

- en juridisering. In: Schuijt CJM, redactie. Tegendraadse werkingen. Amsterdam University Press, 1995.
- 4 Van Tol DG. Grensgeschieden. Een rechtssociologisch onderzoek naar het classificeren van euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde (proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen, 2005.
  - 5 Griffiths J. Legal knowledge and the social working of law: the case of euthanasia. In: Van Schooten H, editor. Semiotics and legislation. Liverpool: Deborah Charles Publications, 1999:99.
  - 6 Van Dam H, Peters M. Relevant. NVVE kwartaalblad 2001;27:14.
  - 7 Crul B. Lijdensweg door goed dokterschap. Med Contact 2001;56:235.
  - 8 LJN: AR5394, Rechtbank Breda, 1703/03. Bruntink R. De zaak Vencken. Relevant, NVVE kwartaalblad 2006(32);1.
  - 9 Van der Wal G, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Utrecht: De Tijdstroom, 2003.
  - 10 Kleijer DJ. "Het wordt geregeld...". Een onderzoek naar zelfregulering bij het staken of onthouden van een levensverlengende behandeling op Intensive Care in Nederland (proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen, 2005.
  - 11 Den Hartogh G. Mysterieuze cijfers. Med Contact 2003;58:1063-6.
  - 12 Rurup ML, Onwuteaka Philipsen BD, Van der Heide A, Van der Wal G, Van der Maas PJ, et al. Trends in gebruikte middelen bij euthanasie en samenhang met het aantal meldingen. Ned Tijdschr Geneesk 2006;150:618-24.
  - 13 Medisch Contact 2001;56(25).
  - 14 Melchior M. In de cel wegens verlichten van lijden. Med Contact 2004;47:1854-6.
  - 15 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslagen (1999-2005). Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie. [www.toetsing-commissies euthanasie.nl](http://www.toetsing-commissies euthanasie.nl).

# Richtlijnen goede voeding, 2006; verplichte kost voor de huisarts

Jaap van Binsbergen

## Historie

Reeds in 1847 publiceerde de beroemde hoogleraar Gerrit Jan Mulder (1802-1880) *De Voeding in Nederland in verband tot den volksgeest*. De aanbevelingen daarin gedaan waren opmerkelijk:

'Gebruik van een gevarieerde voeding. Met meer bonen en erwten in plaats van aardappelen voor de armen. Meer eiwitrijk voedsel voor de kinderen van de armen.' Terwijl de 'meer gegoeden' werd aanbevolen minder vlees en minder vet te gebruiken.

Opmerkelijk, omdat deze adviezen niet alleen aansluiten bij de hedendaagse opvattingen maar ook omdat toen al kwantitatieve adviezen golden die ook nu weer zijn ingevlochten.

Het duurde een kleine honderd jaar voordat in 1941 - midden in oorlogstijd - de volgende *Richtlijnen voor hedendaagse voeding*, en tot 1986 de eerste *Richtlijnen Goede Voeding*, naar buiten kwamen.

In december 2006 werd het Gezondheidsraadrapport *Richtlijnen goede voeding, 2006*, aangeboden.<sup>1</sup> In zijn dankwoord zei de minister blij te zijn dat er ook na de afgelopen jaren weinig ingrijpende veranderingen zijn. Het duidt aan dat de waarheid rond

genoemde Richtlijnen behoorlijk uitgekristalliseerd is en de burgers de laatste decennia niet verkeerd zijn voorgelicht.

Nadat ik zo'n 500 wetenschappelijke artikelen op het gebied van algemeen geldende voedingsadviezen had doorgewerkt, bleken de nieuwste, evidence-based *Richtlijnen goede voeding* aanzienlijk genuanceerder dan die uit 1986.

## Verschillen ten opzichte van 1986

Niet eerder werden kwantitatieve bewegingsadviezen gegeven. Het is opmerkelijk dat de gemiddelde energie-inneming van de gehele bevolking een dalende trend laat zien. De toename van het obesitasvraagstuk wordt aldus mede veroorzaakt door een (eveneens) dalende trend te bewegen.

