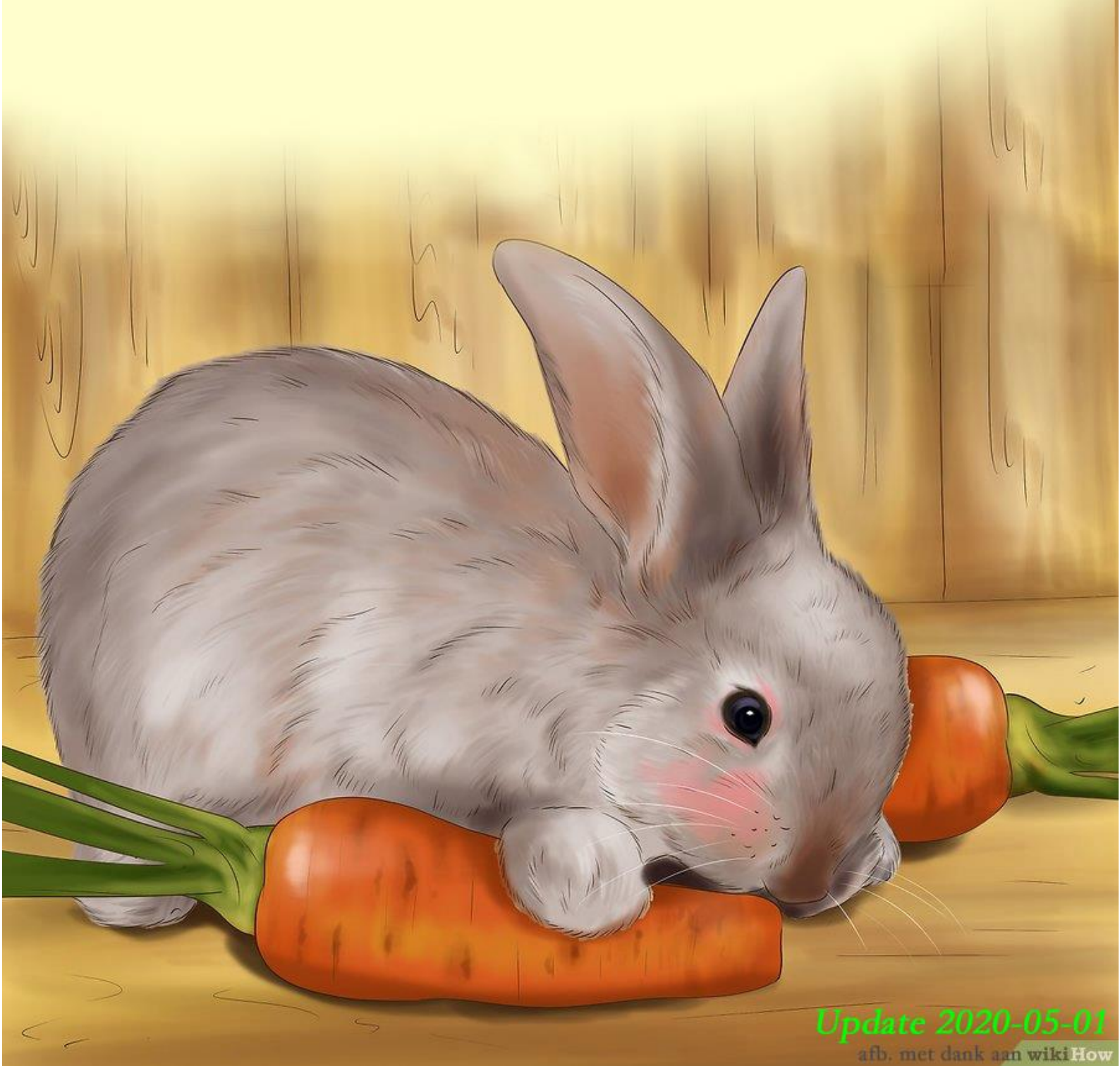
# het GEHEIM van wérkelijk gezonde voeding ...



