

Je gaat het pas zien als je het doorhebt ...

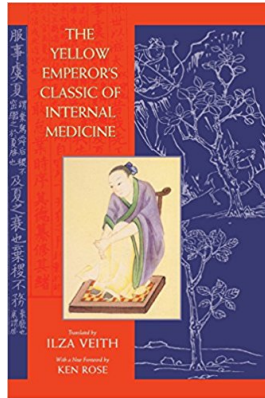
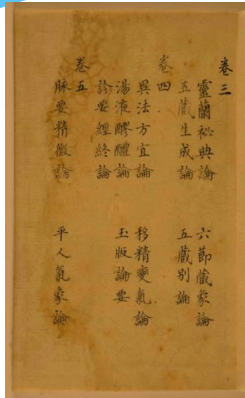
van oude chinezen en piskijkers naar leefstijlgeneeskunde in de nefrologie

Gerjan Navis
Internist-nefroloog
Endowed chair Nutrition in Medicine
UMCG



Voeding, gezondheid en geneeskunde

Leefstijl & Geneeskunde 0.0



Neijing, 1^e handboek
geneeskunde, 2600 VC

Leefstijl en Gezondheid 2600 VC
prioriteit dokter: patient gezond houden!
Leefstijladvies hoofdtaak van de dokter
Voeding en gezondheid in 1 hand

2019:

Leefstijl : ~ 45-70 % totale ziektelast
voeding, roken, alcohol
gebrek aan lichaamsbeweging
stress, slaapgebrek

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL REPORT

A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century

S. Jay Olshansky, Ph.D., Douglas J. Passaro, M.D., Ronald C. Hershov, M.D.,
Jennifer Layden, M.P.H., Bruce A. Carnes, Ph.D., Jacob Brody, M.D., Leonard Hayflick, Ph.D.,
Robert N. Butler, M.D., David B. Allison, Ph.D., and David S. Ludwig, M.D., Ph.D.

“Leefstijlgeneeskunde is politiek en geen zorg”

‘Dat afvallen wordt niks. Ik wil een maagverkleining’ **Kelly is 30, heeft diabetes, en weegt 108 kg bij 1.75 m.** Mijn praktijkondersteuners hebben het vaak over leefstijl gehad, de diëtiste en de fysiotherapeut hebben geprobeerd haar gezonder te laten eten en meer te bewegen. Groenten lust ze niet, bewegen is niet leuk, gamen en films kijken wel. Ze heeft werk met wisselende diensten en weinig geld. [...].

.....

“GL en CU stellen voor om ‘leefstijlgeneeskunde’ een zetje in de rug te geven. De leefstijlinterventie gaat vergoed worden. Overal initiatieven. Deels goed bedoeld, deels winstbejag, want waar geld in de zorg gepompt wordt, komen de aasvliegen ook. **Ik geef adviezen en help, maar leefstijlgeneeskunde hoort publieke gezondheidszorg te zijn,** met tabaks- en voedingsmaatregelen, armoedebestrijding, onderwijs en betere planologie. Ik wil de aasvliegen niet in mijn spreekkamer”.

Column Joost Zaat, huisarts, de Volkskrant, 30 september 2018

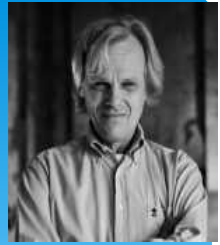


Leefstijl in de Geneeskunde waar staan we?

- * Leefstijl opgenomen in ~ alle richtlijnen voor chronische ziekte
- * Richtlijnen goede voeding met evt ziektespecifieke aanpassing, beweegrichtlijn
- * Uitvoering in de praktijk blijft sterk achter

• Geen tijd/geen kennis/funding niet geregeld • Onvoldoende motivatie patiënt • Onvoldoende tijd diëtetiek • Onvoldoende motivatie professional (arts) te weinig hard bewijs medicatie is effectiever (“doe mij maar n pilletje”) lukt toch niet	Meer tijd/scholing/geld Motivatatie targeten: Gedrag/nudging/psychologie
	Meer/beter onderzoek

Dikke domme diabeet...



Als iets niet lukt, dan zoekt frustratie daarover een uitlaat. Vaak door anderen de schuld te geven.

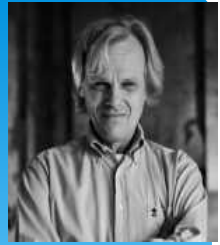
In de zorg zijn we vaak machteloos. Het lukt ons bijvoorbeeld maar niet om de patiënt met overgewicht en suikerziekte tot gedragsverandering te brengen.

“Niet ik schiet tekort, maar de patiënt die niet luistert”

“Geef de patient niet de schuld omdat jij je machteloos voelt”

Medisch Contact, 2 oktober 2018 Blog Menno Oosterhoff, psychiater

“Dikke domme diabeet”



Als iets niet lukt, dan zoekt frustratie daarover een uitlaat. Vaak door anderen de schuld te geven.

In de zorg zijn we vaak machteloos. Het lukt ons bijvoorbeeld maar niet om de patiënt met overgewicht en suikerziekte tot gedragsverandering te brengen.

“Niet ik schiet tekort, maar de patiënt die niet luistert”

“Geef de patient niet de schuld omdat jij je machteloos voelt”



Blaming the victim !