Stringenter dan in het voorgaande rapport blijkt hier nog eens dat het bij de vetdiscussie in relatie tot hart- en vaatziekten alleen om het verzadigd vet en de transvetten in de voeding gaat.

Nieuw is ook de gekozen lijn om niet zozeer te kijken naar voedingsmiddelen of bestanddelen daarvan, maar naar voedingspatronen - fraai geïllustreerd aan het ontbreken van streefwaarden voor de hoeveelheid cholesterol, mono- en disachariden in de voeding. Immers een voeding die voldoet aan de gewenste vetzuursamenstelling zal vanzelf ook relatief weinig cholesterol bevatten. Wat mono- en disachariden betreft ontbreekt enerzijds voldoende wetenschappelijke onderbouwing, maar geldt anderzijds dat een voeding zonder hoogenergetische en lage nutriëntendichtheid bijna automatisch weinig suikers bevat en dus past in een voeding bij een positieve energiebalans. Bovendien is deze voeding van belang voor de preventie van cariës.

## Auteursgegevens

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof. dr. J.J. van Binsbergen, bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde

Correspondentie: [j.vanbinsbergen@hag.umcn.nl](mailto:j.vanbinsbergen@hag.umcn.nl)

Mogelijke belangenverstrengeling: JvB is bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde vanwege de Zuivelstichting en lid van de Commissie Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad.

Een ander voorbeeld is de aanbeveling de natriuminname van de circa huidige 10 gram per dag terug te brengen naar niet meer dan 6 gram. Door een voeding te gebruiken die rijk is aan groente, fruit en volkoren graanproducten, zonder allerlei kant-en-klaar toevoegingen, verbetert niet alleen het natriumgebruik maar ook de natrium/kaliumverhouding in de dagelijkse voeding in gunstige zin.

### Voor wie?

De *Richtlijnen goede voeding* zijn bedoeld voor de ogenschijnlijk gezonde bevolking vanaf de leeftijd van 12 maanden. Op deze leeftijd gaan kinderen immers geleidelijk over op de voeding van volwassenen. Wel dient rekening gehouden te worden met verschillen in voedingspatronen van verscheidene etnische groeperingen en verschillen in behoeften tussen subgroepen als zwangeren, ouderen, kinderen, individuen met geringe, matige of hoge lichamelijke activiteit. De aanbevelingen zijn gedifferentieerd voor personen met overgewicht ten gevolge van een positieve energiebalans.

### Hoe luiden de Richtlijnen?

Op de eerste plaats is het van belang zich te realiseren dat bij preventie van aan voeding gerelateerde chronische aandoeningen de totale voeding centraal staat. Een dagelijks voedingspatroon dat rijk is aan groente, fruit, volkoren graanproducten en plantaardige oliën en bovendien regelmatig vis en magere zuivel- en vleesproducten bevat, zal in combinatie met voldoende lichamelijke activiteit, matig alcoholgebruik en niet-roken de beste waarborg bieden op het verminderen van het risico op chronische ziekten. Dat geldt zeker als voedingsmiddelen met een hoge energie- en lage voedingsstoffendichtheid worden gemedend.

De aanbevelingen zijn onderscheiden in kwalitatieve en kwantitatieve. Bij deze laatste categorie wordt verschil gemaakt tussen personen zonder en met overgewicht.

### Voor personen met een stabiel en gezond lichaamsgewicht: voor volwassenen BMI: 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>; middelomtrek mannen < 94 cm en vrouwen < 80 cm, geldt:

- ▶ Op tenminste vijf – maar bij voorkeur op alle – dagen van de week minstens een half uur matig inspannende lichamelijke activiteit (fietsen, stevig lopen, tuinieren).
- ▶ Gebruik dagelijks 150-200 gram groente en 200 gram fruit.
- ▶ Gebruik een voeding die dagelijks 30-40 gram vezel afkomstig van groente, fruit en volkoren graanproducten bevat.
- ▶ Beperk het gebruik van verzadigde vetzuren tot maximaal 10 energieprocent en van transverzadigde vetzuren tot maximaal 1 energieprocent.
- ▶ Twee porties (100-150 gram) (vette) vis per week.
- ▶ Maximaal 7 eet/drinkmomenten per dag.
- ▶ Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 gram per dag.
- ▶ Indien men alcoholische drank gebruikt, beperk dit dan tot twee standaard glazen (mannen) of één standaardglas (vrouwen) per dag.