*Update 2020-05-01*

afb. met dank aan wikiHow

# Het geheim van wérke

Het werkt alleen,
als jullie hier echt samen
en jullie dit ook echt je

lijk gezonde voeding ?

achter kunnen staan

gezamenlijke voeding laat zijn!

# Gezonde voeding (sober, evenwichtig en vezelrijk) werkt wel dégelijk goed tegen verstoppingsklachten, buikpijn en obesitas, maar natuurlijk alleen als zulke voeding ook werkelijk binnenkomt

*5-4-2018 Vooral bestemd vooral voor dokters & andere voedingsvoorlichters*
*1-5-2020 Update, in de vorm van * citaat prof.dr. Jaap Seidell*

Het zou toch raar zijn, als een vezelrijke voeding bij volwassenen wel effectief zou zijn tegen verstoppingsklachten en bij kinderen niet. Toch is dat nog steeds de gangbare mening in pediatrisch Nederland. Erkend wordt dat vezels wel een rol spelen in de darmfunctie, maar dat desondanks een ruim vezelrijke voeding verstoppingsklachten niet kan voorkomen of verhelpen. Die mening heeft zo post gevat, dat de meeste kinderartsen al decennialang verstoppingsklachten behandelen met laxeermiddelen (en zo nodig met darmspoelingen – zelfs wordt in zware gevallen een spoelstoma niet geschuwd).

Dat een sobere vezelrijke voeding wel degelijk zeer effectief is tegen zelfs ernstige verstoppings-klachten – overigens ook tegen chronisch recidiverende buikpijnklachten (CRB of RAP genoemd) –bleek in Apeldoorn in de 25 jaar voor 2010 d.m.v. de 'Veluwse aanpak' – 25 jaar zonder de noodzaak van chronisch laxeermiddelgebruik of chronisch darmspoelen. Raar toch, zo'n tegenstrijdigheid in meningen en aanpak, wat zelfs zo ver gaat, dat veel professionals zich zelfs niet openstellen voor 'Veluwse' argumenten – om de (op zich begrijpelijke) reden dat ze de 'Veluwse aanpak' niet serieus kunnen nemen omdat die nergens gepubliceerd staat. Dat is inderdaad een manco, dat echter direct samenhangt met de standaard-eis bij wetenschappelijk onderzoek, dat dit 'dubbel blind' behoort te zijn. Maar onderzoek van de 'Veluwse aanpak' kán niet 'dubbel blind' zijn, omdat deze niet in slechts één item verschilt van de standaard aanpak, maar in een reeks van aspecten, welke eenvoudigweg niet te blinderen zijn (*1-5-'20 voetnoot**:** citaat prof.J.J.Seidell in NRC 4-1-'20).

En dat is dan ook meteen de verklaring voor het wél effectief zijn van een sobere vezelrijke voeding. Want met het voorschrijven van een 'vezelrijke voeding' in de vorm van een briefje voor de diëtiste kom je er inderdaad niet, bij lange na niet. Waar het wél om gaat is het doorvoeren van een

**verandering in 'Lifestyle' voor het hele gezin + belangrijke mensen er omheen**.

Als dat je lukt, blijkt een sobere vezelrijke voeding heel effectief te zijn in het voorkómen van buikpijn en verstoppingsklachten, én in de behandeling ervan.
Lukt die lifestyle-verandering niet, dan ***lijkt*** vezelrijke voeding inderdaad niet effectief – een ervaring die veel (kinder)artsen met elkaar delen.

## Hoe het wél lukt ('Veluwse aanpak'):

- Je mag pas van een 'vezelrijke voeding' spreken, indien er ook werkelijk dagelijks een ruime hoeveelheid vezelstof bínnen komt (geconsumeerd wordt). En dat lukt alleen als de voeding ook sober is.
- Een sobere voeding bestaat uit voedsel, dat relatief weinig 'lekkere' suikers (disachariden) en vet bevat t.o.v. polisacharide koolhydraten, bouwstoffen en vezels.
- Een sobere vezelrijke voeding voor één lid van het gezin werkt niet en is dus zinloos. Het hele gezin moet meedoen – liefst met de goedkeuring van de omgeving (zoals invloedrijke grootouders).

