

# Is voedingsvoorlichting door de huisarts zinvol?

Louwrens Boomsma,  
Jaap van Binsbergen

## Inleiding

Op velerlei wijzen krijgen patiënten te maken met voedingsadviezen. Een deel van de vragen over voeding komt bij de huisarts terecht, maar de contactfrequentie voor voedingsvragen is nauwelijks vastgelegd.<sup>1</sup> Vaak wordt voedingsadvies ingebed in de behandeling van achterliggende aandoening, zoals bij diabetes mellitus en vervolgens uitbesteed aan de diëtist.<sup>2</sup> Het gezondheidsbevorderende effect van de trias: 'stoppen met roken, meer bewegen en gezonde voeding', is wetenschappelijk bewezen en genoegzaam bekend, maar dit advies wordt desalniettemin maar mondjesmaat opgevolgd.<sup>3-5</sup> Een van de oorzaken is dat het effect van dergelijke interventies pas op lange termijn te verwachten is. Het investeren in een goede gezondheid op relatief oudere leeftijd blijkt geen eenvoudige opgave. Het blijkt dat de 'gezonde' Nederlandse bevolking een voedingspatroon heeft dat aan kritiek onderhevig is: te vetrijk, te weinig koolhydraten, te veel energie, te weinig vezels en te veel zout.<sup>3</sup> Dankzij campagnes als 'Let op vet' is de bevolking zich daarvan weliswaar bewust, maar er bestaat een vertekend beeld ten aanzien van het eigen voedingspatroon.

Enerzijds is de doelgroep voor voedingsvoorlichting dus oneindig groot, anderzijds is de huisarts in de positie om een risicoschatting te maken en de longitudinale begeleiding ter hand nemen.<sup>6,7</sup>

## Samenvatting

Boomsma LJ, Van Binsbergen JJ. Is voedingsvoorlichting door de huisarts zinvol? *Huisarts Wet* 2001;44(13):620-3.

Het voedingspatroon van de bevolking komt niet overeen met de richtlijnen voor goede voeding. Voedingsinterventies werpen vooral hun vruchten af op populatieniveau, maar de winst voor het individu is moeilijk meetbaar. Huisartsen worden door patiënten gezien als deskundigen op het gebied van voeding, een positie waar gezondheidsvoorlichters belang aan hechten. De huisarts kan een risico-inschatting maken met de individuele patiënt en de voedingsvoorlichting daaraan koppelen, maar moet daarbij wel hooggespannen verwachtingen van de gezondheidswinst relativeren.

Louwrens J. Boomsma, huisarts, Parallelweg 17, 7442 EA Nijverdal;  
dr. Jaap J. van Binsbergen, huisarts te Brielle.

Correspondentie: L.J. Boomsma, e-mail: L.J.Boomsma611@12move.nl

In deze bijdrage gaan wij in op de volgende vragen:

- ▶ Wat is gezonde voeding versus ongezonde of riskante voeding?
- ▶ Welke effecten zijn te verwachten van interventies op voedingsgebied?
- ▶ Wat is de taak van de huisarts hierbij en hoe is deze af te grenzen?
- ▶ Welke informatiebronnen staan de huisarts ter beschikking?

## Gezonde Voeding

Het Voedingscentrum heeft op basis van de Richtlijnen Goede Voeding een aantal spelregels opgesteld.<sup>8</sup> Zij komen op het volgende neer:

*Let op vet.* Van de totale inname van energie zouden vetten 30 tot 35% moeten leveren. Met name de bijdrage van verzadigd vet is hier van betekenis (maximaal 10%). Uit de voedselconsumptiepeilingen blijken deze percentages te hoog (respectievelijk 36 en 14%) te liggen.<sup>3</sup> Daarbij gaat het om volvette producten als boter en margarine, kaas, vlees, vleeswaren en hartige snacks. Reductie van het gebruik van vet tot 30% leidt via de verlaging van het serumcholesterolgehalte tot een substantiële afname (5-20%) van coronaire hartziekten.<sup>3,9</sup> Het regelmatig gebruik van vis wordt in dit verband aanbevolen.<sup>10</sup>

