

Multidisciplinaire teams voor voeding en gezondheid

Achtergrond overgewicht

HAN-lector voeding en gezondheid Marian de van der Schueren is benoemd tot buitengewoon hoogleraar diëtetiek bij de vakgroep global nutrition van de afdeling humane voeding en gezondheid aan de Wageningen University & Research. Goede timing, met de toegenomen aandacht voor leefstijl. Maar eerstelijnszorgaanbieders kennen nog onvoldoende de plaats van de diëtist daarin.



Marian de van der Schueren: 'AfvalLEN is maar één onderdeel van een leefstijlinterventie.'

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: MARJANA1 / PIXABAY

Sommige mensen die naar de diëtist gaan, bereiken hun doelen niet, zegt Marian de van der Schueren. Ze legt uit: "Als de huisarts naar de diëtist verwijst vanwege overgewicht, gaat dit voorbij aan het feit dat er een sociaal of financieel probleem achter kan liggen dat verklaart waarom mensen een ongezonde leefstijl hebben. Een diëtist is heel gericht opgeleid in achterhalen wat écht het probleem is. Veel meer dus dan een dieetadvies, dat kan Sonja Bakker ook geven. Het gaat ook om de psychologische en sociale achtergrond, de fysiologie en pathologie.

'Sociaal of financieel probleem verklaart soms iemands ongezonde leefstijl'

We gebruiken de ICF-classificatie van de WHO, waarin al die aspecten terugkomen. Daarom durft een diëtist ook keuzes te maken. Een diëtist is heel goed in staat het initiële gesprek te voeren over de vraag welke achterliggende factoren een rol spelen in de vraag waarom iemand overgewicht ontwikkelt. De diëtist weet ook wanneer het nodig is andere professionals in te schakelen uit de eerste lijn of het sociaal domein en welke dan. Het werk gaat veel verder dan een *quick fix* om even af te vallen. Dat is maar één onderdeel van een leefstijlinterventie."

Het woord leefstijl staat momenteel enorm in de belangstelling. Hoe kijkt De van der Schueren aan tegen de snelle groei van het aantal leefstijlcoaches sinds vier gecombineerde leefstijlinterventies worden vergoed uit



het basispakket van de zorgverzekering? "Heel waardevol in aanvulling op de diëtist", zegt ze direct. "Ik zie het als een kans, laten we dus niet de concurrentie zoeken, want de kracht is juist dat ze prima naast elkaar kunnen bestaan. Ik ben alleen maar blij met de toegenomen aandacht voor leefstijl. Voor een aantal mensen is de leefstijlcoach ook een prima oplossing. Maar als het metabool meer complex wordt, is de diëtist de aangewezen hulpverlener."

Meer dan obesitas

Dat De van der Schueren enthousiast is over de aandacht voor leefstijl en de rol van de leefstijlcoach, betekent nog niet dat er geen werk meer aan de winkel is. "De gecombineerde leefstijlinterventies zijn nog alle vier gericht op obesitas", zegt ze. "Leefstijl gaat over veel meer dan dat alleen. Wie kanker gehad heeft moet ook zijn leefstijl aanpassen. En ondergewicht is net zo goed een probleem als overgewicht. Daarbij gaat het juist om goed eten en spierkracht opbouwen. Dus: ik ben blij dat aan die gecombineerde leefstijlinterventies een goed wetenschappelijk programma ten grondslag ligt, maar we zijn er nog niet. Misschien wordt een gecombineerde leefstijlinterventie voor ouderen wel een van mijn projecten. Of voor mensen met hart- en vaatziekten of darmaandoeningen. Het mooie van diëtetiek is dat het zo breed is." >>



BETER WORDEN NA CORONA

Wordt de brede rol van diëtetiek voldoende gezien? "Nee", zegt Marian de van der Schueren.

"De laatste tijd volg ik de discussie op Facebookgroepen rond corona: er is nauwelijks sprake van verwijzingen naar de diëtist, terwijl toch heel veel mensen beter moeten worden. Mensen die enorm zijn afgevallen en spierkracht hebben verloren. Waar zijn die mensen? De huisarts verwijst wel bij overgewicht of diabetes, maar ik denk dat veel huisartsen geen idee hebben wat de rol van de diëtist kan zijn in preventie en in de herstelfase. Apothekers zijn hier meer op getriggerd. Die zien veel patiënten die afhankelijk zijn van geneesmiddelen of drinkvoeding en vragen zich dan af of zo iemand ook bij een diëtist komt."

