niet overschrijdt).

Dat er verband bestaat tussen een hoog cholesterolgehalte en de incidentie van arteriosclerotische hartziekten is zeker. En er bestaat ook geen twijfel meer over dat verlaging van de cholesterol zinvol is om dat risico te verminderen. Toch is screening niet nodig, zo oordeelde de Nederlandse cholesterol-concensusgroep. Alleen bij bepaalde risicogroepen heeft het bepalen van de cholesterolspiegels zin (*kader*).^{62 63}

Koffie is de laatste jaren herhaaldelijk in een kwaad daglicht gesteld. Er verschenen enkele overzichtsartikelen over dit onderwerp in de *British Medical Journal*. Prospectieve studies in de Verenigde Staten toonden wel een verband aan tussen veel koffie drinken en veel roken, een hoog alcoholgebruik, een hoog suikergebruik en hoge cholesterolspiegels. Een significant, van die bijkomende factoren onafhankelijk verband tussen overmatig koffiegebruik en hart-vaatziekten werd niet aangetoond.⁶⁴ En evenmin leidt koffiegebruik tot extra

risico op urineweginfecties, pancreascarcinoom, teratogenese, spontane abortus en fibrocystische mammopathie. En zelfs het uitlokken door koffie van hartritmestoornissen is, afgemeten aan toegenomen sterfte, niet aangetoond. Thee en koffie bevatten meer schadelijke stoffen dan cafeïne alleen; het bevat zelfs sporen naloxone. En gedecaffeïneerde koffie zou meer gastro-enterologische bijwerkingen geven dan gewone koffie.⁶⁵

Voor koffie is het goed uitgezocht: er is geen andere reden om koffie te ontraden dan dat de patiënt het niet verdraagt.

Moet de huisarts actief gezonde voeding aanprijzen bij patiënten, ook als hun klachten en problemen een dergelijk advies niet direct vereisen? Uiteraard moet de huisarts in staat zijn desgevraagd een advies te geven over het hoe en het waarom van goede voeding (*kader*), maar als het erom gaat het gedrag van de bevolking te veranderen, zijn benaderingswijzen als GVO effectiever.

Stress

*For some health problems we may decide that they must be endured in order to support values more important than health.*¹⁰

Dat stress kanker veroorzaakt, kan niet worden uitgesloten. Maar preventieve psychotherapie te adviseren aan – op grond van persoonlijkheidsaspecten te onderscheiden – risicogroepen moet bij de huidige stand van kennis als prematuur beschouwd worden. Psychotherapie bij kankerpatiënten lijkt, waar het gaat om een kwalitatieve verbetering van het leven van de patiënt, niet te moeten worden afgewezen, hoewel het verre van zeker is dat hiermee het verloop van de tumorgroei wezenlijk wordt beïnvloed.⁶⁶ Maar dat is uiteraard niets nieuws voor huisartsen die in de jaren zestig zoveel verwacht hebben van de psychosomatiek.

Vroon maakt duidelijk waarom het aan kennis ontbreekt: noch het begrip 'kanker', noch het begrip 'stress' is eenvoudig te operationaliseren. En als het al gebeurt, is het moeilijk om voldoende materiaal over een zodanig lange periode te verzamelen dat een conclusie mogelijk is. En tenslotte: de persoonlijkheid is niet bijzonder gevoelig voor drastische manipulaties.⁶⁷

Appels introduceert het begrip 'vitale uitputting' en stelt dat dit een factor van even grote prognostische betekenis is

voor infarctpatiënten als bijvoorbeeld ventriculaire ritmestoornissen.⁶⁸⁻⁷⁰

In recent Amerikaans onderzoek wordt erop gewezen dat geestelijke druk (veelal asymptomatische, 'stille') myocardischemie te weeg kan brengen,⁷¹ maar tot nu toe is nog niet aangetoond dat behandeling van symptomatische of asymptomatische ischemie de prognose voor de patiënt verbetert.⁷²

Onlangs werd een onderzoek beschreven waaruit bleek dat gemotiveerde huisartsen in staat zijn door middel van een groepstherapie een gunstig effect op hypertensie en op de sterfte aan cardiovasculaire hartziekten te bewerkstelligen.^{73 74}

Wat is eigenlijk de betekenis van stress voor ons leven? Hoe moeten we risicozoekend gedrag van mensen beoordelen? Zoveel is duidelijk dat spanning zoeken zeer bevredigend, en dat angst lonend kan zijn.⁷⁵ De huisarts kan op goede gronden mensen met hypertensie ontspanningsoefeningen adviseren, maar om mensen zonder meer uit preventieve overwegingen opwinding te verbieden, gaat onze competentie te boven.