*Eet meer koolhydraatrijk voedsel.* Het is van belang om toch genoeg energierijk voedsel binnen te krijgen, met name in de vorm van complexe koolhydraten als brood, rijst, pasta, peulvruchten en bijvoorbeeld aardappelen vanwege hun hoge voedingsstoffendichtheid.<sup>3,8</sup>

*Eet volop groente en fruit.* Toename van de consumptie van groente en fruit van de huidige hoeveelheid van 240 gram per dag naar de aanbevolen hoeveelheid van 400 gram zou een daling van het aantal gevallen van (colon)kanker kunnen geven van 7-31%. Ook is het aannemelijk dat er een daling van hart- en vaatziekten van 3-13% optreedt.<sup>11,12</sup>

*Wees zuinig met zout.* Het gebruik van keukenzout staat sinds jaar en dag ter discussie. De meest recente aanbevelingen zijn het gebruik niet boven de 9 gram per dag te laten uitkomen. Het zoutgebruik kan worden beperkt door met name zoutrijke, veelal kant-en-klare producten als soepen en sausen en hartige snacks te vermijden. Bij zoutgevoeligen leidt een relatief hoge zoutconsumptie tot verhoging van de bloeddruk. Uit onderzoek blijkt dat een verschil in natriumconsumptie van 5,8 gram keukenzout geassocieerd is met een verschil in systolische bloeddruk van

## De kern

- ▶ Het voedingspatroon correspondeert maar ten dele met de richtlijnen voor goede voeding.
- ▶ De huisarts wordt door de patiënt als deskundige op voedingsgebied beschouwd en door gezondheidsvoorlichters als belangrijke intermediair.
- ▶ De gezondheidswinst van voedingsinterventies kan op populatieniveau aanzienlijk zijn, terwijl de individuele patiënt er nauwelijks voordeel van heeft.
- ▶ De huisarts kan voedingsadvies koppelen aan een individuele risicoschatting en te grote verwachtingen van voedingsinterventies relativeren.

gemiddeld 5,8 mmHg bij hypertensieven en 2,3 mmHg bij normotensieven.<sup>13</sup>

*Drink voldoende.* De aanbevolen hoeveelheid is 1,5 liter per dag. Met name bij ouderen blijkt dit niet altijd gehaald te worden.<sup>14</sup> Het gebruik van meer dan twee alcoholische consumpties per dag dient ontraden te worden. De gunstige werking op hart- en vaatziekten bij een dergelijk matig alcoholgebruik lijkt vast te staan.<sup>15</sup>

*Let op het gewicht.* Overgewicht ten gevolge van een onevenwichtige energiebalans is verantwoordelijk voor tal van gezondheidsproblemen. Gestreefd dient te worden naar een Quetelet-index van 20-25 kg/m<sup>2</sup>. Overgewicht (Quetelet-index van 25-30 kg/m<sup>2</sup>) komt in Nederland voor bij 30-40% van de bevolking. Obesitas (Quetelet-index >30 kg/m<sup>2</sup>) wordt bij 7% van de mannen en 11% van de vrouwen gevonden.<sup>16</sup> Reeds met een relatief geringe daling van 5 tot 10% van het lichaamsgewicht wordt een substantiële gezondheidswinst bereikt.<sup>17</sup>

*Algemeen advies.* Eet gevarieerd en niet de gehele dag door.

## Effectiviteit

De bovengenoemde effecten van voedingsinterventies worden vooral op populatieniveau gemeten. Men maakt gebruik van het Populatie Attributieve Risico (PAR). Deze maat beschrijft welk deel van ziekte of sterfte in de populatie toe te schrijven is aan blootstelling aan een bepaalde determinant. Het PAR geeft tevens een theoretische schatting van de gezondheidswinst die kan worden behaald bij volledige eliminatie van de risicofactor. Echter tussen het PAR, de werkzaamheid onder optimale omstandigheden (*efficacy*) en de doeltreffendheid in de praktijk (*effectiviteit*) bestaan grote verschillen.<sup>3</sup>