### Voor personen met een positieve energiebalans en een BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>, betekent dat:

- ▶ Verhoog de lichamelijke activiteit tot ten minste een uur matig inspannende activiteit per dag.
- ▶ Beperk zoveel mogelijk het gebruik van producten met een hoge energiedichtheid. Het gaat dan om producten met een hoog gehalte aan verzadigde en transverzadigde vetzuren en toegevoegde suikers (kale calorieën).
- ▶ Beperk het gebruik van dranken die suikers bevatten zoveel mogelijk.
- ▶ Beperk de portiegrootte.

### De vertaling naar de eettafel

Van *evidence-based* naar *food-based dietary guidelines*: de vertaling naar de praktijk van alle dag. Het Voedingscentrum is belast met het maken van handzaam voedingsvoorlichtingsmateriaal. Het blijkt altijd weer een verre van eenvoudige opgave de voedingstheorie in voedingsmiddelen om te zetten. Bovendien is het de vraag of, en zo ja hoe het Voedingscentrum de bewegingsadviezen uit de Richtlijn zal meenemen in de Schijf van Vijf.

### Wat heeft de huisarts aan dit rapport?

Op de eerste plaats vormen de uitgebrachte Richtlijnen de basis van elk voedingsadvies. Alle NHG-Standaarden, patiëntenbrieven en andere afgeleide voorlichtingsmaterialen als patiëntenfolders worden in nauwe samenwerking met het Voedingscentrum naar de nieuwste inzichten op voedingsinhoud tegen het licht gehouden en bijgewerkt.

Veel stringenter zijn de adviezen bij personen met overgewicht en daaraan gerelateerde pathologie. De gezondheidswinst, verkregen uit de reductie van overgewicht, is vergelijkbaar met die van stoppen met roken. Dat huisartsen bij dit laatste veranderingsproces een positieve bijdrage kunnen leveren, is onmiskenbaar aangetoond. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit voor voedings- en beweegadviezen niet ook zal gelden.

Daar de overheid nu ook in dit rapport - evenals bij stoppen met roken - aanbeveelt maatregelen ter bevordering van gezonde voeding en beweegpatroon te nemen, is het van uitermate groot belang dat alle actoren in het veld deze krachtig ondersteunen. Huisartsen zijn de belangrijkste spelers op het gebied van voeding en (on)gezondheid.

Een andere belangrijke reden om de *Richtlijnen goede voeding* paraat te hebben, is het kunnen weerleggen van allerlei stromingen en modieuze trends in voedingsland. Heeft de voedingsleer nagevoeg alle diëten afgeschaft, steeds weer duiken nieuwe superdiëten op die als zaligmakend worden gepresenteerd. Met deze Richtlijnen als maatlat kunnen zij de toets der kritiek doorgaans niet doorstaan. Het is uit voorlichtingskundig oogpunt bezien van groot belang dat huisartsen op uniforme wijze aan voedingsvoorlichting doen.

Ook voor de praktijkverpleegkundigen vormt dit rapport vanzelfsprekend het uitgangspunt van advisering. Het biedt houvast om bijvoorbeeld bij diabetes mellitus type 2 en cardiovasculair

risicomanagement de eerste motiverende gesprekken met patiënten te voeren. Motiverend, ter voorbereiding op gerichte verwijzing naar de diëtist. Overigens mogen beweegadviezen hier niet ontbreken.

Huisartsen, om een laatste voorbeeld te noemen, zien dagelijks alcoholgerelateerde pathologie. Het gebruik onder jongeren neemt schrikbarend toe. De Richtlijnen nemen een ferm standpunt in: alcoholgebruik onder de 18 jaar wordt ontraden.

Kortom: de *Richtlijnen goede voeding* vormen een gedegen basis voor adviezen op het gebied van voeding en bewegen. Hoewel deze Richtlijnen in beginsel geschreven zijn voor de 'ogenschijnlijk gezonde' populatie, vormen zij toch hét uitgangspunt van alle leefstijladvisering in de huisartsenpraktijk.