Beschouwing

Of de huisarts tabaks- en alcoholverslaving in de bevolking effectief en efficiënt kan opsporen, staat ter discussie. Dat de huisarts nalaat alcoholgebruik en roken ter sprake te brengen als de klacht daartoe aanleiding geeft, is een omissie; dat staat niet ter discussie. In veel gevallen staat roken en overmatig drinken immers een adequate aanpak van problemen als hoesten en maagklachten in de weg. Als de patiënt niet kiest of niet kan kiezen voor een gezondere leefwijze, ontstaat een nieuw probleem. Het vormt geen alibi voor de huisarts om klachten en problemen van patiënten onvoldoende te analyseren.

De huisarts is in staat om mensen van het roken af te helpen. De kans dat dit bij een bepaalde patiënt inderdaad lukt, is weliswaar niet groot – hooguit 10 procent – maar als alle huisartsen zich er nu maar eens voor zouden inzetten, zou het effect op populatieniveau aanzienlijk zijn.²⁷ Maar niet alle huisartsen zetten zich ervoor in.

De verschillen tussen de ene huisarts en de andere zijn aanzienlijk.^{24 76} De huisarts vraagt niet systematisch naar het rookgedrag van zijn patiënt, zelfs als de klachten de vraag naar rookgedrag rechtvaardigen. Hetzelfde geldt voor het vragen naar alcoholgebruik.⁷⁷⁻⁸⁰

Brown *et al.* vonden dat slechts een derde van 92 onderzochte eerstelijnsartsen bij een simulatiepatiënt alcoholisme met zekerheid durfde vast te stellen.⁸¹

De computer kan misschien goede diensten bewijzen: of je nu mensen direct ondervraagt, hen een formulier laat invullen, of hen een interview per computer afneemt, alle drie de methoden leveren ongeveer even betrouwbare informatie met betrekking tot alcohol, roken en drugs.^{82 83}

Voor roken en alcoholgebruik ligt dat duidelijk. Veel minder duidelijk ligt het voor andere leefstijlen. Het ontbreekt ons in veel gevallen aan kennis om een gegrond oordeel te geven over wat voor iemand zonder verdere risicofactoren gezond en wat ongezond is. Ook als een bepaalde maatregel op populatieniveau effectief blijkt te zijn, kan het individuele nut gering zijn, leert ons de preventieparadox.⁸⁴ Vaak is het mogelijk om in samenspraak met de patiënt voor- en nadelen van een bepaalde leefstijl af te wegen tegen zijn motivatie tot verandering, en in dat individuele geval tot een richtlijn te komen.

De huisarts is niet de eerst aangewezen persoon om leefstijlen van de bevolking te beïnvloeden; daar zijn andere, efficiëntere en effectievere wegen voor: wetgeving, voorlichting en onderwijs. De huisarts moet problemen die mensen hem voorleggen, beoordelen: analyseren of een bepaalde wijze van leven de oplossing van die problemen misschien in de weg staat, en dan nagaan wat het voor de patiënt betekent, in positieve en in negatieve zin. Daartegenover stelt de huisarts zijn kennis en zijn kunde: welke geneeskundige risico's spelen een rol en welke mogelijkheden zijn er om de risico's te verminderen? Van geval tot geval moet de huisarts beoordelen of 'een gericht advies over de leefwijze gewenst is aan bepaalde (groepen van) patiënten die naar zijn oordeel een risico lopen; en of hij gewoonten en ontwikkelingen die de gezondheid kunnen beïnvloeden moet signaleren'.⁸⁵

Politiek getint naschrift

Leefstijl maakt mensen en hun gezondheidsrisico's ongelijk. 'Mijn stijl. Ik ben schipper op m'n eigen schuit. Ik eet gezond. Ik rook niet meer. Ik laat geregeld m'n bloeddruk even nakijken. Ik heb plezier in het leven.' Zo taterd de reclame het ons voor.

Maar je begint niet te roken, omdat je er plezier in hebt, maar om erbij te horen.⁸⁶ En wie in armoede leeft, werk-

loos is, geen uitzicht heeft op een baan, het gevoel heeft er niet meer bij te horen, rookt meer, drinkt meer, heeft verhoogde sterftekansen.⁸⁷⁻⁹⁴ Niets werkt zo verlamdend als geen grip meer hebben op je leven, zoals ook bleek uit het in het begin geciteerde onderzoek naar leefstijlen van Aboriginals.¹

'Lifestyle klinkt leuk, – of beter gezegd: hijgerig vlot – maar dan moet er ook wat te stylen zijn. Lifestyle vooronderstelt een keuze mogelijkheid. Maar hoeveel lifestyle blijft er over bij schaarste en tekort?'⁹⁵

Voor de keizer, voor de overheid ligt het anders, maar wij huisartsen kunnen ons beperken tot het hemd: dat is het oordeel over problemen die mensen hun huisarts voorleggen. En in dat oordeel is de leefstijl altijd aan de orde.