- In de praktijk betekent dit een wezenlijke verandering in ‘Lifestyle’ voor dit gezin. Om ouders zo ver te krijgen dat zij daarvoor (blijven) kiezen, is nodig**:**
- Overtuigende voorlichting – voor het hele gezin + invloedrijke grootouders.
- Voorlichting kan het best groepsgewijs gegeven worden, zodat ervaringen ook onderling herkend en gedeeld kunnen worden met lotgenoten.
- Tastbare voedingsvoorbeelden (‘hapjes’ om te proberen) maken onderdeel uit van de voorlichting.
- Waar nodig – bijvoorbeeld bij kinderen die geen groenten lusten – is aangepaste voorlichting nodig (zie ‘moeizame eter’).
- In het begin zijn frequente policontroles nodig met het repeteren van delen van de voorlichting
- Dit door een vaste dokter (of nurse practitioner) die ook zelf de voorlichting gegeven heeft.
- Daarbij steeds een check van de (ruw)vezelinname – altijd aan de hand van controle van de poep, soms ook door weer een voedingslijstje.
- Deze poepcontrole aan de hand van de aangepaste en gedetailleerde ‘poepvorm & poepdikte’ lijst. (Dus niet volgens de Rome III criteria of de Bristol lijst).

Deze punten vormen het fundament van de ‘Veluwse aanpak’, die in een vijfentwintigjarige praktijk (met adherentie 180.000 zielen) zeer effectief is gebleken. Veel kinderartsen (Sociale Pediatrie) zullen aan deze punten al voldoende aan hebben om aan de slag te willen gaan – **Lees eerst de Inleiding**, en klik dan een tegel aan (Poep-problemen, ‘Buikpijn’, Te dik of Gezonde Voeding & Leefstijl) en je komt bij een van deze drie flipboeken terecht. Deze bevatten in wezen dezelfde voorlichting, maar in een onderling wat verschillende volgorde.

## Nog niet zo ver om hiermee te beginnen?

Zie je een dergelijke oplossing nog niet zitten, wat voor o.a. veel MDL kinderartsen waarschijnlijk zal gelden, lees dan hier nog even verder. Want hoewel deze aanpak vooral voedingtechnisch lijkt – meer bulk in de voeding, en dat had je toch al geprobeerd? – komt het bijna categorisch mislukken ervan vrijwel steeds op conto van pedagogische onmacht, waardoor vezelstoffen gewoon niet binnenkomen.

Want het moeilijkst in deze aanpak is die ‘Verandering in Lifestyle’. Voedingsgewoontes behoren tot de meest ‘vastgeroeste’ gewoontes in een cultuur en laten zich nauwelijks van buitenaf beïnvloeden. Maar ze zíjn wel degelijk te veranderen – daartoe hoeven we slechts een ruime halve eeuw terug te kijken in de tijd. Onze huidige voeding is sterk toegespitst op ‘lekker’, ‘extra lekker’ en ‘gemakkelijk’ en lijkt nog maar in weinig op voeding die voor onze voorouders ‘normaal’ was (uitleg in de flipboeken).
Als zo’n verandering naar ‘steeds lekkerder’ mogelijk was, dan is een weg terug ook mogelijk, hoewel die wel een stuk lastiger is. Maar toch lukt dat wel, zodra flink wat extra inzicht én motivatie is opgedaan. Hoe die motivatie te mobiliseren is? Nee, met een tien-minuten-consult lukt dat echt niet, en dus niet gek, dat de gebruikelijke aanpak gezorgd heeft voor de **onjuiste conclusie** “dat een vezelrijke voeding nauwelijks wat uithaalt tegen verstoppingsklachten”.

