

Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen

Samenvatting

Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen. *Huisarts Wet* 2012;55(4):160-5.

DOEL Wij onderzochten de effecten van een multidisciplinair zorgmodel op de kwaliteit van zorg voor en de kwaliteit van leven van bewoners van tien verzorgingshuizen.

METHODE Tien Nederlandse verzorgingshuizen deden mee in een cluster gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. Van deze huizen deden 340 bewoners mee aan het onderzoek. In vijf huizen paste men het multidisciplinair zorgmodel toe en in de andere vijf kregen de bewoners de gebruikelijke zorg. Het multidisciplinaire zorgmodel bestond uit een multidimensionale geriatrische beoordeling met behulp van de internetapplicatie van het Resident Assessment Instrument (RAIview) door getrainde verzorgenden. Op basis van de uitkomsten daarvan leerden de verzorgenden een individueel zorgplan op te stellen. De verzorgende besprak dit zorgplan met de huisarts en de bewoner en/of familie. De bewoners en/of familieleden gaven aan welke zorgplanacties voor hen belangrijk waren, waarna de verzorgende deze acties uitvoerde. Voor bewoners met een complexe zorgvraag hielden de verzorgende, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog tweemaal per jaar een multidisciplinair overleg. Zo nodig konden ze de specialist ouderengeneeskunde consulteren. We hebben de kwaliteit van zorg gemeten aan de hand van 32 kwaliteitsindicatoren en hun somscore.

RESULTATEN Vergeleken met de controlehuizen hadden de interventiehuizen een significant gunstiger score op 11 van de 32 kwaliteitsindicatoren en de somscore (gemiddeld verschil -6,7, $p = 0,009$; Cohen's d -effectgrootte 0,72). De indicatoren richtten zich zowel op het functioneren van de bewoner – bijvoorbeeld communicatie, delier, gedrag, incontinentie, pijn – als op het zorgproces, zoals gebruik van antipsychotica.

CONCLUSIE De kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners kan verbeteren door toepassing van het multidisciplinaire zorgmodel.

INLEIDING

De kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners staat nationaal en internationaal onder druk.¹ Verzorgingshuizen kampen vaak met een gebrek aan personeel en het opleidingsniveau van de verzorgende in verzorgingshuizen heeft geen gelijke tred gehouden met de toegenomen complexiteit van de zorgbehoefte van de bewoners.^{2,3}

Ongeveer 10% van de ouderen in Nederland boven de 75 woont in een verzorgingshuis. Door een toenemende zorgzwaarte komen de zorgbehoeften van de bewoners steeds meer overeen met die van verpleeghuisbewoners. Meer dan 70% van de verzorgingshuisbewoners heeft professionele zorg nodig, bijvoorbeeld hulp bij de ADL, verpleging (onder andere medicatie, wondzorg) en verzorging. De bewoners lijden aan verschillende chronische ziekten en de daarmee gepaard gaande beperkingen.^{4,7} Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de medische zorg van verzorgingshuisbewoners, maar geven vaak aan dat ze deze complexe zorg niet goed aankunnen door tijdgebrek en onvoldoende expertise en praktijkondersteuning.^{8,9}

Het chronischezorgmodel gaat ervan uit dat de effectiviteit van interventies voor chronisch zieken verbetert door een gestructureerde en multidisciplinaire benadering.^{10,11} Een dergelijke benadering omvat een regelmatige beoordeling, geprotocolleerde controle op medicatie, ondersteuning van de patiënt bij het nemen van beslissingen en intensief volgen van de patiënt.¹² Wij pasten bovenstaande elementen toe op verzorgingshuisbewoners, waarbij we ons niet uitsluitend richtten op de chronische ziekten zelf, maar vooral op de handicaps die deze met zich meebrengen. We noemden het een multidisciplinair zorgmodel en onderzochten de effecten ervan op de kwaliteit van zorg voor en de kwaliteit van leven van bewoners van tien verzorgingshuizen. Er zijn bij ons weten tot nu toe geen onderzoeken gedaan naar de effecten van een dergelijk zorgmodel bij bewoners van verzorgingshuizen.