Medisch Contact, 2 oktober 2018 Blog Menno Oosterhoff, psychiater

Blaming the victim

- * Leidt af van wat je WEL kunt doen
- * Leidt af van alles waar de patient NIETS aan kan doen

Grootste uitdaging preventie Leefstijl bij risicogroepen (lage SES)

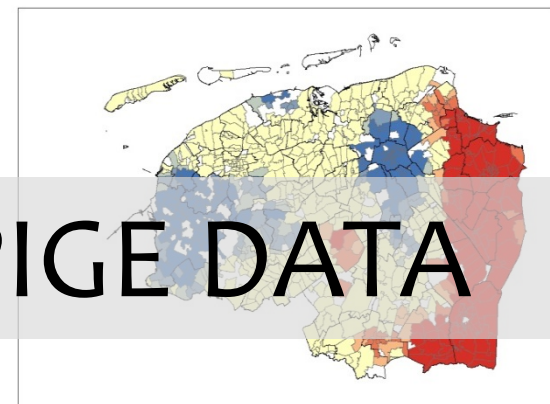
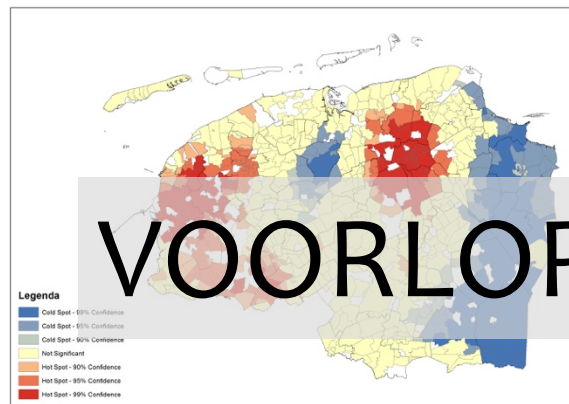
Ontwikkelingen laatste 20 jr:

- Levensverwachting stijgt
 - Gezonde levensverwachting stijgt veel minder
 - Lage SES: blijven steeds verder achter
 - Toename sociaal-economische gezondheidsverschillen
-
- Hoe vind je ze? ?
 - Voorlichting in Jip & Janneke taal & als stripverhaal etc

Blaming the victim: party-crasher in de primaire preventie

Lichamelijk functioneren (traplopen, boodschappen doen etc)

Overgewicht



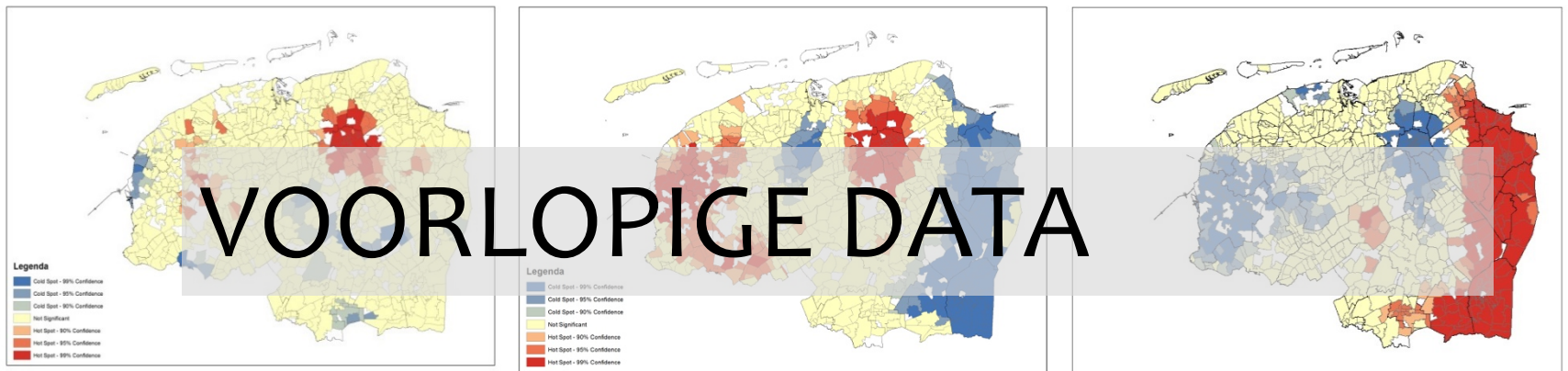
VOORLOPIGE DATA

Blaming the victim: party-crasher in de primaire preventie

Ervaren gezondheid

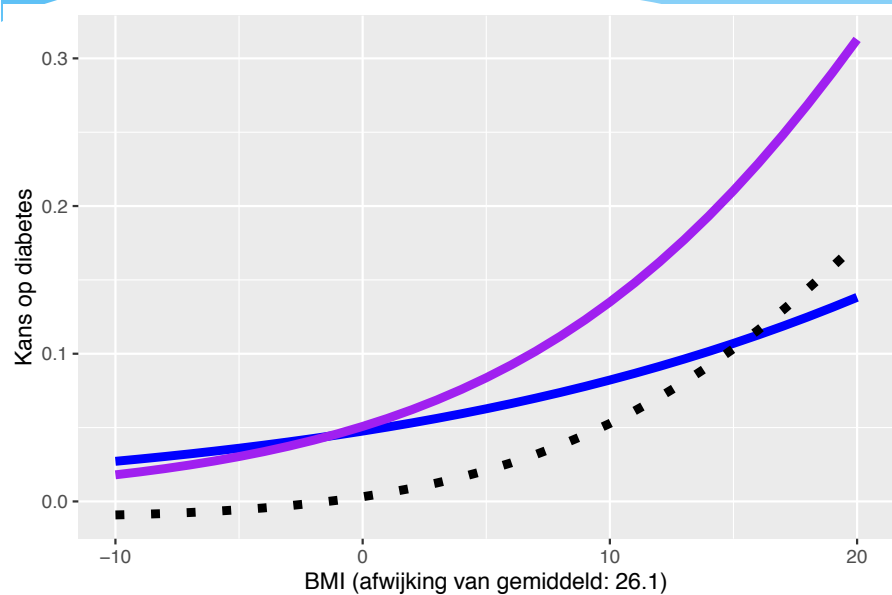
Lichamelijk functioneren (traplopen, boodschappen doen etc)

