

praktijk

Special

Lifestyle chronisch zieken 3 | 18

Wat is gezond? | Voeding als medicijn | *Coaching on the job*
voor up-to-date diabeteszorg | Gezelligheid verhoogt de eetlust

Gezond eten en bewegen dragen bij aan een gezonde leefstijl. Dat is een open deur. Maar in hoeverre zijn of worden deze thema's geïntegreerd in de zorg voor de patiënt, met name bij chronisch zieke patiënten. Welke rol spelen voeding en bewegen in de behandeling en welke invloed kan leefstijl daadwerkelijk hebben op de gezondheid, op een aandoening en op het herstel. In deze uitgave willen we dieper ingaan op de relatie tussen leefstijl en zorg bij chronische patiënten vanuit verschillende invalshoeken.



Praktijk is ook
digitaal te lezen:
[www.mumc.nl/
verwijzers](http://www.mumc.nl/verwijzers)

Colofon Praktijk is een uitgave van het Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) **Ontwerp en grafische vormgeving** Strategyminds, Maastricht
Redactie Hans Fiolet, Liesbeth van Hoef, Ber Huijnen, Jean Muris, Caroline Robertson, Geertjan Wesseling, Ingeborg Wijnands, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds **Eindredactie** Liesbeth van Hoef **Fotografie** Appie Derks, Alf Mertens.
Druk Pietermans Lanaken
Suggesties voor de redactie? Bel of mail Ellen Kennes, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, telefoon 043 387 44 58, e-mail ellen.kennes@mumc.nl

Inhoud

- 03 Gezelligheid verhoogt de eetlust
- 04 Wat is gezond?
- 06 De winst van bewegen met COPD is evident
- 08 Niet de artrose maar de patiënt staat centraal in de behandeling
- 10 Iedereen kan stoppen met roken! Liever vandaag dan morgen
- 13 Uit de Praktijk
- 14 'Coaching on the job' voor up-to-date diabeteszorg
- 16 Kort nieuws
- 17 Eten is gedrag. En gedrag kun je beïnvloeden
- 18 Voeding als medicijn
- 20 Column Mara de Graaf, Wethouder gemeente Maastricht. Een gezonde levensstijl

De Huisartsen Service Desk telefoon 043 387 44 80

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



PERSOONLIJK

Prof. dr. Jos Schols is hoogleraar ouderengeneeskunde aan de Universiteit Maastricht en adviseur van de Raad van Bestuur van Envida.

Gezelligheid verhoogt de eetlust

De landelijke prevalentiemeting zorgkwaliteit (LPZ) geeft al jaren aan dat zo'n 15% van de ouderen die thuis wonen, ondervoed is. Ondanks verbeterprogramma's blijft dit percentage onveranderd. Jos Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde, pleit voor structurele én meer genuanceerde aandacht voor de voedingszorg. "Willen we bereiken dat ouderen langer thuis wonen, dan moeten we ervoor zorgen dat ze goed blijven eten en drinken, zodat de motor kan blijven lopen." De eerste stap in de strijd tegen ondervoeding is volgens Jos Schols de vroegtijdige detectie van kwetsbaarheid. "Wij zijn geneigd om zorgvragen alleen medisch te benaderen, maar thuiswonende ouderen kunnen om allerlei redenen minder goed gaan eten en functieverlies vertonen. Vaak ontstaan de problemen sluipend. Maar, dan komt een oudere plots in het ziekenhuis terecht en blijkt dat er sprake is van een slechte voedingstoestand. Op dat moment is het lastig om iemand weer snel goed aan het eten te krijgen, is er vaak al sprake van een ernstig verminderde weerstand en is zelfstandig wonen bijna geen optie meer. Dit is te voorkomen als we in onze ouderenzorg consequent aandacht

besteden aan goede voeding en daarbij ook sociale, psychische en omgevingsfactoren meenemen. Is er sprake van eenzaamheid. Is iemand mobiel genoeg om nog boodschappen te doen? Lukt het wel om zelfstandig te eten? Hoe zit het met de mondhygiëne?"

"Goede voedingszorg vraagt om een multidisciplinaire aanpak van huisarts, wijkverpleegkundige, diëtist, logopedist, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut en tandarts. Daarnaast werkt het om van het eten elke dag een feestje te maken. In steeds meer zorgcentra koken ouderen weer mee en wordt aandacht besteed aan de maaltijdambiance. Thuiswonende ouderen kunnen vaak met leeftijdsgenoten samen eten in een huiskamer in de wijk of in een zorgcentrum. Onderzoek onderstreept dat mensen die gezellig samen eten, daadwerkelijk beter eten. Als thuiswonende ouderen dan ook nog uitgedaagd worden om naar een wijkcentrum te gaan, komen ze meteen meer in beweging. Zo werken ze zelf aan een vermindering van hun kwetsbaarheid."



Dr. Alie de Boer is voedingswetenschapper, universitair docent op de Campus Venlo van Maastricht University en oprichter van het Food Claims Centre in Venlo. Haar aandachtsgebied is levensmiddelenwetgeving.

PERSOONLIJK

Wat is gezond?

De schappen staan vol met gezonde voedingsmiddelen. Met eiwitten verrijkte kwark, superfoods, blijf kip-eieren, noem maar op. Sinds de marketing de voedingsmiddelenindustrie in zijn greep heeft, is het lastig vast te stellen wat wel en niet gezond is. Klopt de informatie op de etiketten? Hoe betrouwbaar zijn voedingshypes? En wanneer slik je nu wel/geen supplementen? Deze vragen zijn een kolfje naar de hand van voedingswetenschapper Alie de Boer. Zij heeft het Food Claims Centre opgericht om wetenschappelijk aan te kunnen tonen of voeding (juridisch gezien) veilig en/of gezond is.

Hoe eerlijk is de informatie die we via de etiketten krijgen?

“We kunnen ervan uitgaan dat er geen grote leugens meer op staan. Na de BSE-crisis, zo’n 18 jaar geleden, is de Europese wet- en regelgeving op dit vlak verbeterd. De wet geeft aan hoe fabrikanten hun etiket moeten opbouwen en welke voedingswaarden zij moeten vermelden. Fabrikanten zijn hier ook transparant in, maar dat wil niet zeggen dat de consument de informatie begrijpt. Je moet iets van voeding weten wil je de voedingswaarden goed kunnen interpreteren. Uitzondering op de regel vind ik de allergeneninformatie; die wordt duidelijk vermeld.”

Kijkt de wet ook mee naar de voedingshypes?