Vandaaruit kunnen we risico's signaleren: armoede, ziekte, gebrek. Vandaaruit kunnen we mensen wijzen op de vermijdbare risico's van een bepaalde leefstijl: roken, overmatig alcoholgebruik en, afhankelijk van reeds aanwezige risico's, misschien nog andere, zoals te veel, te vet, te zout eten. Dat past bij de werkwijze van de huisarts:

'Preventie: maak er curatie van.'⁹⁶

¹ O'Dea K. Aboriginal health and changes in lifestyle. *Aust Fam Physician* 1986; 15: 875-81.

² Heaton KW. Aetiology of acute appendicitis. *Br Med J* 1987; 294: 1632-3.

³ Anonymous. Life-styles and health. *Soc Sci Med* 1986; 22: 117-24.

⁴ Anonymous. Summary of the scenario-report on future health and lifestyles. WHO-Euro Seminar on health promotion december 9-12 1985, Noordwijk, The Netherlands.

⁵ Peto R. The preventability of cancer. In: Vessey MP, Gray M, eds. *Cancer risks and prevention*. Oxford: Oxford University Press, 1985.

⁶ Borst-Eilers E. De nota 2000 gewogen. In: Schrameijer F, e.a. *De nota 2000 ter discussie*. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1987.

⁷ Koeter-Kemmerling LG, Van Dijk JP, Middel LJ. Determinanten van gezondheid. Inventarisatie van Nederlands onderzoek naar leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

⁸ Meijman FJ. Register 1972-1986 van Huisartsen en Wetenschap. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

⁹ FAML. Family medicine literature index annual.

¹⁰ Haggerty J. Changing lifestyles to improve health. *Prev Med* 1977; 6: 276-89.

¹¹ Van Arkel WG, Sturmans F. Roken en ziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1081-5.

¹² Meijer JJM, Swaen GMH. Passief roken en longkanker. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 60-4.

¹³ Van der Velde WJ, Salvatore CM, Treffers PE. De invloed van roken tijdens de zwangerschap op de geboortepercentielen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1809-13.

¹⁴ Treffers PE, e.a. Roken en zwangerschap, een verwaarloosd gezondheidsprobleem. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1796-8.

¹⁵ Nota preventie hart- en vaatziekten. september 1987.

¹⁶ Adriaanse H, Van Reek J, Metsemakers J. Het rookgedrag van Nederlandse huisartsen in de periode 1977-1983. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2414.

¹⁷ Baan B. Strategieën ter bevordering van het roken. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1132-9.

¹⁸ Hallet R. Intervention against smoking and its relationship to general practitioner's smoking habits. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 565-7.

¹⁹ Levinthal H, Cleary PD, Jonkers R. Rookgedrag en de beïnvloeding daarvan. Een beschouwing over theoretische implicaties van onderzoek. In: Hayes RB, red. *Het roken van tabak*. Lochem: De Tijdstroom, 1984.

²⁰ Ten Cate RS. Resultaten van de tweede ronde van een periodiek geneeskundig onderzoek bij de 44-69 jarigen van een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1973; 16: 299-307.

²¹ Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Groeps-werk met patiënten uit huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1975; 18: 284-9.

²² Huygen FJA. Een praktijk doorgelicht op CARA. *Huisarts Wet* 1977; 20: 383-6, 435-7, 438-44.

²³ Arentz DH. Ervaringen met directieve therapie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1981; 24: 476-80.

²⁴ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 21-4.

²⁵ Arentz DH. Een cursus 'stoppen met roken'. *Huisarts Wet* 1988; 31: 11-3.

²⁶ Lukassen PLBJ. Een niet medicamenteuze behandeling van slaapstoornissen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 321-2.

²⁷ Russel MAH, et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979; ii: 231-5.

²⁸ Russell MAH, et al. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1983; 287: 1782-5.

²⁹ Russel MAH, et al. District programme to reduce smoking: effect of clinic supported brief intervention by general practitioners. *Br Med J* 1987; 295: 1240-4.

³⁰ Jamrozik K, et al. Controlled trial of three different anti-smoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984; 288: 1499-1503.

