

Dr. F. Govaerts

Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVH)

Eind 1997 publiceerde Wivina Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid haar beleidsnota "Krijtlijnen voor de uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen met bijzondere aandacht voor de rol van de huisarts". Hierin wordt een organisatiemodel voorgesteld dat twee niveaus inhoudt: een globaal Vlaams beleidsniveau en een functioneel lokaal niveau.

Terwijl de prioritaire thema's waarrond de preventieve gezondheidszorg moet worden georganiseerd op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap worden vastgelegd, worden de coördinatie en uitvoering van de acties op lokaal niveau toevertrouwd aan LOGO's (Lokaal Gezondheidsoverleg), regionale samenwerkingsinitiatieven die elk een gebied van 250 à 300.000 inwoners bestrijken. In totaal wordt zo'n twintigtal LOGO's in Vlaanderen voorzien. In een dergelijk samenwerkingsverband vormen provincies, gemeenten en huisartsen belangrijke partners, aangevuld met andere organisaties en actoren die eveneens een voorname rol kunnen spelen in de gezondheidsbevordering of de ziektepreventie.



De bedoeling van de LOGO's is om activiteiten inzake de preventieve gezondheidszorg, die door verschillende organisaties en andere actoren worden georganiseerd, onderling op elkaar af te stemmen en om, waar mogelijk, gezamenlijk acties op te zetten. Op die manier kan meer effect worden gehaald uit de inspanningen die nu worden geleverd. Om deze opdracht te kunnen waarmaken krijgen de LOGO's de beschikking over een multidisciplinair team. Daarnaast kent de Vlaamse overheid bijkomende werkmiddelen toe die verder moeten worden aangevuld met subsidies (eventueel ook in de vorm van werkkrachten) van de provincies en de aangesloten gemeenten.

Voorwaarde ten slotte om vanuit de Vlaamse Gemeenschap te worden ondersteund, is de bereidheid om in de loop van de volgende vijf jaar te werken rond de vijf gezondheidsdoelstellingen zoals ze op Vlaams niveau werden vastgelegd. Daarnaast zijn de LOGO's en gemeenten vrij om ook nog eigen initiatieven te ontwikkelen.

Taken van de LOGO

- implementatie van de preventieprojecten van de Vlaamse Gemeenschap en van de LOGO zelf;
- lokale informatieverzameling mits centrale sturing en kwaliteitsbewaking;
- intersectoraal overleg tussen de betrokken lokale en regionale partners zoals huisartsen, gezondheidswerkers, mutualiteiten, doelgroepen, gemeentebesturen, OCMW's, provinciebesturen;
- opstellen en ten uitvoer brengen van een lokaal beleids- en preventieplan

Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002

Op advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, rekening houdend met de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) evenals met de

Vlaamse gezondheidsindicatoren, stelde minister Demeester vijf prioritaire gezondheidsthema's vast.

De vijf gezondheidsdoelstellingen zijn:

1. In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren, met 10% gedaald zijn.
2. In het jaar 2002 moet de consumptie van vetrijke voeding op significante wijze gedaald zijn ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding.
3. In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen. Het aandeel van de evidence-based screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80%. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat bereikt wordt moet toenemen tot 75%.
4. In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20%.
5. In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanus, difterie, mazelen, bof en rubella.

Voedingsdoelstelling

Gezondheidsdoelstelling 2 heeft specifiek betrekking op het voedingspatroon van de Vlamingen. De idee dat de gezondheid van een individu mede gedetermineerd wordt door een adequate voeding is reeds zeer oud. Bovendien is het onderzoek naar de relatie voeding en gezondheid de laatste decennia in een stroomversnelling gekomen.

Het eerste wat opvalt in deze voedingsdoelstelling is echter de vaagheid ervan. De term "significante" wordt niet nauwkeurig omschreven. Dit betekent dat iedere statistisch "significante" verandering in het voedingspatroon zou volstaan om de doelstelling te halen. "Vetrijk", "vetarm" en "vezelrijk" zijn eveneens slechts vage begrippen en voor meerdere interpretaties vatbaar. Verschuivingen binnen het soort vetten, bv. minder verzadigde en meer onverzadigde vetten, zullen dus niet kunnen bijdragen tot het halen van de doelstelling al zullen zij mogelijk wel een effect hebben op de volksgezondheid.

Het ontbreken van een controlegroep zal bij de evaluatie niet toelaten het werkelijke effect van de gevoerde LOGO-acties vast te stellen. Veranderingen in het voedingspatroon kunnen immers ook gewoon de voortzetting zijn van nu reeds bestaande trends of het resultaat zijn van totaal andere invloeden (bv. "objectieve" berichtgeving in de media, campagnes op Vlaams niveau, commerciële reclame van fabrikanten of distributeurs).