“Wel als het om certificering gaat. De symbolen van ‘Beter Leven’ of biologische producten geven aan wat je kunt verwachten. Alleen willen consumenten biologisch nogal eens verwarren met gezond. Het heeft niets met elkaar te maken. Los daarvan is het helaas zo dat iedereen iets kan roepen over voeding en dat dergelijke anekdotes vaak massaal als bewijs worden aangenomen. Dat koolhydraten slecht en gojibessen goed zijn, of dat je vijf eieren per dag moet eten... Niet alle trends zijn trouwens leugens; blauwe bessen zijn bijvoorbeeld zeker gezond, maar

het zijn geen ‘superfoods’. Die bestaan niet. Als een foodblogger betaald wordt om een product te promoten, moet dat overigens aangegeven worden. Dat eist de wet dan weer wel.”

Waar komt de hype vandaan om vitamine B te slikken? En kleven daar risico’s aan voor chronisch zieken?

“Als je gevarieerd eet en voldoende beweegt, heb je geen supplementen nodig. Behalve als je in de winter weinig buiten komt, dan kun je vitamine D slikken. Vrouwen die zwanger willen worden of zwanger zijn wordt aangeraden om in de eerste drie maanden van hun zwangerschap foliumzuur te slikken. En veganisten en strenge vegetariërs worden geadviseerd om supplementen die vitamine B12 bevatten te slikken. Sinds in het nieuws is dat vitamine B12 bij deze groep helpt bij een vermoeid gevoel, zijn mensen massaal in de vitamine B-supplementen gedoken. Als je gevarieerd en ook dierlijke producten eet, is dit niet nodig

Wat is dan wel verstandig?

“Zeker als je medicijnen slikt, adviseer ik mensen om hun voedingspatroon en het gebruik van supplementen met hun huisarts of apotheker te bespreken. Het is bekend dat sommige voedingsstoffen het effect van medicatie in de weg kunnen staan. We weten bijvoorbeeld dat grapefruit stoffjes bevat die ervoor zorgen dat antibiotica sneller of juist langzamer afgebroken wordt en dus korter of langer dan voorgeschreven is, in het lichaam werkzaam kan zijn. Supplementen kunnen hetzelfde effect hebben. Daar moet je rekening mee houden. Bij een gezonde leefstijl gaat het om het totaalplaatje, waarin je nadenkt over wat voeding en beweging voor je doen en hoe je je gezondheid ermee kunt optimaliseren.”

Lees ook de blog van Alie de Boer over Verstandig eten en boodschappen doen op www.gezondidee.mumc.nl.

Aantal vitamine B-testen in het Maastricht UMC+ aangevraagd door huisartsen in de regio Maastricht/Heuvelland tussen 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Vit B1	219	270	257	412	499	487	373
Vit B6	245	307	292	431	521	500	388
Vit B12	6.879	12.375	12.007	11.232	12.351	13.102	12.711

Bron: Centraal Diagnostisch Laboratorium Maastricht UMC+

De **winst** van bewegen met COPD is evident

Vanaf 1 januari wordt fysiotherapie voor COPD-patiënten opgenomen in de basisverzekering. Hoe het programma er uit komt te zien, is bij het ter perse gaan van dit magazine nog niet duidelijk. Wel staat vast dat bewegen voor patiënten in de COPD-categorieën 2 tot 4 meerwaarde heeft. Zij blijven dan langer actief.

Toen Annemieke Fastenau in 2010 startte met haar onderzoek naar de meerwaarde van bewegen voor COPD-patiënten werd de winst hiervan nog voornamelijk toebedeeld aan patiënten in de zwaardere categorieën: Gold 3 + 4. “Deze groep kwam in aanmerking voor intensieve longrevalidatie”, licht Annemieke toe. “Voor patiënten met lichte of matige COPD was er niets, buiten medicatie en een advies om te stoppen met roken en te gaan bewegen. Voor de classificatie van COPD werd lange tijd ook alleen gekeken naar de longfunctie. Inmiddels weten we dat er meer aan de hand is en dat COPD ook effect heeft op botten en spieren. Die kun je in conditie houden. Met COPD heb je twee keuzes: leven met zieke longen in een ziek lichaam óf in een gezond lichaam. Aan dit laatste kun je werken.”

Bewegen met lotgenoten Het Maastrichtse beweegprogramma dat onder de vlag van Annemieke en andere fysiotherapeuten van de werkgroep COPD van Fy’net (vereniging van fysiotherapeuten uit Maastricht-Heuvelland) werd ontwikkeld en

uitgevoerd, richt zich op patiënten met lichte en matige COPD. “De praktijk leert dat deze mensen door hun toenemende kortademigheid steeds minder actief worden en daardoor geleidelijk functionaliteiten verliezen. Vaak zonder dat zij dat zelf in de gaten hebben. Deze negatieve vicieuze cirkel kun je doorbreken, door al in het beginstadium van COPD te investeren in het opbouwen van conditie en spierkracht, en het verminderen van de mate van kortademigheid. Mijn onderzoek onderstreepte de verwachtingen: patiënten die twee maal per week intensief trainen, krijgen een betere conditie en spierkracht. De kwaliteit van hun leven neemt daardoor toe. Daarbij werkt het lotgenotencontact mee. COPD-patiënten weten als geen ander hoe het voelt om door kortademigheid heen te moeten bewegen. Zij kunnen elkaar bij uitstek motiveren om door te zetten.”

Huisartsen in de regio kunnen hun COPD-patiënten verwijzen naar een fysiotherapeut voor een gericht beweegadvies. Dit eerste consult wordt vergoed door de ketenfinanciering in Maastricht-Heuvelland.

Vanaf 2019 wordt ook het beweegprogramma vergoed. Kijk voor meer informatie op www.kngf.nl/actueel/nieuws/2018/juni/meer-ruimte-preventie.html.



PERSOONLIJK

Dr. Annemieke Fastenau is fysiotherapeut bij gezondheidscentrum De Heerderrein, bewegingswetenschapper en docent aan de huisartsopleiding van het Maastricht UMC+. In 2015 promoveerde zij op 'De effectiviteit van een beweegprogramma voor patiënten met COPD in de eerste lijn'.



Erwin Claassen is manueel- en fysiotherapeut en mede-eigenaar van Claassen en Cools praktijk voor fysio- en manuele therapie in Cadier en Keer. Hij werkte mee aan het Zorgplan Artrose.

PERSOONLIJK

Niet de artrose, maar de patiënt staat **centraal** in de behandeling

De behandeling van artrose gebeurt op basis van het Zorg-model Artrose multidisciplinair. Een nieuwe ontwikkeling in het traject is dat er minder naar de beperking wordt gekeken en meer naar de stappen die gezet kunnen worden om de vitaliteit en veerkracht van de patiënt in zijn totaliteit te verbeteren.

