

Pim Assendelft

Hoogleraar Preventie in de Zorg, Radboudumc

Robert van de Graaf

Verslavingsarts, Verslavingskunde Nederland

ONGEZONDE LEEFSTIJL IS GEDRAG, EN GEDRAG IS TAAI. EEN DWARS, MAAR REALISTISCH GEZICHTSPUNT

De genotmiddelenindustrie is er de afgelopen decennia in geslaagd om het gebruik van alcohol, tabak en junkfood stevig te verankeren in onze samenleving. Een slim gebruik van de zogenaamde 4 P's van de Marketing Mix: Product, Prijs, Plaats, Promotie, heeft geleid tot een combinatie van aantrekkelijke producten, gunstige prijzen, velerlei promotie- en reclameactiviteiten, en een ontelbaar aantal verkooppunten. Genotmiddelen worden inmiddels gezien als normale, aantrekkelijke en relatief onschuldige consumentenproducten, die in allerlei varianten, goedkoop en op grote schaal in elke supermarkt gekocht kunnen worden. Niet voor niets gebruikt een groot deel van de Nederlandse bevolking deze producten dagelijks, wekelijks of met enige regelmaat. Hiernaast is de verleiding om een stoel te gebruiken in het openbaar vervoer, thuis, op school of op het werk dermate groot dat de resulterende lichamelijke inactiviteit veel Nederlanders gezondheidsschade oplevert.

'Social communicable diseases' Inactiviteit en het nuttigen van ongezonde producten vindt vaak plaats in gezelschap. In zekere zin is rook-, drink- en eetgedrag en inactiviteit sociaal besmettelijk. Ziekten die

ontstaan door deze gedragingen en verslavingen zouden dan ook gezien kunnen worden als 'social communicable diseases' (SCD's). Een roker, bijvoorbeeld, beïnvloedt in sociale interacties ook het rookgedrag van anderen. Rokers zoeken elkaar vaak op, ze verstrekken elkaar tabak,

steken elkaars sigaret aan, creëren rookplekken en plannen samen rookpauzes. Hierdoor versterken ze elkaars rookgedrag en houden het in stand. Een ex-roker of een roker die probeert te stoppen kan terugvallen door bewuste of onbewuste uitnodigende interacties met rokers.

Dezelfde leer- en verleidingsprincipes gelden ook voor het drinken van alcohol en het eten van chips, en eigenlijk ook voor het zitten op een stoel of bank. Gebruikers zijn hiermee zelf één van de belangrijkste marketinginstrumenten geworden.

Het is ook opvallend hoe makkelijk deze gewoonten van generatie op generatie lijken te worden overgedragen. Rookgedrag van bijvoorbeeld ouders zet aan tot roken bij kinderen. Ondanks het feit dat de meeste ouders niet willen dat (hun eigen) kinderen gaan roken, roken nog veel mensen in de buurt van kinderen en roken vrijwel alle rokende ouders wel eens in het bijzijn van hun eigen kind. Het gaat bij gedragsbeïnvloeding niet om wat je zegt, maar om wat je doet. Over het algemeen kan gesteld worden dat hoe meer mensen in de directe omgeving van een kind genotmiddelen gebruiken en inactief gedrag vertonen, hoe groter de kans is dat kinderen het gedrag kopiëren.

Veranderenergie

Het RIVM heeft berekend dat een groot deel van de doelstellingen van het Preventieakkoord met de huidige maatregelen niet gerealiseerd kan worden. Wij zijn het daarmee eens omdat de bewezen meest effectieve maatregelen, de zogenaamde 'best buys' van de WHO¹, niet in het akkoord zijn opgenomen of slechts een klein onderdeel. Deze best buys doen in feite wat de industrie niet wil, namelijk de optimale Marketing Mix verstoren: product en prijs ongunstiger maken, het aantal verkoop- en gebruikspunten verminderen en de promotie beperken. Wel heeft het Preventieakkoord bij vele maatschappelijke organisaties, bedrijven, individuen en regio's veranderenergie losgemaakt, zoals lokale en regionale preventieakkoorden. Deze energie zet mensen in ieder geval aan tot het veranderen van ongezond gedrag.

¹ (<https://www.who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/>)

“Al onze interventies in de spreekkamer om ongezond gedrag van mensen gunstig te beïnvloeden kunnen beschouwd worden als een vorm van verslavingsbehandeling.”