De belangrijkste handicap met betrekking tot de evaluatie van de doelstelling is echter het ontbreken van betrouwbare gegevens waarmee de veranderingen kunnen worden vergeleken ('base-line' meting). De afgelopen tien jaar zijn er in Vlaanderen geen degelijke epidemiologische onderzoeken uitgevoerd naar het voedingspatroon van de modale Vlaming. Zolang een Vlaamse Voedselconsumptiepeiling uitblijft, zal het moeilijk zijn om aan te tonen dat de doelstelling werd gehaald. Anderzijds zal men evenmin kunnen beweren dat de LOGO-acties hun doel hebben gemist. Om op lange termijn acties te kunnen selecteren, op te starten en op regelmatige basis te evalueren (bv. 3 of 5 jaarlijks) is het dan ook essentieel dat actuele cijfers als uitgangs- en opvolgpunt beschikbaar komen (zie ook als achtergrondinformatie de resultaten van de derde Nederlandse Voedselconsumptiepeiling "Zo eet Nederland 1998").

Actieplan voedingsdoelstelling

Omdat op het niveau van de LOGO's zelf vaak de nodige kennis ontbreekt om doelstelling 2 concreet vorm te geven, werd op initiatief van het kabinet een werkgroep opgericht met als opdracht een "actieplan voedingsdoelstelling" te ontwerpen. Om het belang van een intersectorale samenwerking inzake voeding te benadrukken werd deze werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van verschillende sectoren (bv. overheid, wetenschap, onderwijs, zorgverstrekkers, voedingsindustrie en -distributie, media, consumentenorganisaties). Voeding kan immers niet alleen worden benaderd in termen van gezondheid. Het eetgedrag wordt ook bepaald door culturele achtergronden, sociale normen, familiale invloeden, vaardigheden, kennis, smaakappreciaties, levensstijl, het voedingsaanbod enz.

De werkgroep stelde zich tot doel de inhoud van gezondheidsdoelstelling 2 verder te verfijnen, de voedingsaanbevelingen begrijpelijk te maken, de klemtoon te leggen op positieve boodschappen en vooral ook de uniformiteit van de boodschappen te bewaken. Met uitzondering van de groep van kansarmen, die een eigen aanpak vraagt, werden geen specifieke doelgroepen onderscheiden. Er zijn immers voldoende aanwijzingen voor het feit dat voor doelstellingen omtrent vet en voedingsvezel de hele bevolking in aanmerking komt.

Ten slotte werd een inventarisatie gemaakt van bestaande en geplande acties die passen in het kader van de voedingsdoelstellingen.

Wat willen en kunnen huisartsen?

Huisartsen en andere zorgverleners worden in de praktijk onvermijdelijk geconfronteerd met allerlei vragen over voeding. Daarnaast hebben zij ook de belangrijke taak de patiënt attent te maken op het belang van een goede voeding, hetzij in het kader van een algemene preventie, hetzij in het kader van de behandeling van een vastgestelde aandoening.

Om de precieze inbreng van huisartsen in LOGO-acties rond voeding goed te kunnen inschatten is het echter belangrijk eerst zicht te krijgen op de attitude van huisartsen tegenover voedingsvoorlichting. In Vlaanderen bestaat hierover weinig of geen onderzoek zodat we verplicht zijn ook een beroep te doen op gegevens uit Nederland.

In het kader van een project uitgevoerd in Kontich ("5x/dag") (1), bleek uit gesprekken met huisartsen dat zij eerder weigerachtig staan tegenover het idee om zelf het aspect voeding ter sprake te brengen bij hun patiënten. Een aantal huisartsen vond zelfs dat dit niet hun taak was. De bereidheid om de voeding aan te snijden neemt daarentegen wel toe naarmate er een duidelijke pathologie wordt vastgesteld, zoals overgewicht, hypercholesterolemie, diabetes. Opvallend bij dit laatste is echter de grote variatie in bereidheid om vervolgens door te verwijzen naar een diëtiste: enkele artsen doen het zeer vaak, anderen zo goed als nooit.

Gert-Jan Hiddink (2) onderzocht bij 1000 ervaren Nederlandse huisartsen welke barrières en knelpunten zij ondervinden bij het geven van voedingsadvies. De netto respons was 64%.