“Artrosezorg is ‘stepped care’”, legt Erwin uit. “De insteek is patiënten zo lang mogelijk in de eerste lijn te behandelen en te starten met de minst ingrijpende vorm. Naarmate de zorgbehoefte toeneemt, neemt de intensiteit van de behandeling toe met als mogelijk laatste stap bijvoorbeeld een gewrichtsvervangende operatie. Om deze stap zo lang mogelijk uit te stellen, investeren we aan het begin van het traject meer in voorlichting én in een goede samenwerking met de tweede lijn; samen zorgen we ervoor dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Daarbij willen we patiënten slimmer maken en inzicht geven in de instrumenten die zij zelf in handen hebben om zowel fysiek als mentaal aan een positieve gezondheid te blijven werken. Dit is belangrijk omdat we bij artrosepatiënten vaak met complexe zorgvragen te maken hebben waarbij ook sprake kan zijn van COPD en/of diabetes en/of hartfalen. Door niet de ziekte, maar het welbevinden centraal te stellen kunnen we aan een betere kwaliteit van leven werken.”

Functiegericht “Artrose vraagt om maatgericht advies. Bewegen is belangrijk – dat geldt voor alle chronisch zieken –, maar

een beperking aan de knie, heup of rug kan behoorlijk belemmerend werken. Met oefentherapie en soms manuele interventies kun je het merendeel van de patiënten weer snel op de been krijgen, zodat zij zelfstandig verder kunnen. Daarin ligt de focus op verbetering van hun conditie, spierkracht en weerbaarheid. Iemand die goed in zijn vel zit kan meer aan, ondanks fysieke beperkingen. De oefeningen zijn functioneel en vooral gericht op dagelijkse activiteiten. Is er thuis een trap die overwonnen moet worden? Heeft iemand hulpmiddelen nodig om een pot te openen? Is er sprake van beweegangst of van over- of ondergewicht? Vanuit verschillende disciplines zetten we de juiste ondersteuning in zodat patiënten thuis zelfstandig vooruit kunnen. De therapie vindt naast individuele begeleiding soms ook in een oefengroep plaats en in de toekomst mogelijk als voorkeur individueel bij patiënten thuis.”

Oefentherapie bij artrose wordt deels vergoed uit de basisverzekering. Op de website van [Fy'net](#) (de vereniging van eerstelijns fysiotherapeuten uit de regio) staat onder het kopje ‘Aangesloten Fysiotherapeuten’ welke praktijken COPD- en/of artrosezorg verlenen.

Karin Bessems begeleidde als praktijkondersteuner en transmuraal longverpleegkundige patiënten met COPD en astma, onder meer in de groepspraktijk Dr. van Kleef in Maastricht. Een van haar aandachtspunten was mensen begeleiden bij stoppen met roken.

PERSOONLIJK



Iedereen kan **stoppen!**

Liever vandaag dan morgen

Het negatieve effect van roken en alcohol op de gezondheid is bekend. Zeker chronisch zieken hebben er baat bij om gezonde leefgewoonten erop na te houden, zonder alcohol en sigaretten. Een alcoholverslaving vraagt vrijwel altijd de expertise van een verslavingsdeskundige om onderliggende problematiek aan te pakken. Hulp bij het stoppen met roken is dichterbij. Karin Bessems heeft als praktijkondersteuner bij Gezondheidscentrum Van Kleef ongeveer 25 mensen per jaar van de sigaret af geholpen. Een op een en met succes.

Waarom lukt het de een wel en de ander niet om te stoppen met roken? Karin Bessems kan niet precies aangeven waarom zij er wel in slaagt zoveel mensen van de sigaret af te helpen. "Er ligt geen kant-en-klaar plan," vertelt zij, "wel heb ik mij een aantal technieken eigen gemaakt die werken. Motivational Interviewing Counseling is er een van. Deze directieve, cliëntgerichte gesprekstechniek wordt de laatste tien jaar veel ingezet in de begeleiding bij het veranderen van leefgewoonten. Elk traject start met een intake waarin je door de juiste vragen te stellen de patiënt wil laten reflecteren op zijn of haar leefgewoonten. Het doel hiervan is inzicht in het eigen gedrag te krijgen en vanuit dat inzicht de kracht te vinden om te veranderen. Vaak komen mensen bij mij met de vraag of ik hen, net zoals iemand die zij kennen, kan laten stoppen. Nee, zeg ik dan, dat kan ik niet, dat moet je zelf doen."

Naast de patiënt "Ik denk dat het ook helpt dat ik nooit tegenover maar naast de patiënt sta. Ik zal het mensen, ondanks het feit dat ze bijvoorbeeld COPD hebben, nooit verwijten dat ze nog roken. Menige roker is harder voor zichzelf dan anderen dat zijn. Rokers vinden dat het hun eigen schuld is dat ze zo ziek zijn. Dat schuldgevoel haal ik meteen weg. Zij kunnen er namelijk niets aan doen dat sigaretten zo verslavend zijn. Dat begrip helpt. Het zorgt voor vertrouwen en daarmee is een van mijn belangrijkste taken volbracht: als coach moet je mensen vertrouwen geven in het eigen kunnen."

Makkelijker dan verwacht Voor een stoppen met roken-behandelplan ligt er een protocol van H-MIS (Minimale Interventie Strategie) in de huisartsenpraktijk. Deze richt zich eerst op de nicotineverslaving, die bij de meeste mensen na drie maanden overwonnen is. De gedragsverslaving is hardnekkiger en vraagt meer tijd, soms wel een jaar of langer. "Ik heb geleerd om in de eerste maanden niet zuinig te zijn met de inzet van hulpmiddelen zoals pleisters, kauwgum, sprays en medicatie", vervolgt Karin. "Als het lukt om de nicotineverslaving te overbruggen, zijn mensen gemotiveerder om door te zetten. Gedurende de behandeling zie ik mijn patiënten ook regelmatig. Nooit op de stopdag: dat is niet nodig, want die dag zijn mensen supergemotiveerd. Wel de dag erna en na drie, zes en twaalf maanden. Tussendoor bellen we, totdat mijn ondersteuning niet meer nodig is. Ik ben er trots op dat het zo veel mensen in onze praktijk gelukt is."