METHODE

Onderzoeksopzet

Tien Nederlandse verzorgingshuizen deden mee in een cluster gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. In vijf huizen pasten verzorgenden het multidisciplinaire zorgmodel toe en

Wat is bekend?

- Steeds meer huisartsen maken zich zorgen over de kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen.
- Toepassing van een multidisciplinair zorgmodel, zoals het chronischezorgmodel van Wagner en collega's, heeft bewezen positieve effecten op de gezondheid en kwaliteit van leven bij diabetespatiënten en patiënten die een CVA hebben doorgemaakt.

Wat is nieuw?

- De kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen kan verbeteren op basis van een multidisciplinair zorgmodel. Afgeleid van het chronischezorgmodel van Wagner en collega's.
- Training en coaching van verzorgenden in het gebruik van een geriatrisch beoordelingsinstrument ingebed in multidisciplinair werken bleek een belangrijk ingrediënt voor verbetering van kwaliteit van zorg.

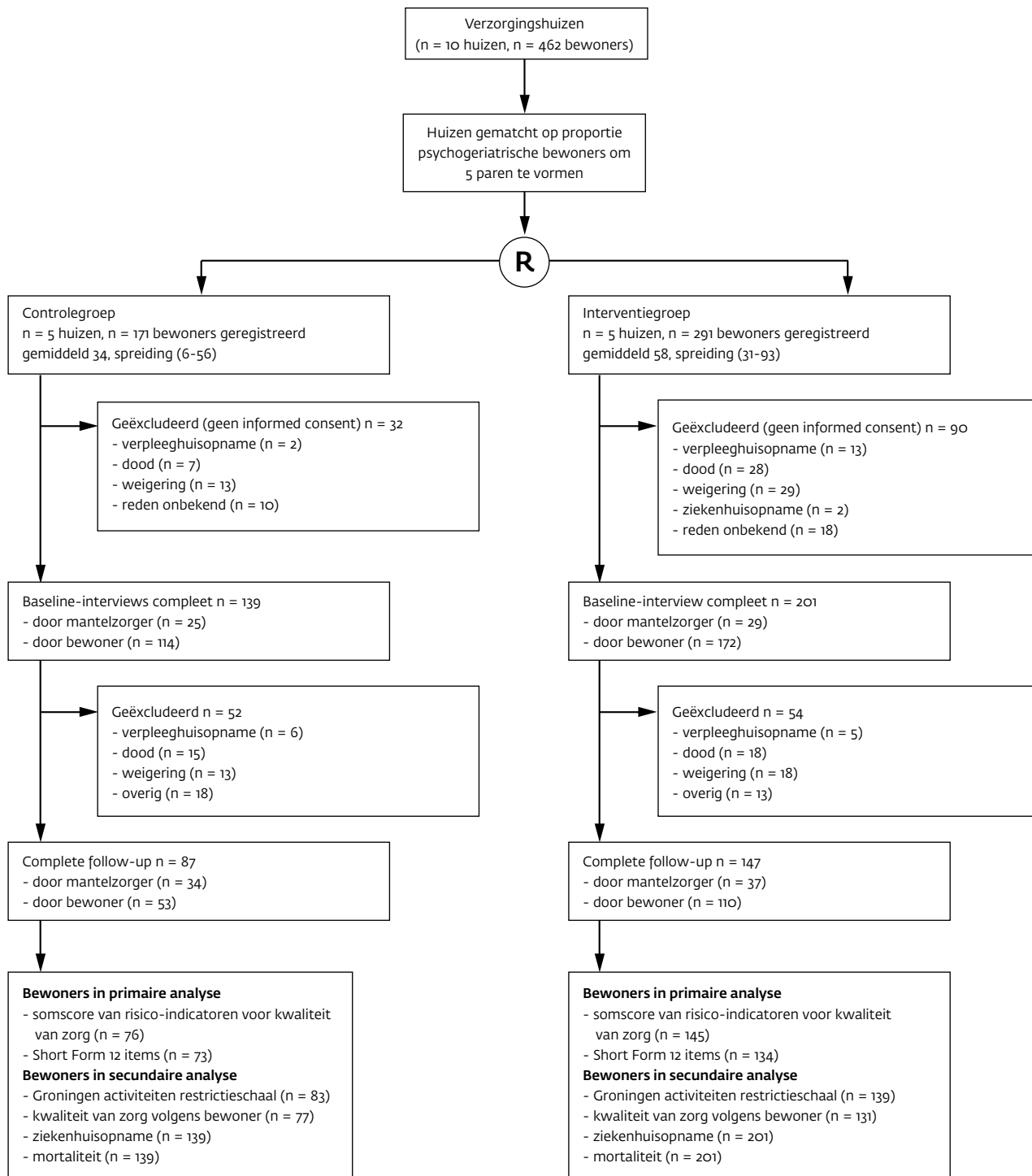
VUmc, Instituut voor Gezondheidszorgonderzoek (EMGO⁺), afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, Amsterdam; M. Boorsma, arts-onderzoeker; H.P.J. van Hout, senior onderzoeker; D.H.M. Frijters, senior onderzoeker; prof.dr. G. Nijpels, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Afdeling Epidemiologie en biostatistiek: D.L. Knol, senior onderzoeker. Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde: prof.dr. M.E. Ribbe, emeritus hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde • Correspondentie: m.boorsma@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2011;183:E724-32 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