Daarnaast is het voordeel op populatieniveau moeilijk te vertalen naar individueel niveau. Als voorbeeld kan men kijken naar een verhoogd totaal-cholesterolgehalte. Met voedingsinterventies is een reductie mogelijk van 10%. Daarmee correspondeert een afname van het risico aan sterfte door coronaire hartziekten in de populatie met 20-30%, en een absolute risicoreductie van ongeveer 3%.<sup>2</sup> Op individueel niveau neemt de kans om gezond te blijven toe van 89% naar 92%, een geringe winst.<sup>2</sup> Dit is een typisch voorbeeld van de preventieparadox: de 3% winst is op

populatieniveau wel van belang, maar de gezondheidswinst van 89% naar 92% is voor het individu nauwelijks relevant.

Het eten van de aanbevolen hoeveelheden groente en fruit zou de kans op colonkanker met ongeveer een derde reduceren; voor andere vormen van kanker ligt dit met 7 tot 10% lager. In combinatie met een reductie van de hoeveelheid verzadigd vet in de voeding van 14 naar 10 energieprocent komt men op een vermindering van 7000 gevallen van kanker en 2000 sterfgevallen door myocardinfarct.<sup>3</sup> Ook dit zijn weer getallen op populatieniveau, maar de te verwachten winst voor de individuele patiënt is onzeker.

Ook bij de beperking van het gebruik van keukenzout lijkt het populatie-effect veel groter dan de uitkomsten op individueel niveau.

Voor de vermindering van het lichaamsgewicht liggen de kaarten iets gunstiger. Een gewichtsdeling van 5 kg vermindert de bloeddruk met ongeveer 5 mmHg.<sup>2</sup> Tevens neemt het relatieve risico op diabetes mellitus type 2 af (RR 11,6% bij een Quetelet-index van 28 versus Quetelet-index 22).<sup>2</sup> Het handhaven van een ideaal lichaamsgewicht is alleen al ter voorkoming van het optreden van diabetes type 2 van eminent belang, nog afgezien van de verminderde kans op carcinomen en artrose.<sup>16,18</sup>

Bij patiënten met relatieve ondervoeding leidt het verbeteren van de voedingsstatus tot een aanzienlijke reductie van gecompliceerde ziektebeelden.<sup>19</sup>

Kortom: adviezen voor gezonde voeding werpen vooral op populatieniveau hun vruchten af, terwijl de resultaten voor het individu op het eerste oog minder lijken aan te spreken.

Een van de redenen waarom individuele voedingsvoorlichting stagneert, is het gebrek aan goed gedocumenteerd interventie-onderzoek. *Evidence-based medicine* put, bijvoorbeeld bij geneesmiddelenonderzoek, de bewijslast uit het bereiken van effecten op klinische eindpunten. Op het gebied van voedingsonderzoek ligt dat veel gecompliceerder. De heterogeniteit van de onderzoekspopulaties, de ingewikkelde interventie op zich zoals de wisselende hoeveelheden die gegeten worden of de niet constante samenstelling van de te onderzoeken voedingsproducten en de langdurige onderzoeksperiode alvorens enig effect meetbaar is, vergen een niet te verwezenlijken, kostbare onderzoeksopzet.<sup>20</sup> Gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek alleen lijkt aldus ontoereikend om het belang van de individuele voedingsinterventie naar klinische eindpunten boven water te krijgen. Naast de pathofysiologische achtergrond vormen intermediaire eindpunten en observationeel onderzoek de bewijslast voor het belang van individuele voedingsadvisering.<sup>16,21</sup> Op deze wijze wint de individuele voedingsvoorlichting aan betekenis.<sup>22</sup>

## Voedingsvoorlichting nu wel of niet door de huisarts en bij wie?

Gelet op het voorafgaande lijkt de rol van de huisarts inzake voedingsvoorlichting beperkt. De individuele effecten lijken immers mager en summier onderbouwd. Ook het in kaart brengen van de voedingsstatus van de individuele patiënt is verre

van eenvoudig.<sup>23</sup> Bovendien zijn tijd en kennis niet altijd beschikbaar.<sup>7,22,24</sup>

Toch is de huisarts beter dan wie ook in de positie om met patiënten een individuele risicoschatting te maken.<sup>25</sup> Het longitudinale karakter van de huisartsgeneeskunde levert een goede waarborg hoogrisicodragers in de praktijk te herkennen, op te sporen en te behandelen.<sup>6,7</sup> Juist bij deze groep zullen leefstijladviezen waarvan voeding een substantieel deel uitmaakt, van gewicht zijn.