Multidisciplinaire samenwerking

Onderzoek van de vereniging Arts en Leefstijl toonde aan hoe beperkt de aandacht voor voeding in de geneeskundeopleiding is. "Ook in dat perspectief is het goed dat er nu meer aandacht is voor voeding en gezondheid, in preventie en in de behandeling van ziekten", zegt De van der Schueren (zie kadertekst 'Data nodig om mee te kunnen praten', red.). "In de huisartspraktijk kan de poh hier prima een rol in spelen. We moeten ook geen taken van elkaar afpakken, maar juist in multidisciplinaire teams afstemmen wanneer escaleren of de-escaleren in de zorg voor patiënten aan de orde is. Je ziet dat hier veel aandacht voor is in het programma *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* en in het Nationaal Preventieakkoord, dus ik

denk dat de komende vijf jaar belangrijke stappen zullen worden gezet."

Hoewel dus nog veel werk verzet moet worden, ligt er wel al een basis, stelt ze. "Er zijn best practices waarop we kunnen voortbouwen. Neem bijvoorbeeld het voedingspaspoort voor ouderen. Die hebben contact met wel vijftien professionals in zorg en sociaal domein. Zo'n voedingspaspoort geeft die professionals richting om met elkaar in gesprek te gaan. Dan ontstaat enthousiasme. Financiering was niet de belangrijkste reden waarom dit niet eerder tot stand kwam, maar vooral het feit dat ze elkaar niet kenden en niet wisten wat de ander te bieden heeft."

<<



'DATA NODIG OM MEE TE KUNNEN PRATEN'

In het persbericht over de benoeming van Marian de van der Schueren in juni stond nadrukkelijk vermeld dat zij de *eerste* hoogleraar diëtetiek in Nederland is. Ook internationaal zijn ze nog dun gezaaid.

"Wel stromen steeds meer diëtisten door naar masteropleidingen", zegt ze, "bijvoorbeeld voeding en gezondheid of gezondheidswetenschappen. Allemaal meer georiënteerd op voeding dan op diëtetiek dus, dat wel. In Wageningen willen wij ons oriënteren op de noodzaak voor een eventuele master diëtetiek."

Dat juist De van der Schueren is aangesteld, is begrijpelijk. Na vier jaar praktijkwerk verkaste ze in 1990 naar het VUmc in Amsterdam om onderzoek te verrichten. "Ik wilde meer doen dan alleen zorg bieden", zegt ze. "Bij de start werd best vreemd aangekeken tegen mijn onderzoekersrol, want een paramedicus werd vooral gezien als zorgverlener." Maar ze promoveerde – op onderzoek naar ondervoeding bij hoofd-halskanker – en ging verder onderzoek doen op het gebied van ondervoeding. Nu begeleidt ze zelf diëtisten die promoveren. "Er zit een groep diëtisten aan te komen die het in zich heeft ook hoogleraar te worden", zegt ze. "Ik ben de eerste, maar zeker niet de laatste. En er zijn er

meer nodig, want één bijzonder hoogleraar voor één dag in de week gaat de wereld niet veranderen."

De leeropdracht van De van der Schueren is evidence based diëtetiek, met een nadruk op in maat en getal de meerwaarde van diëtetiek binnen behandeling aantonen. "Ik richt mij op de primaire en secundaire preventie in de eerste lijn", verduidelijkt ze. "Dat sluit mooi aan bij wat in Wageningen al gebeurt op het gebied van voedingskunde en bij mijn werk aan de HAN. Daar doe ik vanuit de praktijk vergelijkbaar onderzoek voor het hbo. In Wageningen kan ik daar de wetenschap aan toevoegen."

Die evidence based diëtetiek staat nog in de kinderschoenen, zegt De van der Schueren er direct bij. "Ik wil me ook niet alleen richten op onderzoeksgroepen", zegt ze, "ik wil iets waaraan heel veel diëtisten wat hebben. Als eenpitter in de eerste lijn bouw je een cliëntengroep op en werk je wel samen met andere eerstelijnszorgaanbieders en het sociaal domein, maar je komt niet toe aan onderzoek. Dat lukt alleen met krachtenbundeling. En het is ook nodig, want verwijzers en zorgverzekeraars vragen: toon eens aan wat je werk oplevert. Om op dat niveau te kunnen meepraten heb je data nodig, die helder je toegevoegde waarde aantonen."