Dr. Ger Koek, MDL-arts in het Maastricht UMC+:

“Nul is de nieuwe alcoholnorm”



“Dagelijks zie ik in mijn praktijk mensen met leverbeschadiging, die ‘voor de gezelligheid’ regelmatig twee á drie glaasjes per dag drinken. Volgens de publieke opinie is dat niet veel. Daarbij gaat men voorbij aan het feit dat dit alcoholgebruik vaak jaren achter elkaar plaatsvindt. De klachten zijn ernstig en kunnen uitmonden in leverfibrose of levercirrose, met als complicaties ernstige vermoeidheid, blauwe plekken, huidveranderingen, vochtophoping, spieren die niet goed functioneren en cognitieve functies die achteruitgaan. Waarom de een wel en de ander geen klachten krijgt, is niet altijd goed te voorspellen. Als je 100 mensen fors laat drinken, krijgt 30% klachten, de rest leververvetting. Zij hebben ‘geluk’ en zijn waarschijnlijk beter beschermd tegen alcoholafbraak. Hoe dan ook is mijn advies het drinken bij lever gerelateerde klachten direct te laten. Zo lang er nog geen sprake is van levercirrose, is herstel mogelijk. Het lastige is dat mensen die dagelijks een of twee glaasjes drinken niet het gevoel hebben dat zij ongezond bezig zijn. Nieuw onderzoek wijst uit dat elke alcoholconsumptie te veel is. Nul is de norm. Als je dan toch drinkt, drink zo weinig mogelijk, houd het bij een laag alcoholpercentage en drink bij voorkeur bij een maaltijd. De toxiciteit van alcohol in combinatie met voeding is minder ernstig dan wanneer je het op de nuchtere maag inneemt.”

Meer op www.mumc.nl onder ‘leververvetting’.

Prof. dr. Geertjan Wesseling, longarts in het Maastricht UMC+

“Ik blijf mijn patiënten motiveren om te stoppen”



“Het exacte percentage is niet bekend, maar bijna 25% van de Nederlandse volwassenen rookt. Helaas zitten daar ook mensen met longziekten tussen voor wie roken extra schadelijk is. De verslaving is hardnekkig. Het is voor de mensen zelf vaak erg frustrerend. Ik blijf mijn patiënten motiveren om te stoppen. Het schrikbeeld van verdere achteruitgang van de longfunctie, risico op infecties en het risico op kanker versus de voordelen van stoppen, kan op een gegeven moment net voor dat duwtje zorgen dat nodig is om te willen stoppen. Ik verwijs mijn patiënten dan direct door naar counseling of een ‘Stoppen met roken-poli’. Deskundige begeleiding helpt, net zoals de verschillende hulpmiddelen helpen en landelijke acties als ‘Stoptober’. Alleen is het altijd moeilijker om van een verslaving af te komen, samen kun je elkaar motiveren. Er is maar één moment waarop ik rokers afraad om te stoppen: de jaarwisseling. Dan drink je rond middernacht een glaasje champagne en voor je het weet heb je toch een sigaret opgestoken. Poging mislukt! Maar, ook dan geldt: blijf volhouden. Het is al heel veel mensen gelukt om te stoppen. Als de eerste, tweede of zelfs tiende poging niet lukt, de volgende kan wel succesvol zijn.”

Meer op www.mumc.nl en www.maastrichtuniversity.nl onder ‘stoppen met roken’.

Uit de praktijk

Er is in de maatschappij steeds meer aandacht voor voeding. Bij mensen met een chronische ziekte is er vaak een reden om het eetpatroon aan te passen maar ook bij gezonde mensen zijn bijvoorbeeld een glutenvrij dieet of 'superfoods' geen onbekende woorden meer. Vandaar de vraag: Gebruikt u voedings-supplementen of andere voedingsproducten waarvan u denkt dat ze goed zijn voor uw gezondheid?



Jos Einmahl uit Lemiers is allergisch voor kiwi's. "Die eet ik dus niet. Maar dat is dan ook het enige. Ik slik geen medicatie of vitaminepillen." Met zijn vrouw zijn ze voor hun zoon in het Maastricht UMC+.

"We zorgen voor evenwichtige voeding en eten bijvoorbeeld regelmatig vis. Ik eet ook veel groente en fruit. Voor mij is dat voldoende, daar voel ik me goed bij. Ik zou niet weten waarom ik daar dan nog iets bij zou moeten slikken of anders zou moeten gaan eten. Ik merk wel dat er steeds meer aandacht voor diëten en supplementen is in de maatschappij. Mensen zijn toch gevoelig voor de commercie erachter denk ik. Als er maar vaak genoeg gezegd wordt dat het goed voor ze is, gaan ze vanzelf denken dat ze het nodig hebben. Als het helpt dan is dat prima hoor. Maar dan wel met mate natuurlijk. De nuchtere redenering van mijn moeder was altijd: 'Als er 'te' voor staat, is het meestal niet goed.' Daar ben ik het wel mee eens. Ik heb het in ieder geval helemaal niet nodig."



Mevrouw Nap (89) uit Kamerik geniet nog even van de warme temperaturen. "Ik heb last van reuma. Bij koude temperaturen heb ik daar meer last van. Deze warme zomer was dus heerlijk voor mij." Ze is met haar zoon in het Maastricht UMC+. "Vanwege mijn slechte zicht ben ik van familie afhankelijk als ik ergens naartoe moet."

Mevrouw Nap slikt alleen medicatie voor de reuma. Ze heeft geen aangepast voedingspatroon. "Ik heb een goede maag, dus kan en mag alles eten. Zolang ik maar niet te dik wordt natuurlijk. Maar ik wandel iedere dag nog zeker een uur, dus daar maak ik me nog niet te veel zorgen over. Ik eet gevarieerd en heb nooit gemerkt dat ik me, na het eten van iets, beter of slechter voel. Dus nee, ik heb nooit de behoefte gehad om iets uit mijn dieet te schrappen of extra bij te slikken. Als andere mensen dat wel hebben, kan ik me goed voorstellen dat ze dat wel doen natuurlijk. Als je het nodig hebt, vooral doen."

"In 1978 heb ik een operatie ondergaan vanwege een maagzweer. Sindsdien eet ik aangepast." **Meneer Engelen** (80) drinkt bijvoorbeeld nooit alcohol, eet bij het middageten altijd soep en drinkt bijna een liter cola per dag. "Wel zonder koolzuur, dus ik laat het eerst een tijdje staan. Maar als ik dat regelmatig drink voel ik me beter."

Na de operatie is hij een tijdje bij een diëtiste geweest voor advies. "Dat was een ramp. Ik voelde me heel slecht van wat ik van haar moest eten. Nu heb ik een vast patroon. 1 snee brood als ontbijt. Soep en daarna aardappelen, groente met een goed stuk vlees bij het middageten en 2 sneeën brood in de avond. Die soep heb ik ook wel iedere dag nodig."

Medicatie of andere supplementen slikt meneer Engelen niet. "Behalve als ik ergens anders ben gaan eten en het niet hetzelfde is als normaal. Daar heb ik een flesje pillen voor, maar als ik daar tien keer per jaar één van neem is het veel."