Overgewicht



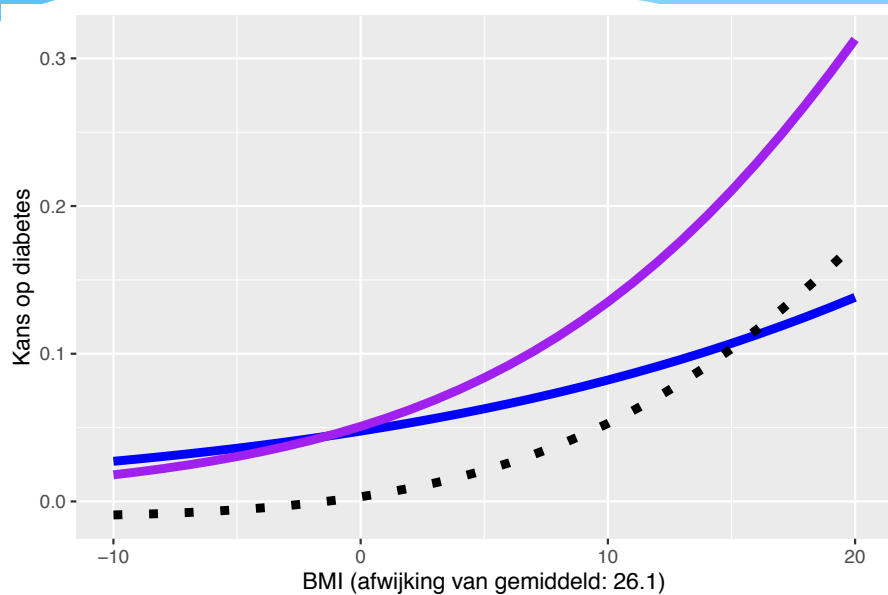
- Preventie gericht op “medisch model”: sluit niet aan bij behoefte.
- Beter in kaart brengen van de behoefte kan helpen om dure mislukkingen te voorkomen door beter aansluiten bij waarden, wensen en verwachtingen, en blootleggen blinde vlekken.
- POST-code beter voorspellend voor gezondheid dan DNA-code !!!!
- Ondersteunt het belang van wijk-aanpak (gemeente, WMO)

Wijk-BMI beïnvloedt het individuele risico op T2DM



Dhr A, 50 jr, BMI 28, wijk-BMI 25
Dhr B, 50 jr, BMI 28, wijk-BMI 32.

Wijk-BMI beïnvloedt het individuele risico op T2DM



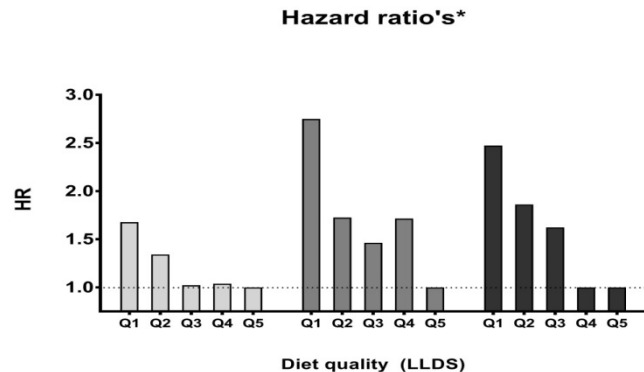
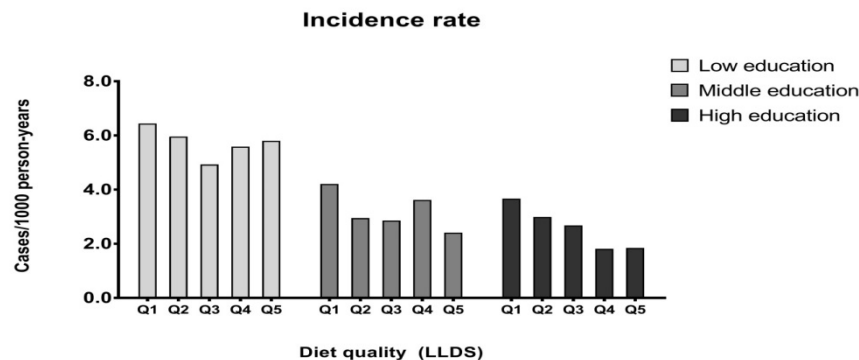
- * Bij hoog gemiddelde BMI op wijk-niveau: risico op T2DM 20% hoger dan te verklaren uit het individuele risico profiel

- * Hoe hoger de BMI, hoe meer de wijk-BMI het risico op T2DM verder verhoogt

Dhr A, 50 jr, BMI 28, wijk-BMI 25
Dhr B, 50 jr, BMI 28, wijk-BMI 32.

Risico op T2DM:
Dhr B: risico op T2DM 20% hoger dan dhr A

Relatie dieet-kwaliteit en diabetes-risico hangt af van SES



* Adjusted for age, gender, smoking status, energy intake, alcohol intake, non-work MVPA

* T2DM: meer bij lager opgeleiden

* T2DM: meer bij lagere dieet-kwaliteit

* **Laag opgeleid en eten volgens de richtlijn: TOCH een hoog diabetes risico !!**

* Blaming the victim:

* Niet alleen oneerlijk maar ook **wetenschappelijk onterecht en contraproductief !**

De uitdaging: hoe kom je verder?

“Je gaat het pas
zien als je het
door hebt”





Sterke punten van de zorg die we onvoldoende gebruiken voor leefstijlmanagement

1. Risicogroepen “by default” bereikt! *
2. Patient vertrouwt dokter als deskundige ! * er is een hulpvraag *
3. Werkwijze: onderbouwd ! Beoordelen en **METEN** alvorens te handelen *
4. We zien de patient terug (feedback en follow-up) *
5. We kennen onze patient (personalize) * (waarden/wensen/voorkeuren)
6. Harde eindpunten binnen enkele jaren

* = bewezen effectief

In de zorg:

Randvoorwaarden voor effectief leefstijl management beter dan in primaire preventie!

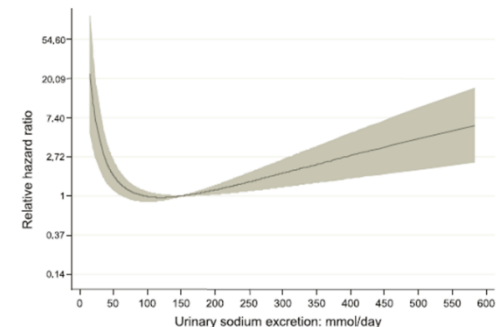
Randvoorwaarden voor effectief leefstijlonderzoek beter dan in primaire preventie!

Systematische inzet van de sterke punten van de zorg: ENORME kansen!