De belangrijkste knelpunten waren:

1. gebrek aan kennis en training om degelijk voedingsadvies te geven;
2. gebrek aan tijd;
3. gebrek aan motivatie bij de patiënten om hun voedingspatroon blijvend aan te passen.

Dit betekent echter niet dat huisartsen zich in het algemeen aan hun taak van voedingsvoorlichter onttrekken. Zij lijken wel degelijk geïnteresseerd te zijn in de verbanden die bestaan tussen voeding en gezondheid enerzijds en voeding en ziekte anderzijds. Globaal staan huisartsen ook positief tegenover het idee dat dankzij voedingsvoorlichting de gezondheid van de patiënten kan worden verbeterd.

De bereidheid om effectief voedingsadvies te geven zou ondermeer samenhangen met de scholing die artsen hierover hebben gekregen. Het onderwijs kan op dit punt dus een belangrijke bijdrage leveren. De plaats van voedingsleer in de opleiding tot arts is in de meeste Belgische universiteiten voorlopig echter ondermaats. Een curriculumaanpassing in de medische faculteiten dringt zich dan ook op opdat huisartsen volwaardig zouden kunnen meedraaien in de hervorming van de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen, waarin ook de voeding een belangrijke rol speelt.

Wat mogen huisartsen verwachten?

Aanbeveling voeding

De voorbije jaren heeft de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen uitgebreid denkwerk verricht rond kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Vooruitlopend op de acties inzake voeding en gezondheid die de komende jaren in de LOGO's zullen worden gevoerd en vanuit het besef dat ook huisartsen hierin een prominente rol zullen moeten vervullen, wordt nu dringend werk gemaakt van aanbevelingen over de wijze waarop huisartsen kunnen inspelen op het gezondheidsthema voeding.

Bij het opstellen van deze aanbevelingen wordt rekening gehouden met de barrières die huisartsen ervaren bij

het geven van voedingsvoorlichting. Naast een inhoudelijke toetsing door experts zal ook de uitvoerbaarheid van de aanbevelingen door de huisartsen worden nagegaan in een aantal lokale kwaliteitsgroepen (LOK-groepen). Een dergelijke test zal bijvoorbeeld moeten aantonen of de aanbeveling kan worden uitgevoerd binnen het beschikbare tijdsbestek van de huisarts.

Pakketten deskundigheidsbevordering

Ervaringen uit het buitenland met andere soorten van "standaarden" leren ons dat de kennis van de aanbevelingen geen garantie is voor de toepassing ervan. Om de overgang van voornemen naar uitvoering vlot te laten verlopen zal de aanbeveling voeding ondersteund worden door een pakket deskundigheidsbevordering. Het pakket zal zo worden opgesteld dat het zowel voor individuele artsen (zelfstudie) als voor bijscholing via lokale kwaliteitsgroepen bruikbaar is.

Samenwerking diëtist-huisarts

De behandeling van een aantal chronische aandoeningen zoals diabetes en cardiovasculaire aandoeningen zou ten slotte verder kunnen worden verbeterd door een goede samenwerking en communicatie tussen huisartsen en diëtisten. Hiertoe hebben de Vlaamse Vereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VVVD) en de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) in samenwerking met de Unie van Huisartsenkringen (UHAK) een verwijfsbrief voor de diëtist en een rapport voor de huisarts ontwikkeld. Na een testfase in een aantal huisartsenkringen zullen deze documenten ter beschikking worden gesteld van alle huisartsen en diëtisten.

Literatuur

1. Dr. F. Govaerts, Onderzoek naar het effect van een gecoördineerde aanpak huisartsen-lokaal preventieproject op het voedingspatroon van gezinnen met schoolgaande kinderen, Activiteiten- en evaluatieverslag januari 1996-november 1997, WVVH
2. Gert-Jan Hiddink, Determinants of Nutrition Guidance Practices of Primary-Care Physicians, Wageningen, 1996 (ISBN 90-5485-559-2)

Huisarts, belangrijke bron van voedingsinformatie

In december 1998 organiseerde de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid te Heelsum (NL) een besloten internationale workshop onder de titel "Family doctors and patients: is effective nutrition interaction possible?". Tijdens de workshop bespraken 40 deelnemers uit 9 landen (België was hierin niet vertegenwoordigd) de rol van de huisarts bij voedingsvoorlichting aan de patiënt. Bedoeling van de workshop was enerzijds meer inzicht te krijgen in dit onderwerp, dat steeds vaker in de belangstelling komt. Anderzijds wenste men verder te zoeken naar mogelijke oplossingen voor de knelpunten die tijdens de eerste editie van deze internationale workshop in 1995 (1) werden gesignaleerd: Weet ik wel genoeg? Waar haal ik de tijd vandaan? Volgt de patiënt mijn adviezen wel op?