Pim Assendelft



“Een belangrijk deel van de mensen is zonder goede gespecialiseerde leefstijlzorg niet in staat om te veranderen, en ons zorgstelsel is daar nog onvoldoende op toegerust.”

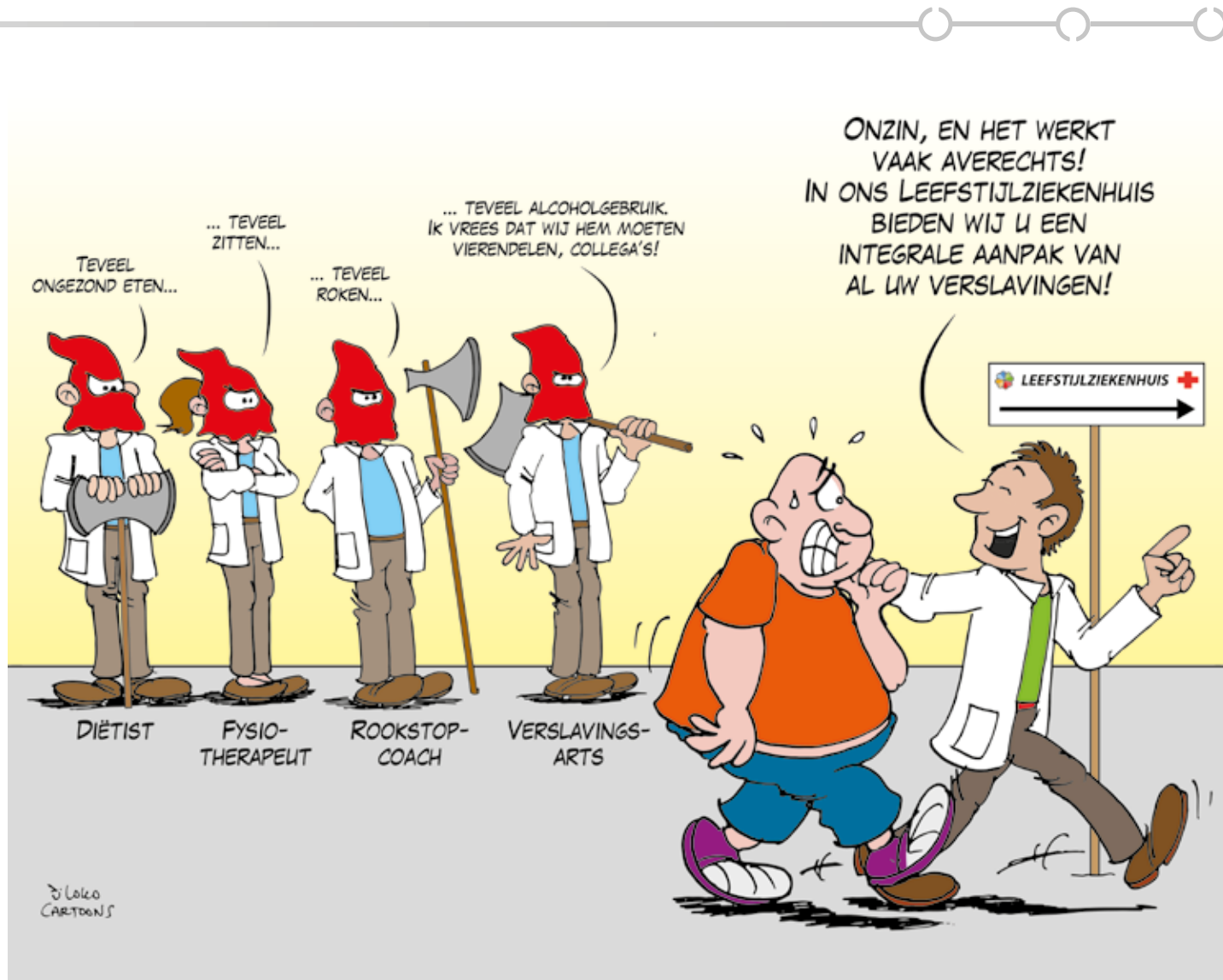
Robert van de Graaf

Ongezonde leefstijl complex

Als artsen behandelen we dag in dag uit mensen met gedrag dat in potentie ziekmakend of zelfs dodelijk is, zoals het roken van tabak, het drinken van alcohol, het teveel eten van ongezond voedsel, en het te weinig bewegen. Veel van dit gedrag is geautomatiseerd en bij een deel van deze mensen is het gedrag dusdanig ziekelijk dat er sprake kan zijn van een ‘verslaving’. Ook gaat de ene verslaving vaak samen met een andere verslaving. Zo zijn er veel mensen die niet alleen roken, maar tevens problematisch drinken, lichamelijk te inactief zijn en teveel junkfood eten. De combinatie van twee, drie of alle vier komt binnen gezins- en familieverbanden frequent voor. Bovendien bestaat het risico dat als met het ene gedrag gestopt of geminderd wordt, dit doorslaat naar ander schadelijk gedrag. Een bekend voorbeeld is dat rokers die stoppen met roken vaak in lichaamsgewicht toenemen. Een deel van de mensen dat een maagverkleining heeft ondergaan, komt later terecht in de gespecialiseerde verslavingszorg voor een alcoholverslaving. Het doorslaan in een ander gedrag en de gevolgen daarvan kan bovendien weer een reden zijn om terug te vallen in het oorspronkelijke veranderde gedrag. Zoals veel patiënten in de verslavingszorg zeggen ‘het verslavingsmonster heeft meerdere koppen’ en de behandeling moet zich dus richten op het ‘ongezonde leefstijl complex’ (OLC) als geheel.

Al onze interventies in de spreekkamer om ongezond gedrag van mensen gunstig te beïnvloeden kunnen beschouwd worden als een vorm van verslavingsbehandeling.

Zo’n behandeling is tegelijkertijd preventie, omdat allerlei problemen worden voorkomen. Het is ook preventie als we het effect op jonge kinderen hierin meenemen. De behandelingen hebben dan ook niet alleen effect op de persoon



in onze spreekkamer, maar ook op anderen in zijn of haar omgeving.