Bij de individuele risicoschatting is vooral de familieanamnese van belang. Zo is een vrouw met in de familie diabetes mellitus type 2, met neiging tot overgewicht en die kinderen heeft die bij geboorte zwaarder dan 4000 gr waren een potentiële patiënt, die baat heeft bij gewichtsreductie en meer beweging.<sup>18</sup>

Ook op basis van leeftijd is een risicoschatting te maken. Het kan dan gaan om jonge kinderen met overgewicht,<sup>26</sup> of vrouwen rond de menopauze en ouderen in verband met osteoporose, hoewel de leeftijd niet de enige belangrijke factor is bij fractuurpreventie.<sup>27,28</sup> Ook zijn er bepaalde bevolkingsgroepen met specifieke risico's. Allochtonen bijvoorbeeld hebben een verhoogde vitamine-D-behoefte, en bij overgewicht een sterk verhoogd risico op diabetes mellitus.

Daarnaast komen patiënten met vragen over bijvoorbeeld diëten en voedingssupplementen die op adequate wijze moeten worden beantwoord temeer omdat zij huisartsen als bij uitstek deskundig op dit terrein beschouwen.<sup>29</sup>

Ook wordt betrokkenheid van huisartsen bij voedingskwesties gevraagd door gezondheidsvoorlichters, die weten dat populatiestrategieën gedoemd zijn te mislukken als de intermediären de onderhavige boodschap niet ondersteunen.<sup>30</sup>

Ook al is de gezondheidswinst voor het individu veel minder aansprekend dan voor de populatie, toch wordt van verschillende zijden de rol van de huisarts als voedingsvoorlichter benadrukt.

Uit onderzoek blijkt dat 70% van de huisartsen geïnteresseerd is in de relatie tussen voeding en gezondheid en erkent dat voedingsvoorlichting een onderdeel van het takenpakket van de huisarts is.<sup>31</sup> Het is duidelijk dat ook in de beroepsopleiding behoefte bestaat aan voedingsonderwijs.<sup>32</sup>

In de praktijk blijft de voedingsvoorlichting door huisartsen beperkt. Factoren als gebrek aan kennis en tijd, scepsis over de motivatie van patiënten hun voedingspatroon te veranderen, maar ook schroom inbreuk te maken op de privacy van de patiënten spelen hierbij een belemmerende rol.<sup>20</sup> Mogelijk is een deel van de voedingsvoorlichtingstaken (op termijn) te delegeren aan de assistente/praktijkverpleegkundige.

### Bronnen van informatie

Een van de voorwaarden voor een adequate voedingsvoorlichting door de huisarts is een op maat gesneden advies gekoppeld aan de diagnose.<sup>33</sup> Inmiddels zijn een aantal NHG-patiëntenbrieven aangevuld met voedingsvoorlichting. Daarnaast is er veel voorlichtingsmateriaal beschikbaar vanuit het Voedingscentrum, de Nederlandse Hartstichting en ook biedt de

tweemaandelijks uitgave van de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid de nodige informatie. Het tijdschrift *Voeding Nu* gaat maandelijks in op voedingsaspecten in de praktijk van alle dag. Ten slotte zijn er diverse nascholingsprogramma's op cd-rom beschikbaar.<sup>34</sup> Voor adressen zie *kader*.

Ongevraagd krijgt de huisarts ook de nodige 'informatie' via industrie of via de door de patiënt meegebrachte folders en internetuitdraaien. Deze moet men met een kritisch oog en gezond verstand beschouwen.