‘Coaching on the job’ voor

In de regio Maastricht/Heuvelland vindt al jaren een intensieve samenwerking plaats tussen de eerste- en tweedelijns diabeteszorg. Diabetesverpleegkundigen van het Maastricht UMC+ fungeren als verbindende schakel in deze intra- en transmurale keten. Zij slaan een brug tussen de zorg van het ziekenhuis/internist en de huisarts/praktijkondersteuner en bewegen vanuit deze centrale positie mee met de vele taakverschuivingen en ontwikkelingen in de diabeteszorg.

“Naast de tabletafhankelijke mensen met diabetes, worden ook de insulineafhankelijke diabetespatiënten door de praktijkondersteuner en de huisarts gevolgd”, vertelt Ellen Hakvoort over een actuele verandering in de diabeteszorg. Zij is diabetesverpleegkundige in dienst van het Maastricht UMC+. Naast de directe patiëntenzorg coacht zij verschillende praktijkondersteuners in de regio Maastricht/Heuvelland. “Aangezien de behandel mogelijkheden voor mensen met diabetes type 2 continu veranderen en daardoor ook continue andere competenties van de behandelaar vragen, is in overleg tussen huisartsen, praktijkondersteuners, endocrinologen en diabetesverpleegkundigen besloten dat huisartsenpraktijken die willen starten met insulinetherapie aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. Basisregel is dat de huisarts en/of praktijkondersteuner de ‘Langerhanscursus’ heeft gevolgd. Ook moet de praktijk voldoende insulineafhankelijke

patiënten behandelen om kennis en vaardigheden te kunnen onderhouden.”

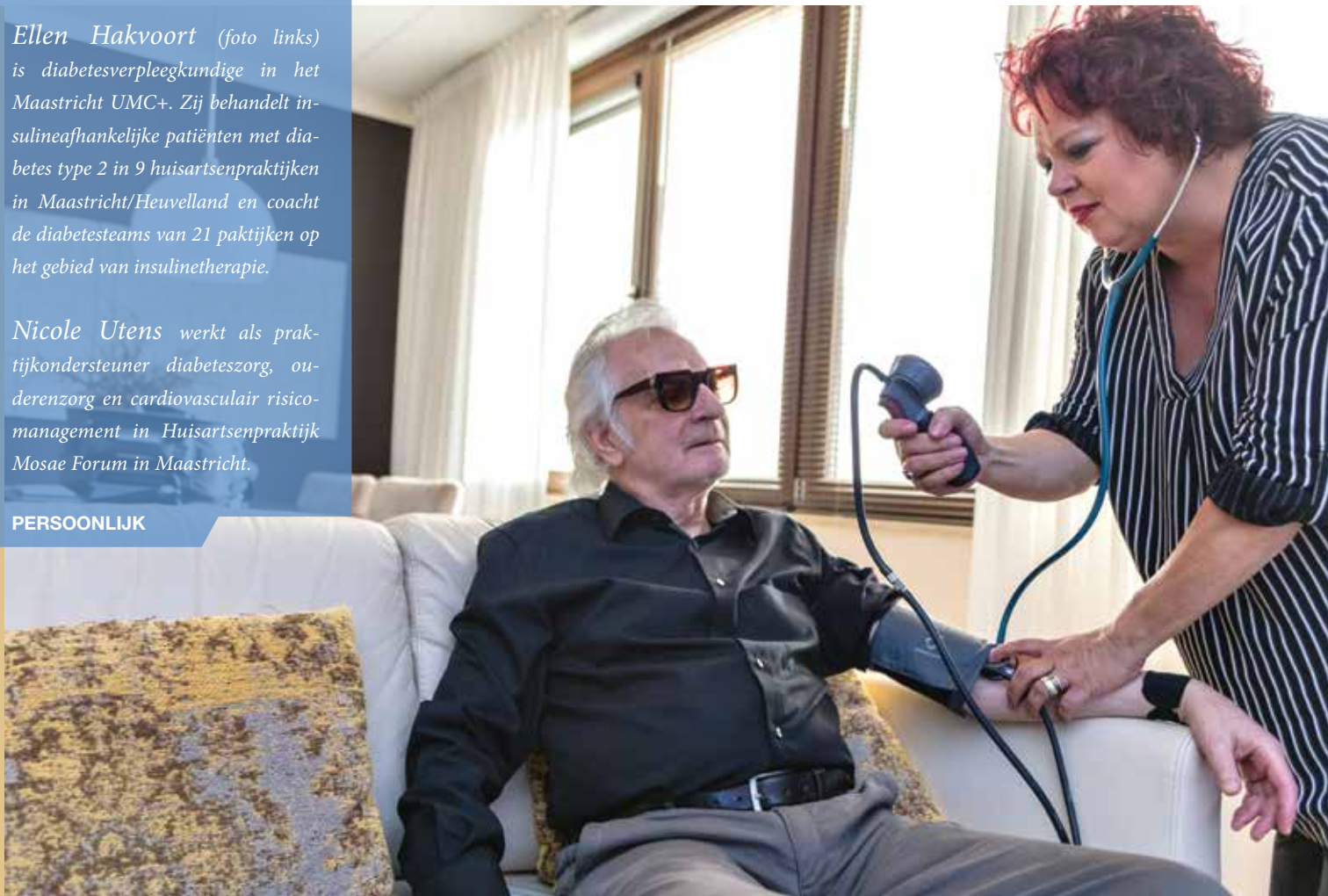
In de regio Maastricht maken 34 huisartsenpraktijken gebruik van de ondersteuning door het team van diabetesverpleegkundigen van het Maastricht UMC+ in de directe patiëntenzorg. Daarnaast coacht dit team ruim 20 praktijkondersteuners. “De vorm van de coaching is afhankelijk van de behoefte van de huisartsenpraktijk”, vertelt Ellen. “Ik bezoek ‘mijn’ praktijken vier maal per jaar. Tijdens deze bezoeken worden casussen besproken en geef ik uitleg over de nieuwe behandelmethodes. Tussen deze contactmomenten door ben ik (of een mijn collega’s) telefonisch bereikbaar voor overleg. Van deze mogelijkheid wordt dankbaar gebruikgemaakt.”

Snel contact Nicole Utens is praktijkondersteuner diabeteszorg in huisartsenpraktijk Mosae Forum. Voordat zij deze zorg op zich nam, was er een diabetesverpleegkundige vanuit het Maastricht UMC+ in de praktijk die eens per kwartaal alle insulineafhankelijke type 2-patiënten zag. “In ons streven naar kortere lijnen met onze patiënten hebben wij ervoor gekozen om de diabeteszorg volledig over te nemen”, vertelt Nicole. “Ik heb de opleiding gevolgd en behandel sindsdien ook onze insulinepatiënten. Dat gaat goed. Ik ken onze patiënten, weet wat er speelt in hun le-

Ellen Hakvoort (foto links) is diabetesverpleegkundige in het Maastricht UMC+. Zij behandelt insulineafhankelijke patiënten met diabetes type 2 in 9 huisartsenpraktijken in Maastricht/Heuvelland en coacht de diabeteams van 21 praktijken op het gebied van insulinentherapie.