## Hoe ook werkelijk ‘Lifestyle’ te veranderen?

Niet door te stellen, dat jij als voedingsvoorlichter of als dokter ‘het beter weet’.
Het vervelende van voorlichting is juist, dat de voorlichter er van uit gaat dat hij het beter

weet, en dat ouders dat dan ook maar moeten vinden. Dan moet je echter opboksen tegen oude gebruiken, 'de paplepel' van de (voor)ouders, én tegen het gegeven dat een sobere vezelrijke voeding nu eenmaal minder lekker is dan 'extra lekkere voeding'.
Maar als je die **'paplepel van de (voor)ouders'** goed kent, en je betrekt opa en oma zélf er ook bij, dan blijkt die paplepel heel goed als schoenlepel te kunnen fungeren om 'nieuwe' voeding (of eigenlijk dus oude voeding) toch in te kunnen passen in het dagelijkse levenspatroon. Dat werkt niet alleen bij van oorsprong Nederlandse ouders, maar – met tolk – minstens zo goed bij Turkse, Marokkaanse en andere eerste generatie allochtone (groot)ouders. Dit juist doordat zij de meer basale voedings-omstandigheden veelal nog aan den lijve kenden uit hun voormalige thuisland. Dat zulke voorlichting niet lukt in een spreekuurgesprek of in enkele welgemeende aanmoedigingen, moge duidelijk zijn.

Wat allereerst nodig is, is vertrouwen in een capabele dokter (voorlichter) en in zijn betrokkenheid. Vertrouwen kan niet groeien in een situatie waar verschillende behandelaars elkaar afwisselen bij verschillende spreekuurbezoeken. En dat is een situatie die niet alleen in een academisch ziekenhuis veel voorkomt, maar ook in toenemende mate in algemene ziekenhuizen, waardoor de behandelaar het verhaal van het kind (de patiënt) niet goed kent en waardoor de verschijnselen op steeds wat andere wijze geïnterpreteerd en uitgelegd worden.
De beste resultaten werden behaald door groepsvoorlichting, mét ook de (wat oudere, > 7 jaar) kinderen er bij, en liefst ook grootouders. Juist door onderlinge interactie tussen ouders onderling worden inzichten gemakkelijker overgenomen. Als er punten in mijn verhaal door een of meer van de aanwezige ouders en/of grootouders herkend worden, geeft dat vertrouwen en 'onderstreepte' dit mijn verhaal. Pas dan raakte de hele groep overtuigd van de juistheid van de genoemde punten – dat dit niet zomaar een praatje was van de zoveelste 'betweter'. Vooral dát motiveerde om werkelijk stappen te ondernemen in de richting van het 'normaliseren' van de voeding, en bijna niemand zat dan ook te slapen tijdens deze drie (3!) uur durende sessies (waarin twee pauzes, waarin ook voedsel werd getoond en geproefd).

## 'k Lus geen groente !

Een groot probleem in deze aanpak **lijkt** het feit dat zoveel kinderen geen groenten, volkoren brood en andere vezelrijke producten lusten. Dit is een bijna algemeen probleem, waartegen zelfs symposia en congressen worden georganiseerd. Maar dit probleem is relatief gemakkelijk te tackelen, als je de aanpak volgt zoals omschreven in Moeizame eter – een pedagogische aanpak zonder boosheid of beloning, maar die (kortdurend) wel ook betrokkenheid en bereikbaarheid van de (kinder)arts vergt.

**Kortom:** Poepproblemen, chronisch terugkerende buikpijnklachten (CRB) en vetzucht zijn problemen die een kinderleven jarenlang kunnen vergallen. En op latere leeftijd komen daar nog de welvaartsziekten bij.
Al deze problemen zijn vrijwel steeds goed terug te dringen door het realiseren van een meer gezonde voeding en levensstijl. Maar dat vergt overtuigingskracht en volharding bij de behandelaar, en dat lukt alleen goed als er vertrouwen heerst en een goede samenwerking, bij voorkeur met ook de oudste generaties. Ook lotgenotencontact kan een duw de goede richting op geven.