in de andere vijf verzorgingshuizen kregen de bewoners de gebruikelijke zorg. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van het VU medisch centrum. Na de randomisatie van de huizen ondertekenden alle deelnemende bewoners of hun naaste familieleden een informed consent-formulier. Dit

heeft waarschijnlijk geen selectiebias opgeleverd, gezien het hoge deelnamepercentage, dat vergelijkbaar of zelfs iets hoger lag in de controlehuizen (81%; 139 uit 171), dan dat in de interventiehuizen (69%; 201 uit 291). De [figuur] laat het verloop van de deelnemende bewoners door het onderzoek zien.

Figuur Stroomdiagram van complete interviews van deelnemers in het onderzoek



Tien verzorgingshuizen, behorend tot een en de zelfde zorgorganisatie in West-Friesland, namen aan het onderzoek deel. Randomisatie vond plaats op huishoude niveau en na matching op het percentage bewoners met psychogeriatrische aandoeningen. Getrainde, geblindeerde interviewers bezochten op baseline en na zes maanden de deelnemende bewoners in alle tien huizen. Als de bewoners niet in staat waren om zelf de vragen te beantwoorden benaderden ze daarvoor een naast familielid. Het interview bevatte een digitale vragenlijst met vragen over de functionele gezondheid, ADL, cognitie, stemming, gebruik van medicatie en tevredenheid over de zorg. De naaste familieleden vulden voor cognitie een aangepaste vragenlijst in.¹³ We vulden de informatie afkomstig uit de interviews aan met die van de observatielijsten van de verzorgende en gegevens uit het medisch dossier.¹⁴