De kracht van METEN: Klinische beoordeling als basis voor fundamentele verbetering leefstijl management

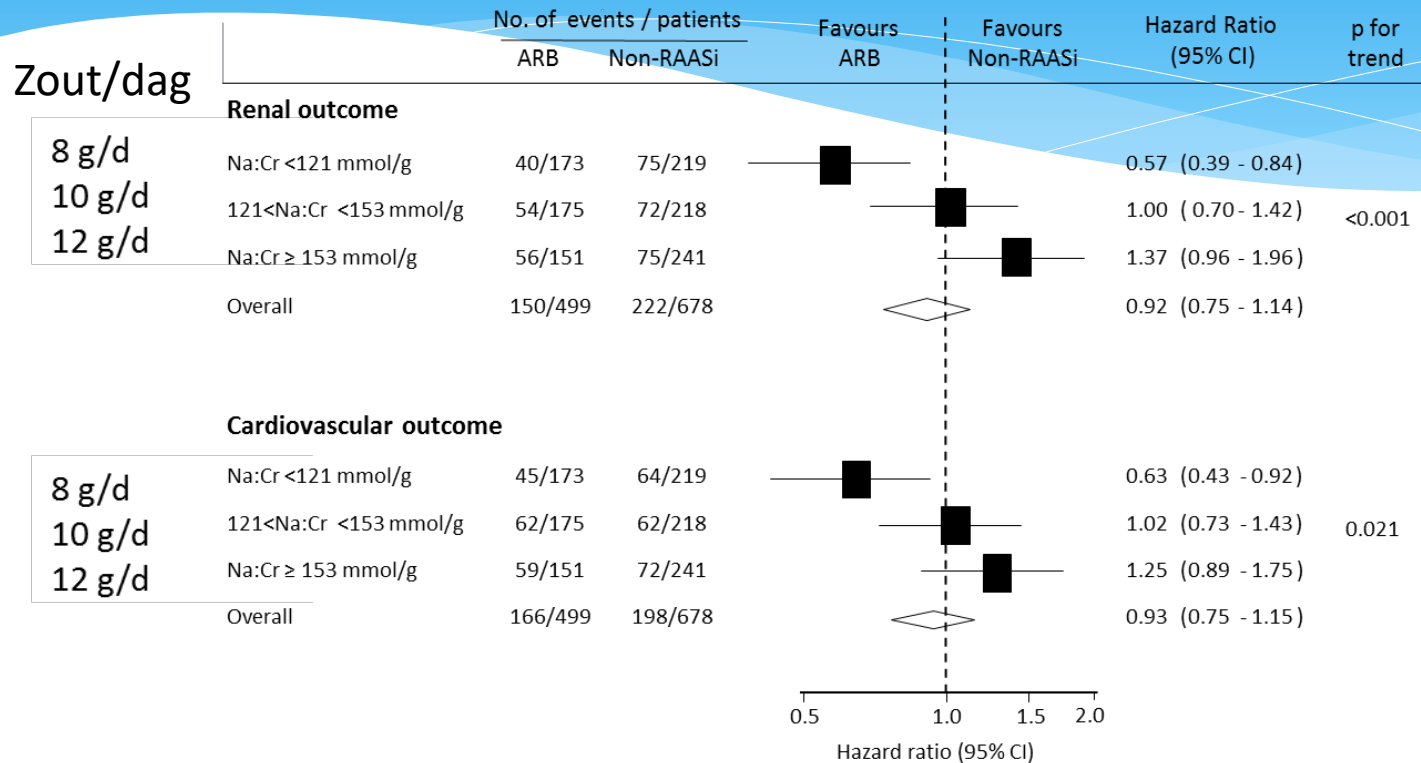
Casus 1: zout

- * Conventioneel: zout > bloeddruk > CVD > sterfte
- * Richtlijnen: max 5-6 g/d
- * Real-life 2019:
 - Goede en betaalbare antihypertensiva
 - Zout-beperking notoir lastig
 - En nog altijd controversé ☹️☹️ (geen grote RCTs...)
 - Relevant?





“Doe mij maar een pilletje” Helaas!

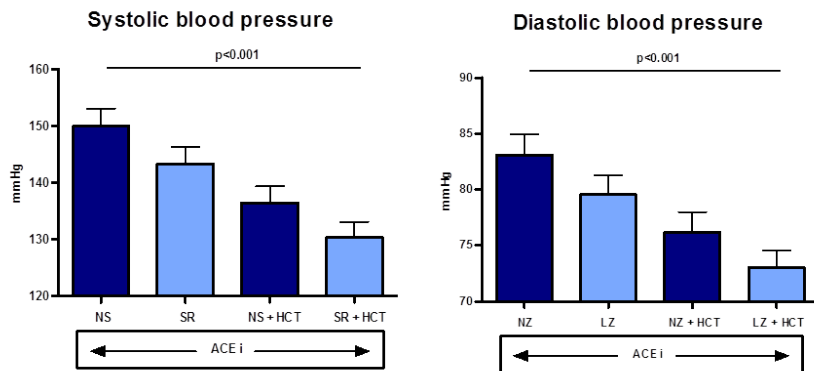


Evidence-based farmacotherapie cardiorenale protectie T2DM

Werkt niet bij teveel zout – ondanks goede bloeddruk door pillen!

Daar kom je alleen achter als je MEET hoeveel zout iemand eet over langere tijd

Follow-up en feedback HELPT ook in een moeilijke patientengroep (onze eigen kelly's)



- * Dieet-interventie T2DM (100+ kg;) zout van ~13 naar ~9 g/d (!!!)
- * Fraaie daling bloeddruk en eiwit-excretie urine
- * “dikke domme diabeet” ? Super-goed gelukke interventie !

KLEINE BEETJES HELPEN !
Systematische Feedback obv getallen WERKT
(eHealth/blended care)
Slim gebruik maken van klinische setting



Voorbeeld 2: post-transplantatie obesitas

Niertransplantatie

Nierfunctie hersteld

Dieet-beperkingen vervallen

Anti-afstotingsmedicatie nodig

Oa prednisolon

Posttransplantatie obesitas

Post-transplantatie DMII

Nierschade

CVD

Sterfte



We zagen:

Ze worden snel dik

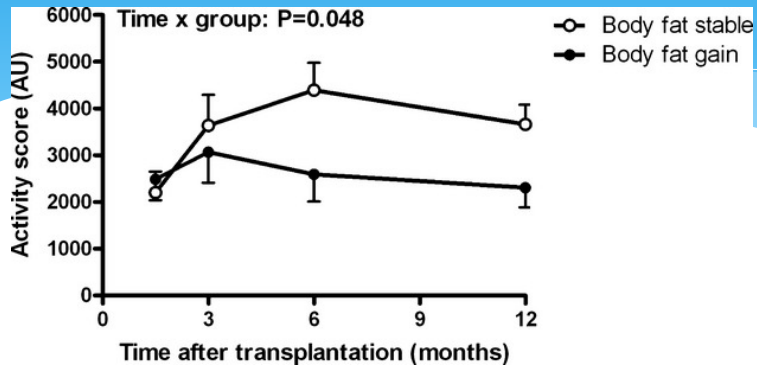
Beleid:

Dietist > gezond gewicht

We dachten: die gaan
helemaal los !