### Conclusie

Voedingsvoorlichting lijkt op het eerste gezicht vooral op populatieniveau zijn vruchten af te werpen; op individueel niveau lijken de effecten gering te zijn. De huisarts is echter in de positie om op indicatie voedingsadviezen aan de individuele patiënt te geven. Het gaat daarbij om interventie bij hoogrisicodragers. Daarnaast kan de huisarts overspannen verwachtingen van voedingsadviezen bij patiënten relativeren.

### Informatiebronnen voor voedingsvoorlichting

- ▶ NHG-patiëntenbrieven, NHG afdeling Voorlichting. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. ([www.aut@nhg-nl.org](http://www.aut@nhg-nl.org))
- ▶ Voedingscentrum, Postbus 85700, 2508 CK Den Haag ([www.voedingscentrum.nl](http://www.voedingscentrum.nl))
- ▶ Nederlandse Hartstichting, Postbus 300, 2501 CH Den Haag ([www.hartstichting.nl](http://www.hartstichting.nl))
- ▶ Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid (VoedingsMagazine), Postbus 6017, 3600 HA Maarssen ([www.voedingsmagazine.nl](http://www.voedingsmagazine.nl))
- ▶ Voeding Nu, uitgeverij Keesing Noordervliet, De Molen 82, 3995 AX Houten ([www.voedingnu.nl](http://www.voedingnu.nl))

### Literatuur

- 1 Van Dusseldorp M, Meeuws H, Van Kessel H, Hendriks L, Chin L, Bakx C. Frequentie van voedingsvragen op het spreekuur van de huisarts. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132:2325-8.
- 2 Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma T, Rosmalen CFH, Thomas S. NHG-Standaarden voor de huisarts. Deel I. Utrecht: NHG, 1999.
- 3 Gunning-Schepers LJ, Jansen J. Volksgezondheid Toekomst Verkenning Bilthoven: RIVM, 1997.
- 4 Landelijke enquête onderzoek leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1996.
- 5 Leese B, Bosanquet N. Family doctors and change in practice strategy since 1986. *Br Med J* 1995;310:705-8.
- 6 Gray DP. Dietary advice in British General Practice. *Eur J Clin Nutr* 1999;53S: S3-S8.
- 7 Van Weel C. Nutritional guidance in general practice – a conceptual framework. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(suppl 2):3S-8S.
- 8 Goede voeding. Den Haag: Voedingscentrum/Voorlichtingsbureau voor de Voeding, 1997.
- 9 Verschuren WMM, Jacobs DR, Bloemberg BPM, Kromhout D, Menotti A, Aravanis C, et al. Serum total cholesterol and long term coronary heart disease mortality in different cultures; twenty-five-year follow-up of the Seven Countries Study. *JAMA* 1995a;274:131-6.
- 10 Kromhout D. Visconsumptie en preventie van cardiovasculaire ziekten. *Hart Bulletin* 2000;31:87-90.