³¹ Van Ree JW. Nicotine houdende kauwgom om van het roken af te komen; ervaringen in een huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1931-3.

- ³² Jamrozik K, et al. Placebo controlled trial of nicotine chewing gum in general practice. *Br Med J* 1984; 284: 794-7.
- ³³ McDowell, et al. A randomized trial of three approaches to smoking cessation. *Can Fam Physician* 1985; 31: 845-51.
- ³⁴ Shaughnessy AF, Davis RE, Reeder CE. Nicotine chewing gum: effectiveness and the influence of patient education in a family practice. *J Fam Pract* 1987; 25: 266-9.
- ³⁵ Toennesen P, et al. Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. *N Engl J Med* 1988; 318: 15-8.
- ³⁶ Anoniem. Nicotine kauwgom als hulpmiddel bij het stoppen met roken. *Geneesmiddelen Bull* 1988; 22(5): 23-6.
- ³⁷ Rodenburg P. Roken en het stopadvies. 'Mag het, moet het, kan het?' *Huisarts Wet* 1987; 30: 280-3.
- ³⁸ Stewart OJ, Rosser WW. The impact of routine advice in smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 1051-4.
- ³⁹ Mertens E, Breteler M, Rombouts R. Intern verslag no. 3 Project stoppen met roken LISREL analyses van een model ter verklaring van de motivatie voor verandering van rokgedrag bij patiënten met harten longklachten. Utrecht: Academisch Ziekenhuis Utrecht, afdeling cardiologie 1987.
- ⁴⁰ Berreklouw S. Alcohol en ischaemische hartziekte [Referaat]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1490.
- ⁴¹ Brandt KH. Alcohol en de lever. *Huisarts Wet* 1976; 19: 14-6.
- ⁴² Roos J. Alcoholconsumptie als oorzaak van ziekten buiten de lever. *Huisarts Wet* 1976; 19: 21-3.
- ⁴³ Van Dijk WK. Het miskende beeld van de alcoholist. *Huisarts Wet* 1977; 22: 197-201.
- ⁴⁴ Saunders JB. Alcohol: an important cause of hypertension. *Br Med J* 1987; 294: 1045-6.
- ⁴⁵ Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Drinking patterns in general practice patients. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 354-7.
- ⁴⁶ Erckens ECG, Vastbinder RCM. Probleemdrinken en de rol van de huisarts. *Huisarts Wet* 1984; 27: 16-9.
- ⁴⁷ Edwards G. Which treatments work for drinking problems? *Br Med J* 1988; 296: 4-5.
- ⁴⁸ Van Dijk WK. De miskende alcoholist. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 1228-36.
- ⁴⁹ Knibbe RA, Gerritsen HFL. Kennis van opvattingen over hulpverlening aan probleemdrinkers. *Tijdschr Alcohol Drugs* 1985; 11: 55-60.
- ⁵⁰ Van Limbeek J. Een model voor de vroegtijdige diagnostiek van alcoholverslaving. *Huisarts Wet* 1986; 29(suppl 10): 23-7.
- ⁵¹ Neerken HS, Plomp HN. Screeningstests op alcoholisme- validiteit en bruikbaarheid in extra-murale settings. *Tijdschr Alcohol Drugs* 1987; 13: 203-15.
- ⁵² Heather N, et al. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problemdrinkers in general practice. The DRAMS-scheme. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 358-63.
- ⁵³ Anderson P. The DRAMS scheme in general practice [Letter]. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 511.
- ⁵⁴ Cleton FJ, Stuyt LJB, Schaapveld K. Kanker in Nederland 1985-2000. *Med Contact* 1987; 42: 1162-4.
- ⁵⁵ Coebergh JWW. Kankerpreventie in Nederland 1985-2005. *Med Contact* 1987; 42: 1201-4.
- ⁵⁶ Bakx JC, e.a. Huisarts en overgewicht. *Huisarts Wet* 1986; 174-7.
- ⁵⁷ Meyboom-de Jong B. Vetzucht. *Huisarts Wet* 1986; 29: 178-83.
- ⁵⁸ Mens J. Moeders voor snoepers? *Huisarts Wet* 1986; 29: 172-4.
- ⁵⁹ Saris WHM. Laagcalorische eiwitrijke voedingspreparaten bij adipositas. *Huisarts Wet* 1983; 26: 11-5.
- ⁶⁰ Lamberts H. Castigare necesse est? [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1986; 29: 166-7.
- ⁶¹ Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.
- ⁶² Anoniem. Cholesterolconensus. De stellingen toegelicht. *Hart Bull* 1987; suppl 1: 3-11.
- ⁶³ Erkelens DW. Cholesterol concensus in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1564.