Interventie

Het interventiemodel was geïnspireerd op het zogenoemde chronische zorgmodel van Wagner en anderen^{15,16} en bestond uit een driemaandelijke beoordeling van de bewoners met behulp van de voor langdurige zorg ontwikkelde versie van het Resident Assessment Instrument (inter-RAI-LTCF). Verzorgenden gebruikten hiervoor de gebruiksvriendelijke internetapplicatie genaamd RAIview.¹⁷ Dit instrument bestaat uit een observatielijst die alle domeinen van de geriatrie omvat en probleemsignaleringen genereert die de verzorgende een direct overzicht geven van de actuele gezondheidstoestand, de zorgbehoefte en de mogelijkheden van de bewoner. De probleemsignaleringen zijn gekoppeld aan zorgprotocollen, die de verzorgende helpen meer inzicht te krijgen in de aard en mogelijke aanpak van de gesignaleerde problemen. Aan de hand van de gesignaleerde problemen stelde de verzorgende samen met de bewoner en/of zijn familie een zorgplan op, rekening houdend met de wensen van de oudere. De verzorgende besprak dit zorgplan met de huisarts, zette de afgesproken acties in gang en vervolgde de effecten daarvan. In een multidisciplinair overleg (MDO) konden de eerst verantwoordelijke verzorgende, de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog ouderen met complexe zorgbehoeften bespreken. Voor complexe situaties kon de huisarts de specialist ouderengeneeskunde consulteren.

De interventiehuizen ontvingen driemaandelijks spiegelinformatie met een overzicht van 32 indicatoren voor de kwaliteit van zorg, zodat ze op basis hiervan gerichte verbetertrajecten in gang konden zetten.¹⁸ Een instructiefilm over de interventie is te zien op www.nedrai.nl.

Primaire en secundaire uitkomsten

De primaire uitkomsten waren als volgt:

1. De somscore van 32 risico-indicatoren voor de kwaliteit van zorg gegenereerd door RAIview (het aantal gemeten indicatoren per bewoner gedeeld door het totale aantal indicatoren dat op deze bewoner van toepassing was). Deze risico-indicatoren zijn ontwikkeld en gevalideerd door

Morris et al.¹⁸ Daarnaast hebben we dezelfde indicatoren geëxtraheerd uit de interviews van de interviewers en een observatielijst van het personeel (Appendix 2, te zien op <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/06/27/cmaj.101498.DC1/effect-boorsma-2-at.pdf>).

2. De aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven hebben we met de Short Form 12 (SF12) gemeten.^{19,20}

De secundaire uitkomsten waren de volgende:

3. de 32 afzonderlijke risico-indicatoren voor de kwaliteit van zorg;¹⁸
4. ADL, gemeten met de GARS (Groningen activiteiten restrictieschaal);²¹
5. door de bewoner ervaren kwaliteit van zorg, gemeten met de QUOTE;²²
6. aantal ziekenhuisopnamen;
7. mortaliteit.

Procesuitkomsten betroffen het percentage bewoners met een RAI-beoordeling, het aantal gehouden multidisciplinaire overleggen met de huisarts, het aantal afgesproken zorgplanningen en de mening van de deelnemende professionals over het zorgmodel.

Gegevensanalyse

We voerden effectanalyses uit volgens de intention-to-treat en per-protocol principes. We vergeleken de verschillen in uitkomstmaten na zes maanden door middel van multilevel- en multivariate technieken. We corrigeerden in alle effectanalyses voor ongelijkheid op baseline (cognitieve beperking en depressie), plus leeftijd, sekse en interview door een naast familielid.

Bij de procesanalyse keken we naar de mate waarin de verzorgenden het zorgmodel volgens protocol hadden toegepast, de aard van de aanbevelingen voor het zorgplan op het MDO en de beoordeling van de interventie door huisartsen en personeel.

RESULTATEN

De baselinekenmerken van de deelnemende bewoners en de huizen staan in [tabel 1]. De controlehuizen leverden relatief minder patiënten doordat zij minder bewoners telden, gemiddeld 34 (minimaal 6, maximaal 56) versus 58 (minimaal 31, maximaal 93) in de interventiehuizen).