#### Literatuur

1 Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag, 2006. [www.GR.nl](http://www.GR.nl)

## Bij de NHG-Standaard Influenzapandemie

# Dreiging van een influenzapandemie: hope for the best, prepare for the worst

Wim Opstelten, Tjerk Wiersma, Lex Goudswaard

### Inleiding

Influenzadeskundigen waarschuwen al geruime tijd voor een influenzapandemie. Dergelijke pandemieën hebben in het verleden onze wereld geteisterd met tussenpozen van steeds enkele decennia.<sup>1</sup> 'De vraag is niet óf er een griep-pandemie uitbreekt, maar wanneer', aldus Lee Jong-wook, directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Anderen vinden echter dat de dreiging van een vooralsnog hypothetische wereldwijde griepgolf een niet-realistische angst onder de bevolking aanwakkert en leidt tot geldverslindende preventieve maatregelen, waarvan de beoogde effectiviteit onvoldoende onderbouwd is.<sup>2</sup> Volgens hen zou het geld beter kunnen worden besteed aan de bestrijding van werkelijke gezondheidsproblemen die in omvang en ernst een veel groter risico vormen. Een lastig dilemma.

Omdat de geschiedenis leert dat de gevolgen van een pandemie desastreus kunnen zijn en tot een extreem grote (over)belasting van de gezondheidszorg kunnen leiden, adviseert de WHO desalniettemin om wereldwijd nu al voorbereidingen te treffen voor het geval zich een pandemie voordoet. In Nederland heeft het bureau Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM draaiboeken opgesteld voor het beleid bij een dreigende en een manifeste influenzapandemie.<sup>3</sup> In navolging hiervan en op

verzoek van het ministerie van VWS heeft het NHG een standaard over dit onderwerp opgesteld, die onlangs werd gepubliceerd.<sup>4</sup> Huisartsen zullen bij een pandemie immers in de frontlinie staan en een cruciale rol vervullen bij de beoordeling, behandeling en verwijzing van slachtoffers van een nieuw pandemisch influenza-virus.

### Nieuw influenzavirus

Een influenzapandemie wordt veroorzaakt door een influenza-A-virus dat, door een zogeheten *antigene shift*, genetisch zo radicaal veranderd is, dat daartegen (vrijwel) geen weerstand bestaat onder de bevolking. Wanneer dit virus ook nog gemakkelijk van mens op mens overdraagbaar is, dan is mondiale verspreiding mogelijk met een influenzapandemie tot gevolg. Sinds een aantal jaren richt de aandacht zich vooral op het H5N1-influenzavirus. Tot op heden is efficiënte mens-op-mensoverdracht van dit virus echter niet beschreven. Sceptici menen dat genetische veranderingen om deze eigenschap te verkrijgen onwaarschijnlijk zijn, omdat het virus niet in staat is gebleken om deze in de afgelopen tien jaar te verwerven. Echter, ieder influenza-A-virus waartegen geen weerstand (meer) bestaat, kan tot een pandemie leiden. Zo zou ook de herintroductie van het H2N2-virus, dat in 1957-1958 de Aziatische griep veroorzaakte, weer tot een influenzapandemie kunnen leiden.

### Gevolgen van pandemie

Niet alleen het optreden, maar ook de gevolgen van een influenzapandemie zijn moeilijk in te schatten. Onlangs raamden Amerikaanse onderzoekers op basis van een analyse van gegevens ten tijde van de Spaanse griep (tot op heden de ernstigste influenzapandemie), dat een gelijksoortig pandemisch influenza-virus als in 1918-1920 in 2004 62 miljoen sterfgevallen zou hebben

### Auteursgegevens

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Lomanlaan 103, 3502 GE Utrecht: dr. W. Opstelten, dr. Tj. Wiersma en dr. A.N. Goudswaard, huisartsen

Correspondentie: [w.opstelten@nhg-nl.org](mailto:w.opstelten@nhg-nl.org).

Mogelijke belangenverstrengeling: WO is een van de auteurs van de NHG-Standaard Influenzapandemie.