- ⁶⁴ Stone MC. Coffee and coronary heart disease. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 154-7.
- ⁶⁵ Ashton CH. Coffee and health. *Br Med J* 1985; 295: 1293-4.
- ⁶⁶ Bouter LM, Keppel Hesselink M, Winubst JAM. Stress en kanker. *Maatschappelijke Gezondheids Zorg* 1984; 12(3): 6-11; 12(4): 26-31.
- ⁶⁷ Vroon PA. Ziekte en persoonlijkheid. *Metamedica* 1984; 63: 181-93.
- ⁶⁸ Appels A. Gedrag en hartinfarct. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 436-9.
- ⁶⁹ Meijler FL. Gedrag en hartinfarct [Ingezonden]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 800.
- ⁷⁰ Appels A. Vitale uitputting als voorloper van het hartinfarct. *Hart Bull* 1987; 18: 135-9.
- ⁷¹ Rozanski A, Bairey CN, Krantz DS, et al. Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1988; 318: 1005-12.
- ⁷² Selwyn AP, Ganz P. Myocardial ischemia in coronary disease. *N Engl J Med* 1988; 318: 1058-60.
- ⁷³ Patel C, Marmot M. Can general practitioners use training in relaxation and management of stress to reduce mild hypertension? *Br Med J* 1988; 296: 21-4.
- ⁷⁴ Erdmann Baer FWHM. Psychosociale factoren en coronaire hartziekten. *Hart Bull* 1988; 19: 67-9.
- ⁷⁵ Piët S. Het loon van de angst. *Baarn: Ambo*, 1987.
- ⁷⁶ Sytama S, Ormel J. Alcoholproblematiek: schattingen van de behandelde en de onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. *Tijdschr Alcohol Drugs* 1986; 12: 190-7.
- ⁷⁷ Van Dalen WE, Van der Eijk R. Het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de huisartspraktijk. *Tijdschr Alcohol Drugs* 1982; 8: 24-7.
- ⁷⁸ Boulton G, Williams A. Health education in the general practice consultation: doctor's advice in diet, alcohol and smoking. *Health Educ J* 1983; 42: 57-63.
- ⁷⁹ Van Busschbach JT, Verhaak PFM. Patiëntenvoorlichting bekeken. *Gezondheid en Samenleving* 1987; 8: 11-22.
- ⁸⁰ Reid A, et al. Detection of patients with high alcohol intake by general practitioners. *Br Med* 1986; 293: 735-7.
- ⁸¹ Brown RL, Carter WB, Gordon MJ. Diagnosis of alcoholism in a simulated patient encounter by primary care physicians. *J Fam Pract* 1987; 25: 159-64.
- ⁸² Skinner HA, Holt S. Early intervention for alcoholproblems. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 787-91.
- ⁸³ Skinner HA, et al. Lifestyle assessment: just asking makes a difference. *Br Med J* 1985; 290: 214.
- ⁸⁴ Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J* 1981; 282: 1847-51.
- ⁸⁵ Anoniem. Basistakenpakket. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- ⁸⁶ Muir G, Jamrozik K. Prevention of cancer by education; the case of smoking. In: Vessey MP, Gray M, eds. *Cancer risks and prevention*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
- ⁸⁷ Van Reek J, Van Zutphen WM. Sterfte naar sociale klasse bij volwassenen in Nederland sinds de 19e eeuw. *Bevolking en Gezin* 1985; 179-90.
- ⁸⁸ Smith R. More evidence on unemployment and health [Leading article]. *Br Med J* 1987; 294: 1074-8.
- ⁸⁹ Moser KA, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet* 1984; ii: 1384-8.
- ⁹⁰ Moser KA, et al. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *Br Med J* 1987; 294: 86-90.
- ⁹¹ Taitz LS, et al. Unemployment and child abuse. *Br Med J* 1987; 294: 1074-6.
- ⁹² Iverson L, et al. Unemployment and mortality in Denmark. *Br Med J* 1987; 295: 879-84.
- ⁹³ Coulter A. Lifestyles and social class: implications for primary care. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 533-6.
- ⁹⁴ Blaxter M. Evidence on inequality in health from a national survey. *Lancet* 1987; ii: 30-3.
- ⁹⁵ Sanders S. Een verwaarloosd uiterlijk is een typisch kenmerk van een naderende psychose; Tilburgse wetenschap stort zich op leefstijl. *De Groene Amsterdammer* 18-11-1987.
- ⁹⁶ Meijman F. Anticonceptiebegeleiding door huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 26(suppl 10): 10-4.