Nicole Utens werkt als praktijkondersteuner diabeteszorg, ouderenzorg en cardiovasculair risicomanagement in Huisartsenpraktijk Mosae Forum in Maastricht.

PERSOONLIJK



up-to-date diabeteszorg

ven en in hun gezondheid, en weet dus ook of er zaken spelen die de suikerspiegel kunnen ontregelen. Omgekeerd kennen onze patiënten mij en is de drempel laag om contact te leggen als hun suiker uit balans is. Zo kunnen we snel anticiperen. Een keer per kwartaal komt Ellen langs om nieuwe ontwikkelingen te bespreken. Die coachingssessies, waarbij ook onze huisartsen aanschrijven, zijn waardevol. Dan bespreken we in een soort praktijkoverstijgend multidisciplinair diabetesoverleg de complexe patiënten en therapieën die wij patiënten kunnen bieden. Die informatie vertaal ik naar de praktijk. En als ik met een patiënt zit waarvan ik de suikerspiegel niet op peil krijg, hoef ik Ellen maar te bellen. Ze staat altijd open voor overleg. Die back-up voelt prettig.”

Maatwerk “Op dit moment gebeurt veel op het gebied van diabetesmedicatie en insulines”, vult Ellen aan. “Er zijn nieuwe insulines op de markt, die de kwaliteit van leven kunnen verbeteren en het risico op complicaties kunnen verminderen. In grote lijnen hanteren we de NHG-standaard, in uitzonderlijke gevallen kunnen we terugvallen op het ‘Richtsnoer’. Dit protocol is ontwikkeld door een samenwerking van internisten en huisartsen. Voorop staat dat we maatwerk leveren en de patiënt de juiste zorg op de juiste plek geven. In het coachingoverleg met de POH en de huisartsen bespreken we welk middel bij welke patiënt het beste effect heeft. Door de kennis én wensen van de patiënt en

de meer specialistische kennis van de therapiemogelijkheden te combineren, kunnen we de juiste stappen zetten. Wij zien ook nog altijd diabetespatiënten in het ziekenhuis. Patiënten met diabetes type 1 en complexe type 2-patiënten waarbij sprake is van comorbiditeit worden altijd doorverwezen.”

Keer Diabetes om “De overlegcyclus zorgt ervoor dat we up-to-date blijven”, besluit Nicole. “Hierdoor ontstaat ruimte om te focussen op preventie. Heel belangrijk, omdat hier bij diabetes type 2 nog veel winst valt te behalen. In het kader van het ‘Beweeg Bewust Programma’ van de gemeente Maastricht hebben wij ons eigen ‘Mosae Fit Programma’ ontwikkeld waarin we diabetespatiënten begeleiden bij het realiseren van een gezonde leefstijl. Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheden om samen met andere praktijken uit de regio deel te nemen aan het landelijke programma ‘Keer Diabetes Om’. Door meer te bewegen en gezonder te eten kunnen we het tij bij veel diabetes kuren en ervoor zorgen dat zij met minder medicatie vooruit kunnen. Hoe effectief de nieuwe insulinentherapieën ook zijn, voorkomen is nog altijd beter dan genezen.”

Meer informatie op www.keerdiabetesom.nl.

Hoger BMI kan veroudering versnellen

Uit een omvangrijke studie onder leiding van de Universiteit Maastricht/Maastricht UMC+ blijkt dat een hogere body mass index (BMI) gepaard gaat met kortere telomeeren, met name bij personen onder de 60 jaar. Telomeerlengte, gemeten in witte bloedcellen, wordt ook wel gezien als signaal voor veroudering. Een BMI-verhoging van 5 staat volgens de onderzoekers ongeveer gelijk aan een 1 jaar oudere biologische leeftijd. De resultaten van de studie zijn onlangs gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *American Journal of Clinical Nutrition*.

“Omdat we nu hebben aangetoond dat een hogere BMI samengaat met een kortere telomeerlengte die dus niet in elke levensfase hetzelfde is, kunnen we verder onderzoek starten”, vertelt hoofdonderzoeker Marij Gielen. “We willen met de TELO-MAAS-groep in de toekomst werken aan studies die herhaaldelijk en dus op verschillende leeftijden BMI en telomeerlengte meten bij deelnemers. Op die manier kunnen we ook iets zeggen over daadwerkelijke versnelde verkorting en mogelijk ook over versnelde veroudering, voor elke afzonderlijke levensfase. Daarnaast willen we graag de relatie onderzoeken tussen telomeerlengte en ziekten die zijn gerelateerd aan obesitas, zoals bijvoorbeeld diabetes. Maar ook de relatie tussen telomeerlengte en hoge ouderdom is een bijzonder interessant onderzoeksterrein.”

Meer informatie

www.maastrichtuniversity.nl
zoekterm ‘telomeerlengte’.

krtnews



Krachttraining heeft positief effect op jongeren met obesitas

Jongeren met obesitas hebben baat bij krachttraining tijdens de gymlessen op school, gecombineerd met een wekelijkse informatiesessie over gezond actief zijn. Degenen die een jaar lang elke gymles vijftien minuten krachttraining kregen plus die informatiesessie, hadden na afloop een ge-

zondere lichaamssamenstelling (een indicator voor metabole gezondheid) en waren actiever dan de controlegroep die geen aangepast programma volgde. Onderzoekers van het Maastricht UMC+ publiceerden deze bevindingen onlangs in het *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Bijna zevenhonderd jongeren van negen middelbare scholen in Limburg deden mee aan de studie. De helft kreeg een aangepast programma (de interventiegroep), gegeven door eigen gymdocenten en mentoren na instructie door de onderzoekers. Onderzoeker Gill ten Hoor van het Maastrichtse onderzoeksinstituut Nutrim: “We hebben een programma samengesteld dat vooral voor jongeren met obesitas goed uit te voeren is. Zij hebben meer vet- en spiervolume, waardoor ze gemiddeld sterker zijn. Als je ze laat touwtrekken, denken anderen al snel: je wint vanwege je gewicht. We hebben oefeningen aangeboden die alleen hun spiervolume aanspreken, zoals het gooien van een zware bal. Zo komt de nadruk meer op hun kracht te liggen dan op hun gewicht.”

Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘krachttraining en obesitas’.