Vergeleken met de controlehuizen behaalden de interventiehuizen een gunstiger somscore op de indicatoren voor kwaliteit van zorg (gemiddeld verschil -6,7 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -8,69 tot -4,71, $p = 0,009$, Cohen's d -effectgrootte 0,72) [tabel 2]. De kwaliteit van leven-meting met de SF12 liet geen verschil zien tussen de interventie- en de controlehuizen. De interventiehuizen scoorden beter op 30 van de 32 kwaliteitsindicatoren, waarvan op 11 significant [tabel 2]. Bij de intention-to-treatanalyse vonden we geen significante verschillen in ADL-afhankelijkheid en kwaliteit van zorg ervaren door de bewoner. Uit de per-protocolanalyse bleek dat de bewoners die de interventie daadwerkelijk ondergingen positiever waren over de kwaliteit van zorg (verschil 1,8, $p = 0,072$) en

dat er minder bewoners overleden dan in de controlehuizen (interventie 10/112; controle 25/139; OR 2,15, 95%-BI 1,06 tot 4,38; p = 0,035).

Van het verzorgend personeel vond 52,9% dat hun deskundigheid was toegenomen en dat gold ook voor 54,4% van de huisartsen. Ook meende 52,9% van de verzorgenden en 63,6% van de huisartsen dat hun kennis over de gezondheidstoestand van de bewoner was vergroot. Daarbij vond 58,8% van de verzorgenden en 81,8% van de huisartsen dat hun samenwerking was verbeterd. In de interventiehuizen was de huisarts bij 90% van de multidisciplinair overleggen aanwezig. In de controlehuizen was dat slechts 25%.

Bij 55% van de bewoners in de interventiehuizen werd in 6 maanden een geriatrische beoordeling gerealiseerd – minder dan we hadden gehoopt. Dit had te maken met vertraging op de werkvloer en een langdurig ziekteverlof van een huismanager die de verzorgenden moest aansturen.

BESCHOUWING

Voor zover wij konden nagaan is dit het eerste onderzoek naar de effecten van een multidisciplinair zorgmodel op de kwaliteit van zorg voor verzorgingshuisbewoners. Wel zijn er onderzoeken bekend die gebruikmaken van onderdelen van dit zorgmodel. Zo heeft men positieve gezondheidseffecten beschreven als gevolg van een geriatrisch interdisciplinair consultmodel in Amerikaanse verzorgingshuizen.²⁵ Een geriatrisch zorgmodel in de thuisituatie leidde tot afname van het gebruik van spoedeisende hulp in ziekenhuizen.^{11,26} Het gebruik van de Home care-versie van het RAI in Hong Kong leidde tot verbetering van 2 van de 13 functionele uitkomsten.²⁷

Alle deelnemende bewoners of hun naaste familieleden ondertekenden een informed consent-formulier na de randomisatie van de huizen. Dit heeft waarschijnlijk geen selectiebias opgeleverd, gezien het hoge deelnamepercentage

