

Manifest voor Leefstijlgeneskunde - Leefstijlgeneskunde: nodig voor fundamentele omslag in de gezondheidszorg(kosten)

Als opiniërend stuk verschenen in diverse landelijke media in maart 2018¹

Dat leefstijlinterventies ingezet kunnen worden ter voorkoming van gezondheidsklachten is evident. Leefstijl omvat het geheel van voeding, beweging, ontspanning en slaap en is van groot belang om gezond te zijn en gezond te blijven. Maar dat leefstijlinterventies ook effectief ingezet kunnen worden voor herstel of behandeling van aandoeningen is minder bekend, terwijl serieuze indicaties hiervoor al lang bestaan. De ondertekenaars van dit Manifest betogen dat leefstijlgeneskunde nodig is voor een fundamentele omslag in de gezondheidszorg(kosten).

Op 4 april heeft de Tweede Kamer vergaderd met Minister Bruins over de ontwikkelingen rond leefstijlinterventies in de curatieve zorg. En die ontwikkelingen zijn er. De in opdracht van ZonMW uitgevoerde kennissynthese toont aan dat leefstijl als 'medicijn' gebruikt kan worden om van ziekte te herstellen of om verergering van aandoeningen te voorkomen². Ook laten oude en kersverse onderzoeksresultaten van leefstijlinterventies en -programma's de omkeerbaarheid van Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) zien³. Dit is niet alleen spectaculair, maar biedt zicht op grote medische en financiële winst. Het prijzenswaardige initiatief van Keer Diabetes2 Om van Voeding Leeft -gesteund door o.a. VGZ- laat deze resultaten ook zien en verdient navolging, want het potentieel van leefstijlgeneskunde is ongekend groot in medische en financieel economische termen. Echter, de huidige ontwikkeling leggen ook een fundamentele lacune bloot van ons medisch onderzoek. Willen we een wezenlijke omslag maken in de zorg(kosten), dan verdient leefstijlgeneskunde een volwassen plaats in het basispakket en in onderzoekprogramma's. Toch pakt de markt dit potentieel nauwelijks op. In het belang van patiënt en premiebetaler is realisatiekracht van de bewindslieden VWS én het parlement daarom meer dan wenselijk.

Dat de resultaten van Keer Diabetes2 Om sensationeel zijn staat buiten kijf. Bijna 90% van de deelnemers is geheel of gedeeltelijk van de medicijnen af, en/of heeft gezondere bloedsuikerwaarden. Bijna 40% kan na een jaar nog steeds zonder medicatie. Een aanzienlijk deel van de patiënten kan zelfs van insuline af. Geen enkel modern medicijn geneest DM2, maar met de juiste leefstijlmaatregelen kan de overgrote meerderheid van de patiënten dus medicatie minderen of zelfs helemaal stoppen. Dit potentieel van leefstijlgeneskunde voor mensen met DM2 zien we ook in de programma's van de Nationale Diabetes Challenge⁴ en Herstelcirkel in de Wijk⁵. Verder laat het COOL-programma het potentieel van leefstijlcoaching zien voor mensen met obesitas en overgewicht⁶.

De financieel economische winst van deze leefstijlprogramma's voor DM2 kan nauwelijks worden overschat. DM2 is een extreem dure ziekte. Niet alleen als gevolg van de medicatie- en consultkosten, maar vooral omdat de ziekte een hoge zogenaamde co-morbiditeit kent, dat wil zeggen dat DM2

¹ Een afgeleide van dit manifest is verschenen in:

<https://www.nrc.nl/nieuws/2018/04/03/aanpak-van-leefstijlziekten-levert-meer-op-a1598039>

<https://www.trouw.nl/opinie/patient-is-beter-af-met-andere-leefstijl-dan-met-een-pil~a000e005/>

<https://www.zorgvisie.nl/leefstijlgeneskunde-nodig-voor-fundamentele-omslag-de-zorg/>

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/gebrek-aan-leefstijlonderzoek-klassieke-vorm-van-marktfalen.htm>

<https://fd.nl/opinie/1247214/leefstijlgeneskunde-is-nodig-voor-echte-trendbreuk-in-de-zorgkosten>

² <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/chronische-ziekten-behandelen-met-voeding/>

³ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2017.00381/full>

⁴ https://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/2017/12/Rapportage-NDC-Resultaten_T2DM-2017.pdf