Gespecialiseerde leefstijlcare

Ongezonde leefstijl is gedrag, en gedrag is taai. Daarom is een goed georganiseerde preventie-keten nodig, waarbij in de eerstelijns verwezen kan worden naar meer gespecialiseerde hulp bij gedragsverandering. Een belangrijk deel van de mensen is zonder goede gespecialiseerde leefstijlcare niet in staat om te veranderen, en ons zorgstelsel is daar nog onvoldoende op toegerust. In de eerstelijns zijn de mogelijkheden beperkt als de gedragsproblematiek te ernstig en of complex wordt, bijvoorbeeld door co-morbide stoornissen. In het slechtste geval wordt naar vier zorgprofessionals voor elk van de ongezonde gedragingen verwezen, namelijk (1) de diëtist of bariatrisch

chirurg), (2) de fysiotherapeut, (3) de rookstopcoach en (4) de verslavingsarts. De gecombineerde leefstijl interventie (GLI) is een prijzenswaardige poging om de domeinen van problematische inactiviteit en eetgedrag te integreren binnen één groep professionals, maar is alleen geschikt voor een lichte vorm van problematiek. Bij uitblijvende effectiviteit is er geen vanzelfsprekende vervolgbehandeling beschikbaar. Het streven van de gespecialiseerde verslavingszorg om voor de meest verstokte rokers beschikbaar te worden is een goede stap vooruit, maar helaas financieren de zorgverzekeraars deze zorg (nog) niet.

De juiste leefstijlcare op de juiste plek

Met het Preventieakkoord en alle veranderenergie die daarmee door

onze maatschappij stroomt, worden mensen gestimuleerd om een ongezonde leefstijl te veranderen. Dit is een mooie stap, maar ook het zorgvangnet moet goed georganiseerd zijn en dat is nu niet het geval. Hierbij moet gekeken worden naar wat voor het hele spectrum van ongezonde gedragingen van de burger / patiënt nodig is, in plaats van wat binnen het huidige systeem mogelijk is. Het bevorderen van gezond gedrag heeft behoefte aan 'stepped care'; zorg die geïntensiveerd kan worden afhankelijk van de complexiteit, en 'ketenzorg'; de zorg van het ene echelon moet goed aansluiten op het echelon dat het overneemt. Ook voor bevorderen van gezond gedrag geldt: 'de juiste zorg op de juiste plek'!