- 11 Law MR, Morris JK. By how much does fruit and vegetable consumption reduce the risk of ischaemic heart disease? *Eur J Clin Nutr* 1998;52:549-56.
- 12 Brouwer IA, Van Dusseldorp M, Eskes TKAB, Hautvast JGAJ, Steegers-Theunissen RPM. Verlaging van homocysteïneconcentraties in plasma bij gezonde vrijwilligers door voedingsfolaat uit groenten en fruit en door lage doses synthetisch foliumzuur. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1869-74.
- 13 Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. *Am J Clin Nutr* 1997;65 Suppl 2:643S-651S.
- 14 Voedingsraad. De voeding van de oudere mens. 's-Gravenhage: Voorlichtingsbureau voor de voeding, 1995.
- 15 Kannel WB, Ellison RC. Alcohol and coronary heart disease: the evidence for a protective effect. *Clinica Chimica Acta* 1996;246:59-76.
- 16 Mathus-Vliegen EM. Overgewicht. I. Prevalenties en trends. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:1982-9.
- 17 Pijl H, Meinders AE. Overgewicht. III. Gewichtsreducerende behandelingsstrategieën. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:1995-9.
- 18 Boomsma LJ, Stolk RP. Het insulineresistentiesyndroom: ook in de huisartspraktijk een relevant concept. *Huisarts Wet* 1999;42:602-4.
- 19 Naber THJ, Schermer T, Bree A. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997;66:1232-9.
- 20 Truswell AS. What nutrition knowledge and skills do primary care physicians need to have, and how should this be communicated? *Eur J Clin Nutr* 1999;53(Suppl 2):67S-71S.
- 21 Truswell AS. Levels and kinds of evidence for public health nutrition. Commentary. *Lancet* 2001;357:1061-2.
- 22 Worsley A. How to improve the impact of nutrition guidance by general practitioners: Public health versus individual patient? *Eur J Clin Nutr* 1999;53 (Suppl 2):101S-107S.
- 23 Little P, Barnett J, Kinmonth AL, Margetts B, Gabbay J, Thompsons R, et al. Can dietary assessment in general practice target patients with unhealthy diets? *Br J General Practice* 2000;50:43-5.
- 24 Kolasa KM. Developments and challenges in family practice nutrition education for residents and practicing physicians: an overview of the North American experience. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(suppl 2):89S-96S.
- 25 Bakx JC. Cardiovascular risk factors and subsequent disease in general practice. [Dissertatie]. Nijmegen, 2000.
- 26 Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001;357:505-8.
- 27 Lips P, Graafmets WC, Ooms ME, Bezemer PD, Bouter LM. Vitamin D supplementation and fracture incidence in elderly persons. A randomized placebo-controlled clinical trial. *Ann Intern Med* 1996;124:400-6.
- 28 Stalenhoef P. Falls in the elderly. A primary care-based study. [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.
- 29 Hiddink GJ, Hautvast JGAJ, Van Woerkum CMJ, Fieren CJ, Van 't Hof MA. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary-care physicians. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;65(Suppl):1974S-1979S.
- 30 Moore H, Adamson AJ, Gill T, Waine C. Nutrition and health care agenda: a primary care perspective. *Fam Pract* 2000;17:197-202.
- 31 Hiddink GJ, Hautvast JGAJ, Van Woerkum CMJ, Fieren CJ, Van 't Hof MA. Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement. *Eur J Clin Nutr* 1995;49:842-851.
- 32 Maiburg HJS, Hiddink GJ, Van 't Hof MA, Rethans JJ, Van Ree JJ. The NECTAR-Study: development of nutrition modules for general practice vocational training; determinants of nutrition guidance practice of GP-trainees. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(Suppl 2):83S-88S.
- 33 Van Binsbergen JJ, Drenthen AJM. ICPC-code approach of nutritional questions in general practice: a look at the future. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(Suppl 2):22S-24S.
- 34 Van Binsbergen JJ. Nutritional factors in Dutch family medicine: an inventory. *Suppl Am J Clin Nutr* 1997;65(Suppl):1967S-1973S.

## Intermezzo

### Bevallen op de maan

Wat ik intusschen gedurende mijn verblijf op de maan voor ongehoorde en verbijsterende dingen heb opgemerkt, ga ik nu uiteenzetten. En allereerst het feit dat men er niet van een vrouw geboren wordt maar van een mannelijk wezen; ze kennen inderdaad alleen een mannenhuwelijk en het woord vrouw is zelfs absoluut onbekend; tot den leeftijd van vijf en twintig jaar wordt iedereen ten huwelijk gevraagd; boven dien ouderdom kiest men zelf een levensgezel. Zwangerschap doet zich niet voor in den schoot, wel in den "kuitebuik": na de bevruchting gaat de kuit opzwellen; na eenigen tijd wordt ze opengesneden en het kind dood er uit gehaald: dat leggen ze dan buiten met open mond in de richting van den wind gekeerd, en zoo komt er leven in. (Uit: Loekianos. Waarachtige historien. Antwerpen: De Nederlandsche boekhandel, 1946).



Geboorte uit kuitbeen, van Aubrey Beardsley (1872-98), uit 'Lucian's True History', c. 1894. Privébezit/The Stapleton Collection/Bridgeman Art Library