Risicofactoren lijken sneller te verslechteren bij vrouwen met prediabetes



De verschillen tussen mannen en vrouwen met type 2 diabetes (suikerziekte) blijken al in het voorstadium van de aandoening (prediabetes) te bestaan. Vergeleken met seksegenoten met een gezonde bloedsuikerwaarde, zijn de lichaamswaarden die samenhangen met het risico op hart- en vaatziekten bij vrouwen met prediabetes slechter dan bij mannen met prediabetes. Denk aan chole-

sterolwaarden, bloeddruk en ontstekingsmarkers. Onderzoekers van het Maastricht UMC+ en de Universiteit van Oxford presenteerden deze bevindingen op de jaarlijkse conferentie van de European Association for the Study of Diabetes (EASD), in Berlijn. Dit onderzoek werd uitgevoerd binnen De Maastricht Studie, een grote cohortstudie die onder meer antwoord probeert te vinden op de vraag waarom de een wel type 2 diabetes krijgt en de ander niet. Voor dit bewuste onderzoek werden 3410 mensen onderzocht (49% vrouwen); 1924 mensen met normale bloedsuikers, 511 mensen met prediabetes en 975 mensen met type 2 diabetes.

Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘pre-diabetes’.

Eten is **gedrag**

En gedrag kun je **beïnvloeden**

De cijfers spreken voor zich. In ons land leiden ongeveer 5.500 en 23.000 mensen, vooral vrouwen, aan respectievelijk anorexia nervosa en boulimia nervosa. 160.000 mensen leiden aan de eetstoornis en ruim anderhalf miljoen volwassenen aan obesitas. Al deze mensen hebben volgens eetstoornisdeskundige Anita Jansen een ding gemeen: ze weten meestal wel wat ze zouden moeten doen, maar het is lastig om gedrag te veranderen. Anita Jansen doet al geruime tijd aan Maastricht University onderzoek naar eetstoornissen en eetgedrag. Dit onderzoek wijst volgens haar uit dat je eetproblemen goed kunt behandelen. "Kort door de bocht geformuleerd is eten gedrag en gedrag is te beïnvloeden. Dat geldt voor mensen die kampen met een eetstoornis, maar in een breder verband geldt dit voor meerdere chronische ziekten waar een aanpassing van levensstijl heilzaam kan werken. In de dokterspraktijk nemen patiënten leefstijladviezen ter harte en zijn ze vastbesloten om te veranderen. Eenmaal thuis gaat het toch fout, want gedrag veranderen, met al die ingesleten gewoonten, is nu eenmaal heel erg moeilijk en slaagt eerder onder begeleiding van een psycholoog."

Irrationeel De kernvraag waar het bij de behandeling van eetstoornissen meestal om gaat is waarom iemand bij obesitas zo veel of bij anorexia zo weinig eet, terwijl je weet dat het niet goed voor je is.

Anita Jansen: "Een van de thema's die wij uitgebreid onderzocht hebben is het 'leren eten'. Mensen die problemen hebben met te veel eten zijn vaak erg gevoelig voor signalen die lekker eten aankondigen. Zoals het zien of ruiken van lekker eten, in een eetomgeving zijn of op bepaalde eetmomenten. In onze behandeling praten we niet alleen over die problemen, we zoeken

de situaties ook op om de eetdrang die dan optreedt met behulp van oefeningen in controle om te zetten. Bij anorexiapatiënten speelt ook de angst om te eten een belangrijke rol. Zij hebben vaak zeer irrationele ideeën over het effect van voedsel, ook zijn ze bang dat zij alle controle over hun gewicht verliezen zodra ze gaan eten. Wat zou kunnen helpen is het besef dat die angst vaak irrationeel is en dat het wel mogelijk is om gecontroleerd aan te komen. Het zijn meesters in gewichtscntrole en die kwaliteit komt goed van pas bij gecontroleerde gewichtstoename; daar zouden we meer gebruik van moeten maken door patiënten de regie te geven. Experimenten kunnen daarbij overtuigen dat een beetje meer gewicht ook mooier maakt. Dit zijn allemaal onderdelen van cognitieve gedragstherapie; alle patiënten met een eetstoornis hebben hier veel baat bij."

Een goede verwijzing Bij anorexia en boulimia is ook goede medische begeleiding wenselijk als er sprake is van een tekort aan mineralen, vitaminen en elektrolyten (dat kan optreden door ondervoeding en/of veelvuldig braken en laxeren). Ik raad artsen aan om een patiënt met eetstoornissen naar een gespecialiseerde eetstoorniskliniek te verwijzen.

In het Maastricht UMC+ kunnen anorexiapatiënten terecht bij de unit eetstoornissen; een overzicht van alle gespecialiseerde klinieken is te vinden op de website van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (www.naeweb.nl). Ook mensen met overgewicht kunnen veel baat hebben bij cognitieve gedragstherapie. Bizar vind ik het dat de zorgverzekeraar deze effectieve vorm van gedragsverandering voor obesitas zonder bijkomende eetstoornis niet vergoed. In feite is dit de 'leefstijlgeneskunde' van het eerste uur."



PERSOONLIJK

Prof. dr. Anita Jansen is hoogleraar psychologie en decaan van de faculteit Psychology and Neuroscience aan Maastricht University.

Voeding als **medicijn**



Annemie Schols:

“Als we het over personalised medicine hebben, dan spelen voeding en beweging ook een rol”

“Het belang van goede voeding bij herstel van ziekte of een operatie wordt nog altijd onderschat. We zien voeding als basiszorg. In het ziekenhuis adviseren we onze patiënten om gezond te eten en te bewegen. Alleen is gezonde voeding voor iemand met obesitas iets anders dan voor een kwetsbare oudere met COPD. Als we het hebben over ‘personalised medicine’, dan zouden we dus ook voeding en beweging als integraal onderdeel van het behandelplan mee moeten nemen, vanaf de diagnose en tijdens de interventie in én na het ziekenhuis. De inzet van de juiste voedingsstoffen kan het herstel bevorderen. Eiwitten spelen hier een belangrijke rol in; dat is voldoende onderbouwd. Veel ouderen en chronisch zieken kampen daarnaast ook met een tekort aan specifieke voedingsstoffen zoals vitamine D en ijzer, die nodig zijn om verzwakking van de spieren en botontkalking tegen te gaan. Supplementen of medische voeding kunnen hier uitkomst bieden, zeker als een normale voedingsinname problematisch is. Voeding kan een chirurgische of medicamenteuze behandeling ook ondersteunen. Er zijn bijvoorbeeld toenemende aanwijzingen dat specifieke voedingsvezels, vitamines en vetzuren de immunologische afweer kunnen versterken. Als je zo breed kijkt, kan voeding een medicijn zijn. Door voeding en beweging mee te nemen in het behandelplan, geef je patiënten bovendien een instrument in handen waarmee zij zelf aan hun herstel kunnen werken. Dat heeft niet alleen effect op fysiek herstel, maar ook op mentaal welbevinden. Het is raadzaam om het momentum van de ziekenhuisopname te benutten om de patiënt en zijn omgeving hierop voor te bereiden.”