GASTCOLUMN ZORGTECHNOLOGIE

Lessen leren uit de Corona Check

De zorg investeert nu veel in patiëntportalen en persoonlijke gezondheidsomgevingen (pgo's). In de ontwikkeling van toepassingen is beeldbellen een voor de hand liggende eerste stap en daarvan is in de coronacrisis ook veel gebruikgemaakt. Mooi natuurlijk, maar een nog interessantere (vervolg)stap is zorgprocessen echt slimmer maken en zelfs onnodige zorgmomenten voorkomen.

Dan komt de toepassing van *artificial intelligence* om de hoek kijken, omdat dit het mogelijk maakt op te schalen zonder dat het arbeid vergt. De Corona Check heeft ons wat dit betreft een goed beeld gegeven van wat wel en niet werkt. Dat heeft alles te maken met de manier waarop die is ontwikkeld en de manier waarop het gebruik is opgeschaald. In de afgelopen maanden hebben we samen met het Amsterdamse OLVG keihard en onder hoge tijdsdruk gewerkt aan die app. De ontwikkeling heeft ons belangrijke lessen geleerd, vooral dat een dergelijke ontwikkeling voor digitale zorg schaalgrootte vereist en dus een samenwerkingsverband dat groter is dan een behandelaar of regionale praktijk.

Bij de ontwikkeling van de Corona Check hebben we samengewerkt met een *medical board* met huisartsen en longartsen uit de participerende regio's, om op basis van een gezamenlijk gedragen visie het medisch beleid te bepalen dat gefundeerd werd met inmiddels meer dan twaalf miljoen datapunten. En we hebben van 20.000 gebruikers van de app feedback gekregen. Die combinatie was essentieel en legde de basis voor verdere ontwikkelingen.

Maar tegelijkertijd hebben we vastgesteld dat voor een succesvolle implementatie de lokale component niet uit het oog mag worden verloren. Amsterdam werkt immers in een andere setting met die app dan Utrecht of Nijmegen. De kracht van centrale ontwikkeling is duidelijk, maar voor de implementatie is het dus wel zaak aan te sluiten bij de regio en te leren van de lokale toepassingen. Dat blijkt goed uit te pakken nu de app inmiddels ook wordt toegepast in zeven andere

landen. In Kenia bijvoorbeeld, waar de zorg heel anders is ingericht dan in Nederland en waar bijvoorbeeld een hulpmiddel als de thermometer niet standaard beschikbaar is.

We zijn aan het nadenken over de vraag welke vervolgstappen we nu het best kunnen zetten. Ons platform wordt al op steeds meer plaatsen toegepast, voor uiteenlopende aandoeningen. Een uniek aspect van de Corona Check was dat die ontwikkeld werd voor burgers, niet patiënten. Nu kijken we of daaraan ook voor andere toepassingen behoefte bestaat. Zo ja, dan gaan we de oplossing die we daarvoor gaan ontwikkelen niet in de markt *pushen*, want dat is bij voorbaat kansloos. Alle succesvolle technieken of platformen in welke sector dan ook lossen een probleem op dat de gebruikers ervaren. Maar uit de manier waarop we in de afgelopen maanden onder grote tijdsdruk hebben gewerkt, kunnen we wel lessen trekken voor de toekomst. Denk aan preventieve toepassingen, maar natuurlijk ook aan klaar zijn voor een eventuele tweede uitbraak.

Verder weten we al langer dat digitaal contact tussen arts en patiënt in een aantal gevallen een alternatief kan zijn voor fysiek contact. De coronacrisis heeft dit gegeven enorm uitvergroot. Ook hiervan kunnen we veel leren voor hoe we hier in de toekomst mee omgaan. Als hierin nu zorgvuldige stappen worden gezet, kunnen we bewerkstelligen dat fysiek contact wordt beperkt tot die zorgvragen waarbij dit voor beide partijen – arts en patiënt – daadwerkelijk van meerwaarde is.

Daan Dohmen
Founder en CEO Luscii