Meetgegevens

Beweging

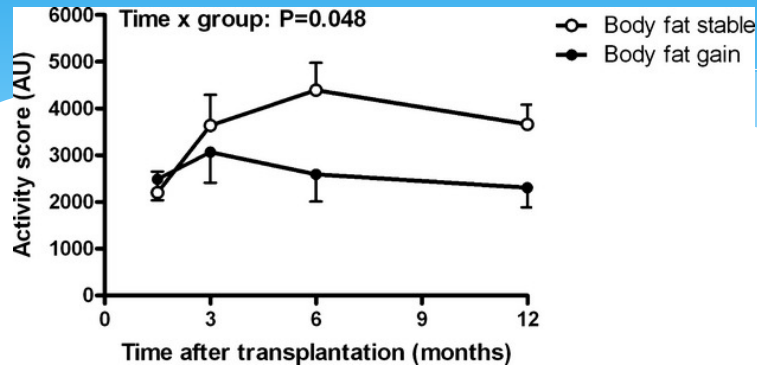


- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)

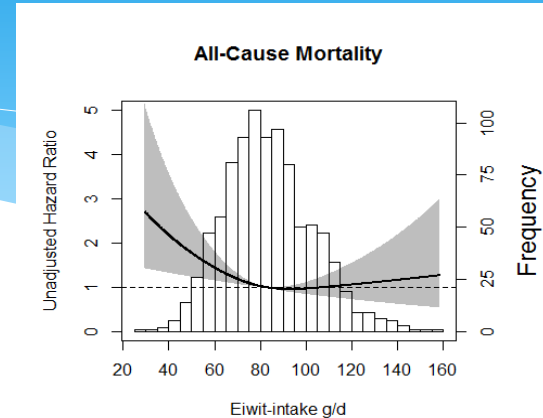


Meetgegevens

Beweging



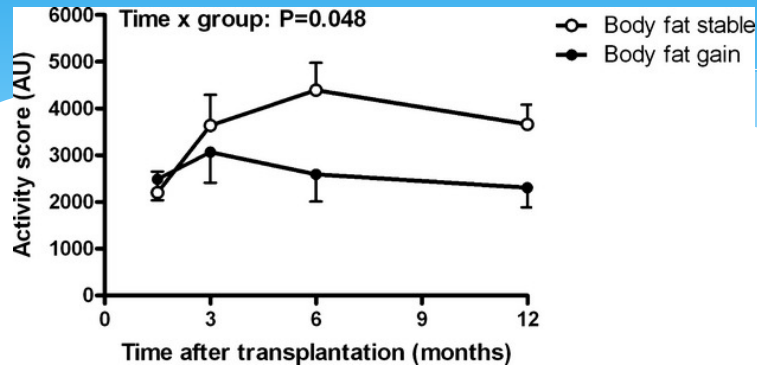
Voedingskwaliteit: eiwit-intake



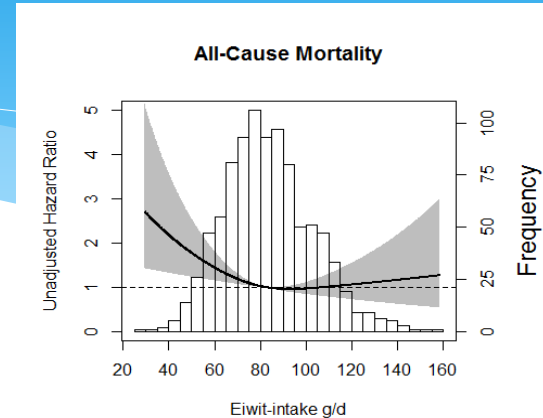
- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)
- 3) Voedingskwaliteit: ~ HELFT van de patiënten eet te weinig eiwit > hogere sterfte !
 - richtlijn (0.8-1 g/kg/d) : gebaseerd op algemene bevolking en angst voor teveel eiwit/nierschade nodig: ≥ 1.2 g/kg/d (~richtlijn bij chronische ziekte en ouderen)
 - objectieve kwantificering eiwitinname: onthullend !!!

Meetgegevens

Beweging



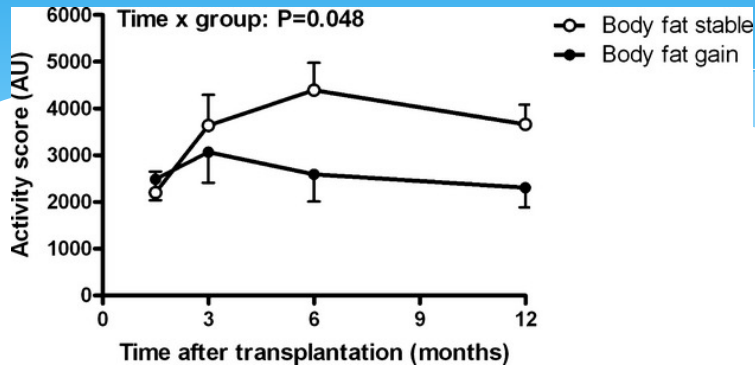
Voedingskwaliteit: eiwit-intake



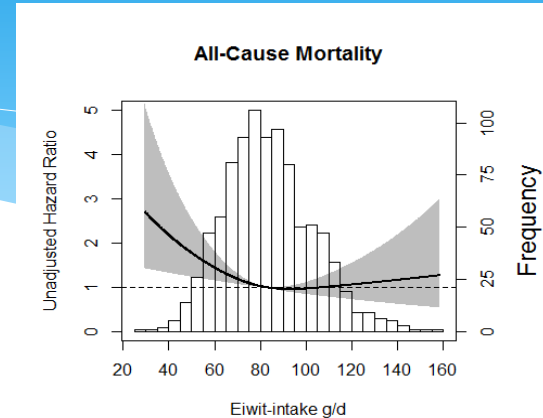
- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)
- 3) Voedingskwaliteit: ~ HELFT van de patienten eet te weinig eiwit > hogere sterfte !
richtlijn (0.8-1 g/kg/d) : gebaseerd op algemene bevolking en angst voor teveel eiwit/nierschade
nodig: ≥ 1.2 g/kg/d (~richtlijn bij chronische ziekte en ouderen)
objectieve kwantificering eiwitinname: onthullend !!!
- 4) Determinanten bewegingsarmoede:

Meetgegevens

Beweging



Voedingskwaliteit: eiwit-intake



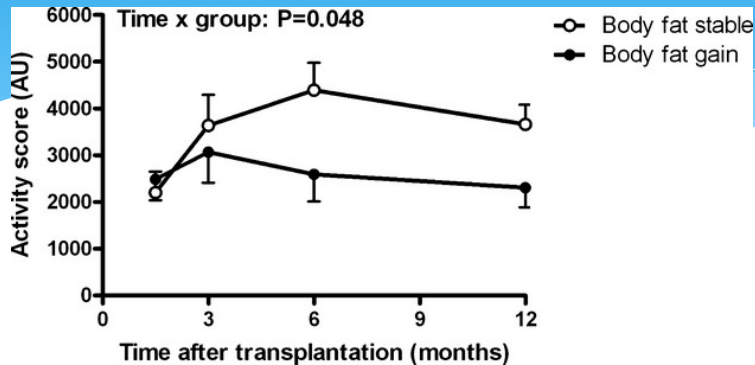
- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)
- 3) Voedingskwaliteit: ~ HELFT van de patienten eet te weinig eiwit > hogere sterfte !
richtlijn (0.8-1 g/kg/d) : gebaseerd op algemene bevolking en angst voor teveel eiwit/nierschade
nodig: ≥ 1.2 g/kg/d (~richtlijn bij chronische ziekte en ouderen)
objectieve kwantificering eiwitinname: onthullend !!!
- 4) Determinanten bewegingsarmoede:
sarcopenie
slechte cardioresp fitheid (uit conditie)
moeheid

Basisvoorwaarden voor zelf oppakken
lichamelijke activiteit niet aanwezig !

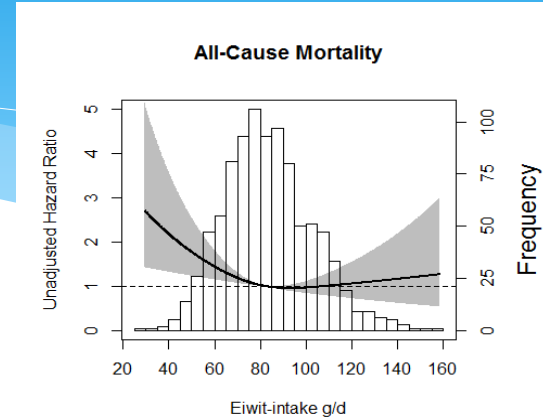
Revalidatie nodig ! (ACT-studie)

Meetgegevens

Beweging



Voedingskwaliteit: eiwit-intake



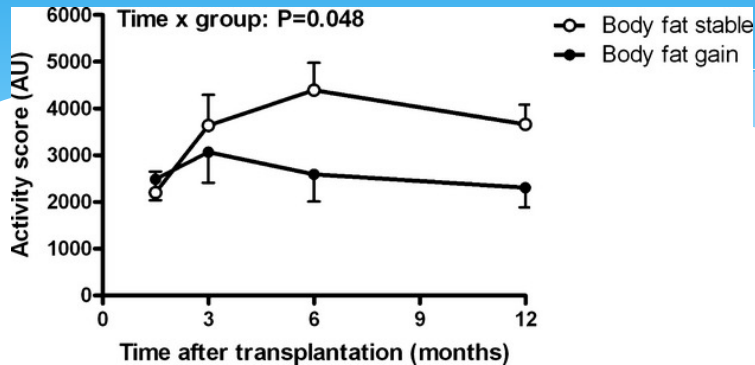
- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)
- 3) Voedingskwaliteit: ~ HELFT van de patiënten eet te weinig eiwit > hogere sterfte !
richtlijn (0.8-1 g/kg/d) : gebaseerd op algemene bevolking en angst voor teveel eiwit/nierschade
nodig: ≥ 1.2 g/kg/d (~richtlijn bij chronische ziekte en ouderen)
objectieve kwantificering eiwitinname: onthullend !!!
- 4) Determinanten bewegingsarmoede:
sarcopenie
slechte cardioresp fitheid (uit conditie)
moeheid

Basisvoorwaarden voor zelf oppakken
lichamelijke activiteit niet aanwezig !

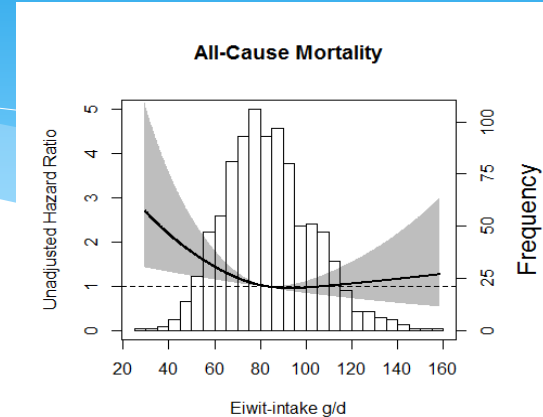
➤ Onderliggend probleem ?