⁵ https://docs.wixstatic.com/ugd/21d347_ff492b31932413c837d507db0d75a3a.pdf

⁶ www.researchgate.net/publication/324330512_Coaching_op_Leefstijl_Cool_Eindrapport_van_een_implementatie_en_monitoring_studie

patiënten aanzienlijk vaker lijden aan depressie, hart- en vaatziekten, vormen van kanker^{7, 8, 9}, amputaties, nierziekten en alzheimer/dementie. Doordat nu erkend wordt dat DM2 vaak voor een groot deel reversibel is, kan een kettingreactie aan medisch en economisch leed bespaard blijven. Schattingen van de financiële winst variëren sterk, maar late grote winsten zien ^{10, 11, 12}. TNO liet zien dat alleen al aan medische kosten een besparing van 2.7 miljard euro in 5 jaar mogelijk is, als 40% van de mensen met DM2 omkeert¹³. Hierbij zijn kostenbesparingen door verminderd ziekteverzuim of verminderde arbeidsongeschiktheid niet eens meegenomen.

Een ander relevant en fundamenteel aspect aan de genoemde leefstijlprogramma's is dat nu bewezen is dat leefstijlgeneskunde ook *curatief* effect heeft. Tot voor kort werd leefstijl in de gezondheidszorg vrijwel alleen preventief ingezet: de dokter adviseert je niet te roken, regelmatig te bewegen en op gewicht te blijven. Terwijl bij pioniers al decennia lang het curatief effect bekend was en serieuze indicaties hiervoor al heel lang bestonden.

Interessant is de vraag, waarom dit soort kennis nu pas wetenschappelijk wordt bevestigd en erkend. Dat komt door het volgende. Als samenleving hebben wij de keuze gemaakt om -uitzonderingen daargelaten- klinisch/therapeutisch medisch onderzoek vrijwel geheel te privatiseren en te delegeren aan de markt. De uitkomsten van dit soort onderzoek vormen de basis voor het medische behandelprotocol wat weer de basis vormt voor het assortiment aan behandelingen welke de dokter aan zijn patiënt kan bieden. Klinisch/therapeutisch medisch onderzoek is ook een belangrijke bron voor de opleiding geneeskunde. Het feit dat we dit onderzoek over laten aan de markt leidt tot een marktoptimum: private partijen kunnen geld verdienen met exploiteerbare vormen van genezing. Meestal is dat in vorm van een patenteerbaar molecuul, dat dan medicijn of geneesmiddel wordt genoemd. In het behandelprotocol zitten dan ook vooral dit soort medicijnen en de studie geneeskunde wordt zelfs vaak 'medicijnen' genoemd. Dat het systeem zo werkt is *niet* te wijten aan de farmaceutische industrie. Integendeel, deze industrie - vrijwel geheel beursgenoteerd – moet streven naar winstmaximalisatie onder permanente en loodzware druk van de financiële markten (en dat zijn vaak weer onze eigen pensioen-of beleggingsfondsen).

Het huidige primair farmaceutische systeem werkte prima toen de grootste ziektelast het gevolg was van infectieziekten; TBC, kinkhoest, SOA's. En dat systeem is nog steeds superieur in de acute geneeskunde en oncologie. In onze moderne tijd lijdt meer dan 50% van de volwassenen¹⁴ aan een chronische aandoening die vaak primair of mede het gevolg zijn van bewegingsarmoede, chronisch overgewicht, slechte voeding, drank/drugs, slaapgebrek en chronische stress. Het potentieel van leefstijlgeneskunde is bij leefstijlziekten dan ook vaak veel groter dan menige pil of poeder en het verdient tenminste een plek in het behandelprotocol als 'interventie eerste keus', vóórdat eventueel medicatie wordt ingezet. Leefstijlgeneskunde blijft bovendien belangrijk naast medicatie als die eenmaal geïndiceerd is.

Toch dringt leefstijlgeneskunde onvoldoende door tot het behandelprotocol en curriculum geneeskunde, omdat er veel te weinig medisch onderzoek gedaan wordt naar leefstijlgeneskunde. Dit is onzes inziens een klassieke vorm van marktfalen. Een hele dure, want het schaars beschikbare klinisch medisch onderzoek naar het effect van leefstijlinterventies dat wél gedaan wordt, biedt zicht op een enorm therapeutisch en financieel potentieel. Er zijn voldoende (voorlopig voorzichtige) indicaties dat

⁷ <https://www.diabetes.org.uk/diabetes-the-basics/related-conditions/diabetes-and-cancer>

⁸ <https://www.webmd.com/diabetes/news/20100616/why-does-diabetes-increase-cancer-risk>