Oftewel**:** Aan de slag ! – **Lees eerst de Inleiding**, klik dan een tegel aan ('Poep-problemen', 'Buikpijn' of 'Te dik') en je komt bij een van deze drie flipboeken terecht. Deze bevatten in wezen dezelfde voorlichting, maar in een onderling wat verschillende volgorde.

* ***Update 1-5-2020*** – voetnoot**: Citaat prof.dr. Jaap Seidell** in NRC 4-1-2020**:**
"De kennis over de positieve effecten van leefstijlveranderingen bij mensen die chronische ziekten is dus al 50 jaar bekend", volgens Seidell. Waarom duurt het zo lang voor die in de praktijk gebracht wordt? Een van de problemen**:** hard wetenschappelijk bewijs is nog schaars en lastig te vergaren. „Toen na de Tweede Wereldoorlog het aantal mensen met welvaartsziekten zoals hart- en vaatziekten en diabetes type 2 heel snel toenam, bestond de behandeling aanvankelijk uit bewegen en een aangepast dieet", zegt Seidell. In de decennia daarna kwamen er veel medicijnen**:** cholesterolverlagers, bloeddrukverlagers, andere diabetesmedicatie, eetlustremmers. De farmaceutische industrie deed grote, dure studies, volgens de strenge regels die voor medisch onderzoek gelden: de deelnemers zijn door het lot in twee groepen verdeeld, de ene groep krijgt een neppil, de andere het medicijn, en de onderzoeker en de patiënten weten niet in welke van die twee groepen ze zitten. „Het grote probleem bij leefstijl-geneeskunde**:** zulk onderzoek kun je daar niet d o e n", zegt Seidell. „Deelnemers weten wat ze eten en doen, en er is geen goede nepbehandeling, en er is geen financiering voor studies van tien jaar met duizenden mensen. Zulke studies zijn er dus niet op het gebied van voeding en bewegen, en wel voor heel veel voor geneesmiddelen. Dankzij die harde gegevens en de uitermate effectieve lobby van de farmaceutische industrie staan medicijnen vaak sterk in de richtlijnen."

[139] Korteweg, Niki - *Leefstijlgeneeskunde, Gezond gaan leven als medicijn* - NRC 4-1-'20

**Naschrift** M.Hofkamp**:** Veluwse aanpak = Leefstijl-geneeskunde,
al heette dat toen nog niet zo.
In mijn praktijkjaren in Apeldoorn heb ik wel geprobeerd om met onderzoek volgens de officiële regels het zeer positieve effect van onze Veluwse aanpak 'hard' te maken en te publiceren. Maar dat lukte niet omdat, zoals ik op blz 4 eerder schreef**:** "onderzoek van de 'Veluwse aanpak' niet 'dubbel blind' kán zijn, omdat deze niet in slechts één item verschilt van de standaard aanpak, maar in een reeks van aspecten, welke eenvoudigweg niet te blinderen zijn". Dit argument werd door mijn collegae nooit serieus genomen.
Daarom ben ik blij nu van Jaap Seidell hetzelfde argument te lezen.

Over onze leefstijl-aanpak van 'Buikpijn' heb ik wel meerdere voordrachten gehouden, maar daar werd nogal sceptisch op gereageerd.

Over **één echt hard gegeven** van een behandeling, die gefundeerd is op therapeutische beïnvloeding van **Leefstijl**, beschikken we wél. Het is de al (blz 4) genoemde **aanpak van obstipatie**, dezelfde als van 'Buikpijn'. Het is m.i. hard bewijs, dat in de **vijfentwintig jaar**, dat ik in het Apeldoornse ziekenhuis kon werken worden volgens de Veluwse aanpak, er **geen kinderen** zijn **darmgespoeld** – m.u.v. een laag percentage kinderen bij wie een grote bal faecaliën in het rectum zat. Die kinderen werden alleen initieel drie dagen achtereen gespoeld. Vóór die tijd, behoorde darmspoelen gedurende langere tijd bij moeizame obstipanten tot de routine, zoals dat ook nu weer nodig is, omdat sinds 2010 weer de officiële richtlijnen werden gevolgd.