Michelle Weijzen:

“30% van de voeding die er op het bord ligt, wordt weggegooid”

“Het is bekend dat eiwitten belangrijk zijn voor herstel en voor spierbehoud bij ziekte of na een operatie. Ook is bekend dat er 1,2 gram eiwit per kg lichaamsgewicht per dag nodig is om spiermassa te behouden. Het was echter niet bekend hoeveel eiwitten een patiënt in het ziekenhuis eet. Dit hebben wij onderzocht in een pilotstudie bij 100 patiënten die voor een electieve knie of heuoperatie werden opgenomen op de afdeling Orthopedie. Deze groep leeft tamelijk gezond, eet thuis nog goed en beweegt ook redelijk, buiten de beperking die zij van hun knie of heup hebben. Tijdens de ziekenhuisopname zie je dat vrijwel de hele groep in het ziekenhuis minder gaat eten: 30% van wat ze aangeboden krijgen, blijft over en wordt weggegooid. Naast het feit dat het natuurlijk zonde is dat er zoveel eten weggegooid wordt, krijgen de patiënten dus minder eiwitten binnen. Gemiddeld is dit 0,7 gram per kg lichaamsgewicht, kortom: 0,5 gram per kg lichaamsgewicht te weinig. Daarnaast is er sprake van verminderde activiteit of zelfs inactiviteit tijdens de hospitalisatie. De lage eiwitinname in combinatie met verminderde fysieke activiteit heeft als gevolg dat een in principe gezonde patiënt in het ziekenhuis spiermassa verliest. Ons onderzoek onderstreept zo hoe belangrijk het is om patiënten tijdens hun ziekenhuisopname beter bij hun voeding en beweging te begeleiden.”



“Elke goede maaltijd is waardvol voor de patiënt; een fijn en gezellig moment en goed voor je spierherstel”

“Binnen het programma ‘Voeding en Beweging’ werkt het Maastricht UMC+ aan de invoering van een nieuw keuken- en maaltijdsysteem. Een van de belangrijkste veranderingen daarin is dat we het ‘bestelmoment’ dichter naar het ‘eetmoment’ brengen. Daar zit nu te veel tijd tussen, waardoor mensen hun eetbehoefte tijdens de ziekenhuisopname verkeerd inschatten. De studie van Michelle onderstreept dit. Daarnaast gaan we mensen bij de keuze van hun menu beter voorlichten over het belang van een eiwitrijk menu voor hun herstel. Een ei bij het ontbijt, een schaalkje kwark of een yoghurtje bij de lunch én zuivel als toetje helpen al. Op advies van studies van onder andere onze eigen universiteit gaan we ook een vierde maaltijdmoment op de dag toevoegen: voor spierherstel is het belangrijk om ’s avonds voor het slapen gaan een beker melk te drinken of enkele kaasblokjes te eten. Daarnaast gaan we ook het bewegen tijdens de ziekenhuisopname bevorderen. Hoe meer je beweegt, hoe gevoeliger je spieren worden voor eiwit, des te minder je bij hoeft te eten. Na de opname zijn de genoemde voedings- en beweegrutines zeker nog 12 weken van belang, wil de patiënt zijn of haar oorspronkelijk niveau van functioneren behalen. Wij begeleiden de patiënt hierbij samen met de zorgverleners in de thuissituatie. Lukt eten niet vanzelf, dan is vanuit de basisverzekering de diëtist beschikbaar om thuis het voedingsadvies passend te maken.”



Een goed menu

Ontbijt:

2 sneetjes brood met vlees of kaas, 1 ei en 1 beker melk

Lunch:

2 sneetjes brood of 1 tosti, met groentesoep en kwark of yoghurt

Avondeten:

1 ons vlees of vis, groente en aardappelen, yoghurt of kwark als toetje

Nachtmutsje:

1 beker melk, 1 blokje kaas of 1 kommetje yoghurt

Tussendoortje:

fruit, een handje nootjes en veel beweging!

PERSOONLIJK

Prof. dr. Annemie Schols is hoogleraar voeding en metabolisme bij chronische ziekten in het Maastricht UMC+.

Michelle Weijzen is promovendus bij de vakgroep Humane Biologie aan Maastricht UMC+/Maastricht University.

Phil Geerlings is hoofd Diëtetiek in het Maastricht UMC+.

*Mara de Graaf,
Wethouder
Gemeente Maastricht*



Een gezonde leefstijl

Waar vroeger infectieziekten en epidemieën als belangrijkste doodsoorzaken golden, overlijden in de huidige tijd veel mensen aan 'welvaartsziekten': ziektes die vaak chronisch van aard zijn en vaak verband houden met een ongezonde leefstijl.

Een gezonde leefstijl is een lastig recept. Het klinkt zo eenvoudig: 'u moet gezonder gaan leven', maar dat is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Slechte gewoonten die al vroeg zijn aangeleerd zijn moeilijk af te leren. Maar ook voortschrijdend inzicht speelt een rol. Er wordt immers steeds meer bekend over de invloed van voedsel en beweging op onze gezondheid.

Een gezonde leefstijl betekent een gedragsverandering. En gedragsverandering kost tijd en vooral veel lef en energie. Dat lukt vaak niet alleen: daar heb je hulp en motivatie bij nodig en veel goede voorbeelden om je heen. En het beste werkt het als je het al van kinds af aan leert. Voorkomen is immers beter dan genezen. Daarom is het ook zo belangrijk dat we op heel veel verschillende manieren mensen proberen te verleiden tot een gezonde leefstijl. En dat begint al heel jong. Op scholen, bij verenigingen en activiteiten in de wijk, maar ook supermarkten moeten meedoen om mensen te stimuleren tot gezonder eten. En naast eten is ook bewegen van levensbelang.

En samen kunnen we meer dan alleen. Dat is ook de reden dat we als gemeente met heel veel partners in de stad samenwerken om die gezonde leefstijl te bevorderen. Mooie voorbeelden van die samenwerking zijn de projecten: Jongeren op Gezond Gewicht en Your COACH Next Door waarin kinderen langdurig worden begeleid in de bestrijding van overgewicht. Preventief ingrijpen om te zorgen dat onze jeugd gezond opgroeit om zo proberen te voorkomen dat ze op latere leeftijd te kampen krijgt met ernstige chronische ziekten. Dat is een missie waar ik me sterk voor maak!