⁹ http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.14442/jgfm.16.3_170/pd

¹⁰ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/diabeteskosten-tien-miljard-per-jaar.htm>

¹¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/kosten/kosten#node-kosten-van-zorg-voor-diabetes-mellitus>

¹² <https://www.nu.nl/gezondheid/2667711/diabetes-kost-miljarden-per-jaar.html>

¹³ https://www.tno.nl/media/8822/presentatie_leefstijl_als_medicijn.pdf

¹⁴ <https://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm>

leefstijl in belangrijke mate kan bijdragen aan klachtenreductie of zelfs remissie bij een breed spectrum van (dure) aandoeningen: bijvoorbeeld bij darmziekten, hart- en vaatziekten of astma; dat “running therapie” ook kan helpen bij angststoornissen; dat specifieke diëten kunnen helpen bij ziekte van Crohn¹⁵,¹⁶. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen tussen buikvet en astma¹⁷, tussen fastfood en depressie^{18, 19, 20, 21, 22} en tussen zingeving, beweging en dementie²³. Ook is aangetoond dat voeding en stresscoping de kwaliteit van het microbioom in hoge mate bepalen en dat dit weer invloed heeft op bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson²⁴ en dat interventies zoals probiotica invloed kunnen hebben op psychiatrische stoornissen²⁵. Tot slot hebben mensen met chronische ontstekingen (reuma, eczeem, psoriasis) mogelijk baat bij meditatie^{26, 27}.

Veel artsen en wetenschappers staan te trappelen om dit therapeutische potentieel van leefstijlgeneeskunde wetenschappelijk verder te verkennen, bestendigen en bevestigen met klinische studies. Echter zij krijgen de financiering hiervoor niet rond vanuit de markt. Dat is in het huidige systeem ook logisch, want voedingsadviezen, wandelen, hardlopen en zingeving zijn niet te patenteren. Daardoor worden veelbelovende studies naar de effecten van leefstijlinterventie nauwelijks bevestigd of doorontwikkeld en blijven ze decennialang ongebruikt op de plank liggen. De markt pakt het niet op en daardoor wordt het therapeutisch potentieel niet of pas heel laat erkend en benut.

Wij zien door leefstijlgeneeskunde een fundamenteel verbeterpunt in onze gezondheidszorg vanuit het perspectief van medische winst en winst in ervaren gezondheid en daarmee een sterke impuls om de financiële kaders van het hoofdlijnenakkoord te realiseren. Echter, om dit potentieel te realiseren gelden verschillende voorwaarden. Ten eerste dat de prijzenswaardige initiatieven zoals die van de Nationale Diabetes Challenge, van Keer Diabetes2 Om en VGZ, van Herstelcirkel in de Wijk en Menzis en van het COOL-programma en CZ meer navolging krijgen, opdat leefstijl structureel verankerd en doorontwikkeld wordt in de basiszorg. Ten tweede dat leefstijlgeneeskunde meer ruimte krijgt in het curriculum van diverse gezondheidszorgprofessionals. Ten derde dat er meer betaaltitels zijn voor leefstijlinterventies. Overkoepelend heeft leefstijlgeneeskunde een gezamenlijke agenda nodig van overheid, bedrijfsleven en kennisinstellingen voor innovatie, onderwijs en realisatie.

Nu heeft het kabinet in het Regeerakkoord een (heel klein) ‘haakje’ opgenomen voor leefstijlgeneeskunde: “We bevorderen dat bepaalde bewezen leefstijlinterventies... een plek krijgen in medische opleidingen en richtlijnen. Daar waar kennis over die effectiviteit nog ontbreekt, laten we aanvullend onderzoek doen”. Dat klinkt bemoedigend maar het mag niet bij deze mooie woorden blijven. Om het potentieel van leefstijlgeneeskunde echt te benutten is politieke realisatiekracht en leiderschap nodig. Wij nodigen het kabinet, in het bijzonder de bewindslieden VWS, uit om vol in te zetten op leefstijlgeneeskunde.

¹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1714497/>

¹⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285926/>

¹⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966106/>

¹⁸ <https://doi.org/10.1017/S1368980011001856>

¹⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117301981>

²⁰ <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-3>

²¹ <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0461-x>

²² <http://www.apa.org/monitor/2017/09/food-mental-health.aspx>

²³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389510/>

²⁴ [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(16\)31590-2](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(16)31590-2)

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29190117>

²⁶ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2017.00670/full>

²⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159112004758?via%3Dihub>