Meetgegevens

Beweging



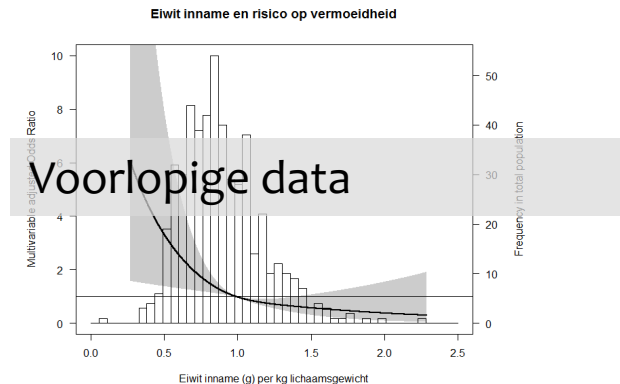
Voedingskwaliteit: eiwit-intake



- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)
- 3) Voedingskwaliteit: ~ HELFT van de patiënten eet te weinig eiwit > hogere sterfte !
richtlijn (0.8-1 g/kg/d) : gebaseerd op algemene bevolking en angst voor teveel eiwit/nierschade
nodig: ≥ 1.2 g/kg/d (~richtlijn bij chronische ziekte en ouderen)
objectieve kwantificering eiwitinname: onthullend !!!

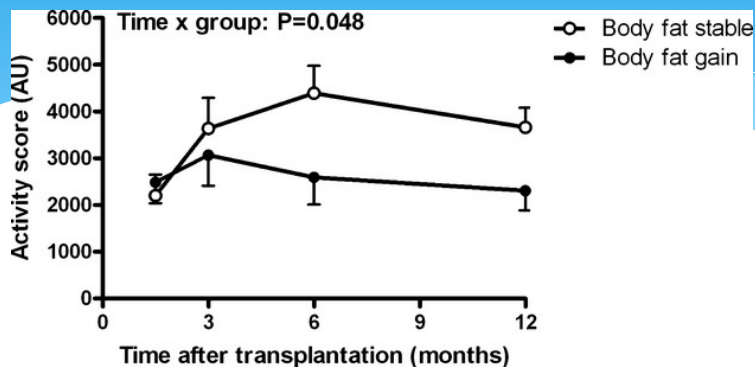
- 4) Determinanten bewegingsarmoede:
sarcopenie
slechte cardioresp fitheid (uit conditie)
moeheid

➤ **Eiwit-ondervoeding als niet-onderkend onderliggend probleem**



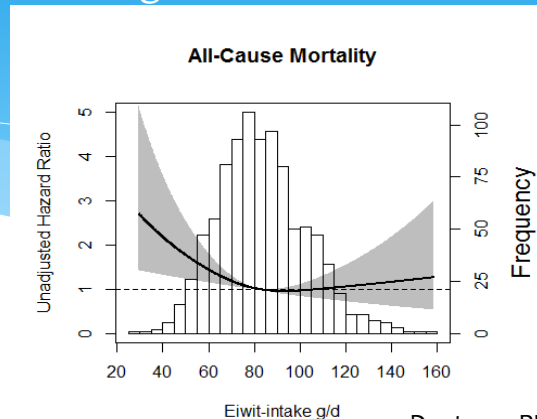
Meetgegevens

Beweging



Zelle DM 2013, Clin transplant

Voedingskwaliteit: eiwit-intake



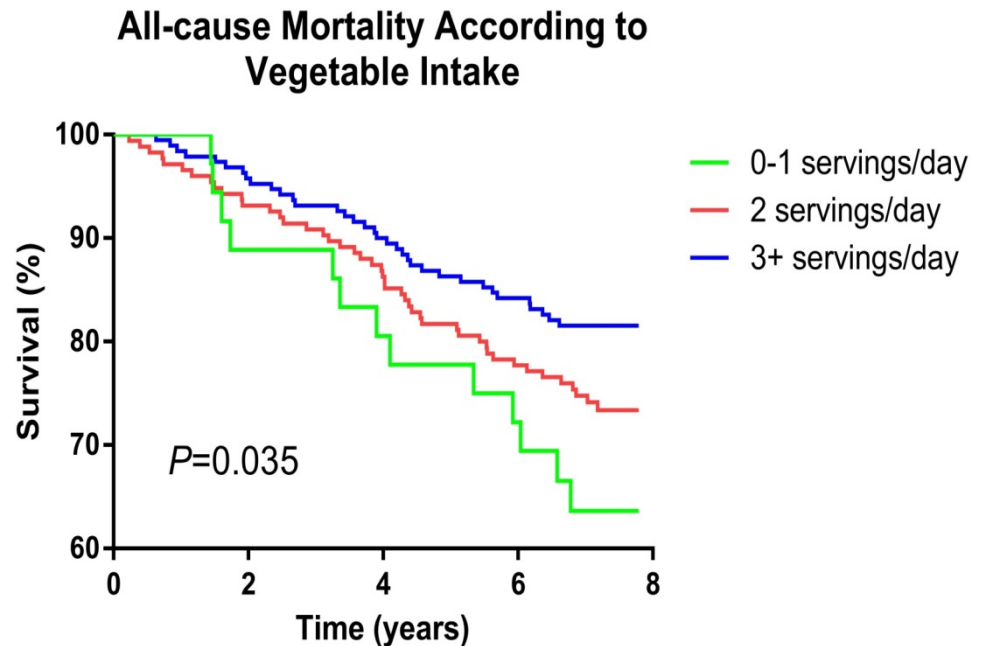
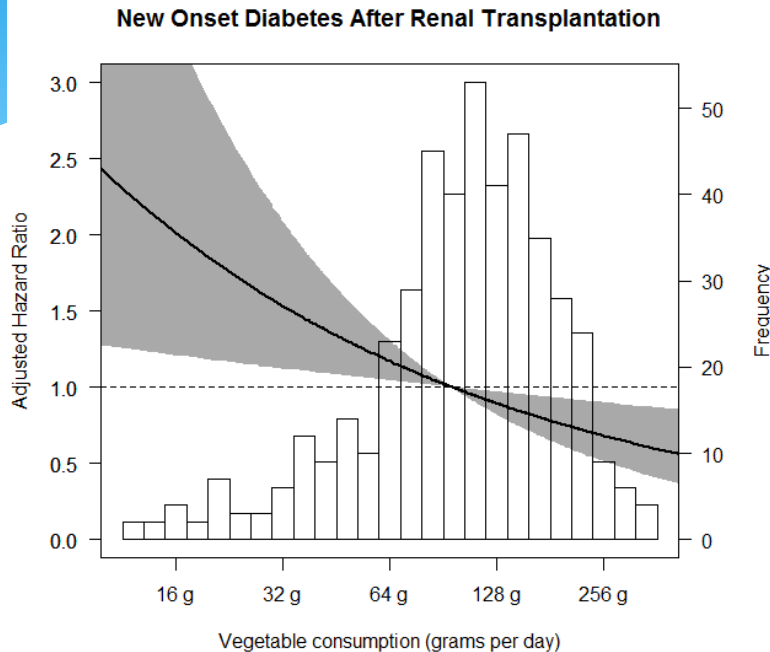
Deetman PE, 2015.
Transplantation