Nutrinews citeert voor u enkele opmerkelijke standpunten en aanbevelingen.

- De huisarts neemt een unieke positie in: hij wordt regelmatig geraadpleegd door de leden van de bevolking, die bovendien vinden dat de huisarts een grote deskundigheid heeft. De huisarts moet dan ook waar mogelijk de patiënt wijzen op het belang van een goede voeding en alert zijn op signalen die wijzen op een voedingsgerelateerd probleem zoals gewichtstoename.
- Het ligt voor de hand dat een huisarts zelf over de nodige voedingskennis dient te beschikken vooraleer hij zijn patiënten kan voorlichten over een gezonde voeding.
- Van huisartsen moeten echter geen voedingskundigen worden gemaakt. Het is in de huisartspraktijk vooral belangrijk dat de arts relatief eenvoudige voedingszaken in grote lijnen aan de patiënt kan

uitleggen. Bovendien moet hij een aantal attributen in handen krijgen waarmee hij met een zelfverzekerd gevoel zijn patiënten antwoord kan geven op hun vragen over voeding.

- Informatie aangeboden in de vorm van tijdschriften, symposia, nascholing enz. lijkt de huisarts onvoldoende te bereiken. Naast wetenschappelijke onderzoeksgegevens over de effecten van voeding op de gezondheid, moeten er dus ook praktische "tools" worden ontwikkeld: materiaal waarmee de huisarts direct aan de slag kan. Geen ingewikkelde diëten maar praktische informatie, voorlichtingsmateriaal dat ontwikkeld is in overleg met huisartsen (rekening houdend met en toepasbaar op de praktijksituatie) en dat altijd beschikbaar is, geünformiseerde standaarden.
- Huisartsen die geïnteresseerd en reeds actief zijn inzake het verbeteren van voedingsvoorlichting kunnen voor hun collega's als rolmodellen fungeren.
- Voor meer ingewikkelde en uitgebreide voedingsadviezen kan een huisarts best altijd blijven doorverwijzen naar een diëtist.
Van een toenemende concurrentie tussen huisarts en diëtist zal dan ook geen sprake zijn. Uit de praktijk blijkt namelijk dat hoe meer een arts van voeding afweet, hoe meer hij zal doorverwijzen naar een diëtist. Een arts die weinig of niets van voeding afweet, zal het onderwerp spijtig genoeg niet aan de orde stellen en dus ook niet de hulp van anderen inroepen.
- Per consult heeft een huisarts in het algemeen weinig tijd voor voorlichtingsactiviteiten. Maar wanneer de patiënt regelmatig bij dezelfde huisarts terugkomt, zijn er toch wel mogelijkheden voor voedingsvoorlichting. De regelmatige contacten tussen huisarts en patiënt maken het mogelijk om gedoseerd een aantal zaken onder de aandacht te brengen.
- Voor effectieve voedingsvoorlichting is een vertrouwensrelatie nodig. Een goede communicatie maakt bovendien een steeds belangrijker deel uit van het functioneren van de huisarts. Vroeger schreef de huisarts een dieet voor en de patiënt werd geacht zich daaraan te houden. Door de toenemende kennis en mondigheid van de patiënt moet de huisarts nu meer overleg plegen en de voedingsadviezen waar mogelijk aanpassen aan de specifieke levensstijl van de patiënt ("tailor made"). Hiermee neemt de kans dat de patiënt zijn adviezen opvolgt bovendien toe en blijkt dat voedingsvoorlichting ook voor de huisarts welbestede tijd is.

Het lijkt erop dat het huidige Belgische bestel hieruit nog veel kan leren, te beginnen met de medische opleiding waar de aspecten voeding en gezondheid nog te weinig aan bod komen. Zoals eerder gesteld, ligt het voor de hand dat een huisarts zelf over de nodige voedingskennis moet beschikken voor hij zijn patiënten correct kan voorlichten over een gezonde voeding. Eens de basiskennis is gelegd, kan ook de Belgische huisarts verder bouwen aan zijn belangrijke taak van voedingsvoorlichter.

I. Coene

Literatuur

1. Truswell, A.S. , Nutritional Attitudes and Practices of Primary Care Physicians, Supplement to Am. J. Clin. Nutr., 62 nr 6 (S), 1927S-2022S, 1997
2. Voedingmagazine, Stichting Zuivel, Voeding & Gezondheid, 12e jaargang, nr 1, 1999