- 1) Transplantatie patiënten eten MINDER dan gezonden
- 2) Gewichtstoename niet verklaard door voeding maar door bewegingsarmoede (slechte conditie)
- 3) Voedingskwaliteit: ~ HELFT van de patienten eet te weinig eiwit > hogere sterfte !
 richtlijn (0.8-1 g/kg/d) : gebaseerd op algemene bevolking en angst voor teveel eiwit/nierschade
 nodig: ≥ 1.2 g/kg/d (~richtlijn bij chronische ziekte en ouderen)
 objectieve kwantificering eiwitinname: onthullend !!!
- 4) Determinanten bewegingsarmoede:
 sarcopenie
 slechte cardioresp fitheid (uit conditie)
 moeheid

- **Eiwit-ondervoeding als niet-onderkend onderliggend probleem**
- **Te dik door miskende, (deels) iatrogene ondervoeding ☹☹☹**
- **Complexe patient: goede, multidisciplinaire assessment en begeleiding nodig !**
- **GTC: Leefstijl poli ! Leefstijl-dashboard voor pt & professional**

Zelle et al 2013
 Van den Berg 2012
 Deetman et al 2015
 Gomes Neto, in prep

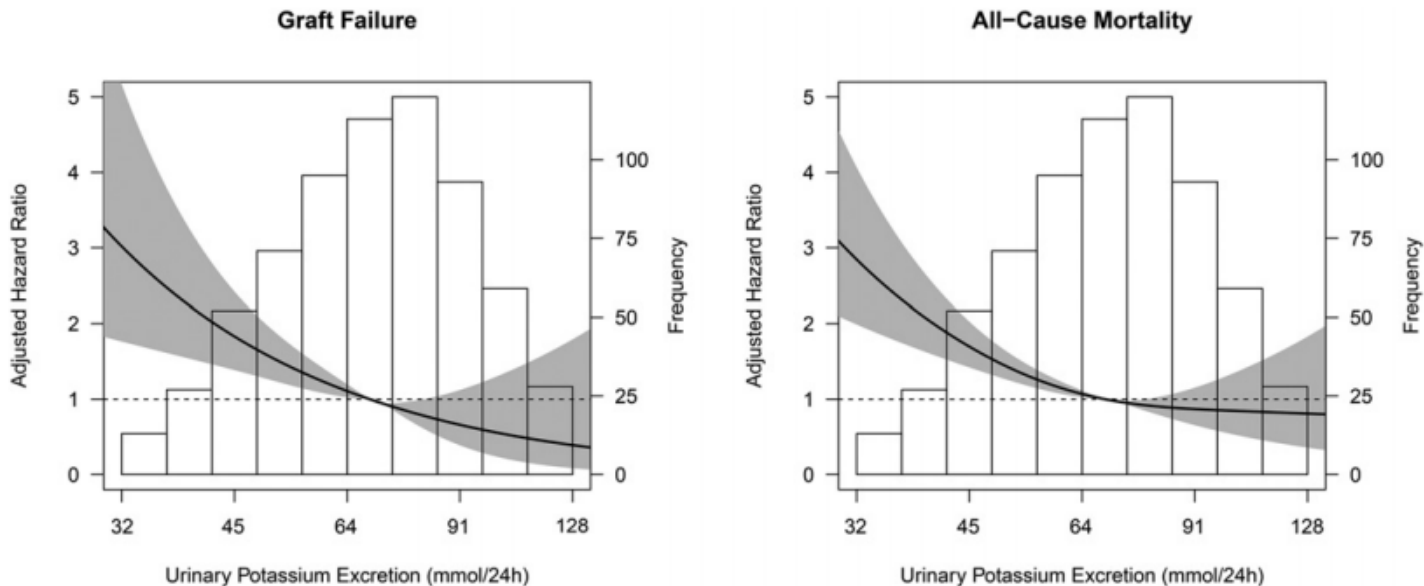
T2DM en sterfte na Niertx: rol van te weinig groente



Ondanks prominente iatrogene factoren (medicatie) **ook** sterk effect van generieke leefstijl factoren op NODAT: weinig groente, meer risico

Waarom weinig groente? **Angst voor hoog kalium/liever geen verandering van dieet (“griezelig”); “is slecht voor mijn nier”**

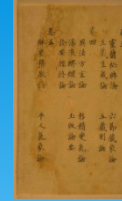
Angst voor kalium is na transplantatie onterecht !



Niet een **hoge**, maar een **lage** K⁺ inname is geassocieerd met slechtere uitkomsten

Goede ontsluiting klinische data: snelle leercurve mbt leefstijl na nierTx !
Leefstijl-dashboard UMCG: faciliteren overzicht voor pt en professional

Take home messages:



- * Te dik en toch ondervoed: een onderschat probleem !
- * Oudere, chronisch zieke patient: ondervoed tot het tegendeel bewezen is. Ook bij hoge BMI !
- * We meten en registreren te veel ☹ Voeding en voedingstoestand zijn de uitzondering die de regel bevestigt!! **Systematisch meten in patienten levert belangrijke en klinisch relevante inzichten op !**
- * Multidisciplinaire aanpak nodig – anders doen we de verkeerde dingen!
- * Do not blame the victim !



Dank aan:

- * Stephan Bakker
- * Nicole Deetman
- * Dorien Zelle
- * Hiddo Lambers Heerspink
- * Arjan Kwakernaak
- * Else van den Berg
- * Louise Dekker
- * Michele Sotomayor
- * Karin Boslooper-Meulenbelt