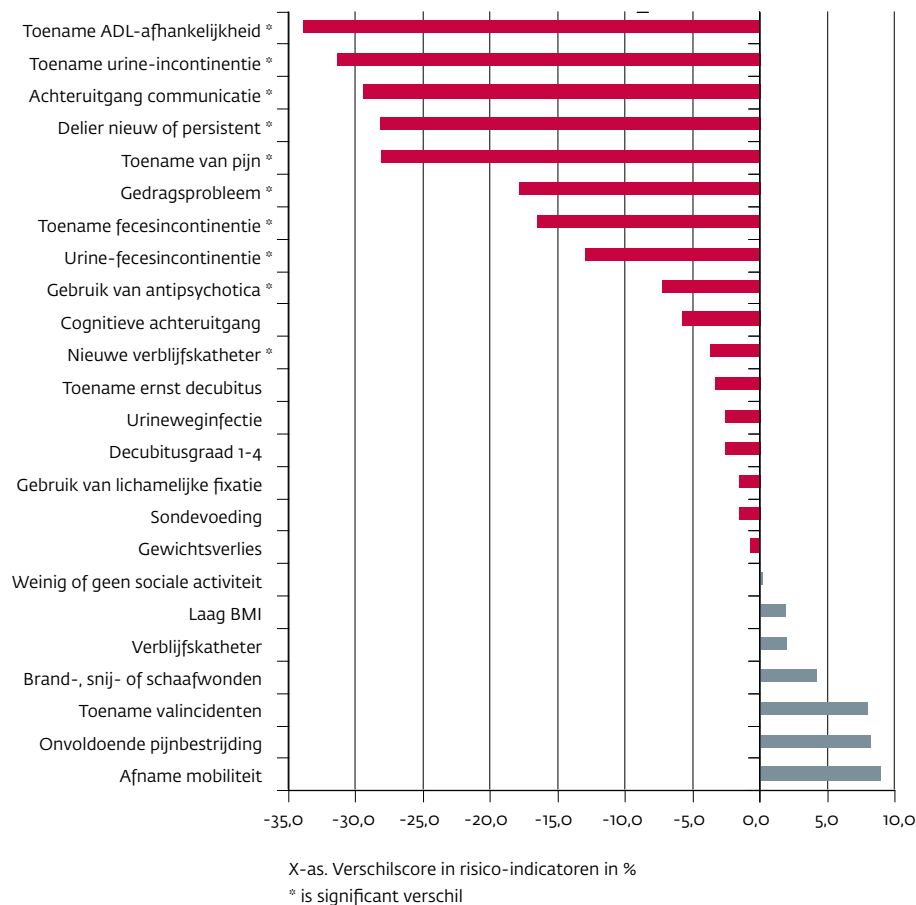
Tabel 1 Baselinekenmerken van de 10 verzorgingshuizen en de 340 deelnemende bewoners

Kenmerken	Interventiehuizen n = 5	%	Controlehuizen n = 5	%
Verzorgingshuizen				
Aantal bewoners, gemiddelde (sd)	39,8 (17,7)		27,2 (18,0)	
Verzorgend personeel in full time equivalent per bewoner, gemiddelde (sd)	0,33 (0,04)		0,44 (0,10)	
	Bewoners n = 201		Bewoners n = 139	
Sociaal-demografisch				
Leeftijd, gemiddelde (sd)	85,8 (6,2)		85,5 (8,0)	
Sekse, man	48	23,9	36	25,9
Burgerlijke staat	n = 191		n = 135	
▪ gehuwd	42	22,0	27	20,0
▪ weduw(e)(naar)	130	68,1	93	68,9
▪ alleenstaand	19	9,9	15	11,1
Opleiding	n = 190		n = 132	
▪ lagere school	112	58,9	79	59,8
▪ lager technisch onderwijs	45	23,7	26	19,7
▪ hoger universitair en beroepsonderwijs	34	17,9	30	22,7
Klinische gegevens				
	n = 199		n = 136	
▪ Astma/COPD	29	14,6	13	9,6
▪ Myocardinfarct	61	30,7	30	22,1
▪ CVA	33	16,6	29	21,3
▪ Diabetes	39	19,6	27	19,9
▪ Artritis	73	36,7	47	34,6
▪ Kanker	12	6,0	11	8,1
▪ Hypertensie	35	17,6	32	23,5
▪ Chronische somatische aandoeningen, gemiddelde (sd)	1,54	1,25	1,49	1,17
Cognitieve beperking*	101	50,8	90	66,2
Depressie†	10	5,0	16	11,8
Body-mass index, gemiddelde (sd)	25,3 (5,99)		25,8 (5,32)	
Bewoners met valincidenten in de afgelopen 30 dagen				
	n = 190		n = 134	
▪ totaal	31	16,3	28	20,9
▪ één valincident	23	12,1	18	13,4
▪ twee of meer valincidenten	8	4,2	10	7,5
Aantal medicijnen, gemiddelde (sd)	7,6 (3,4)		8,0 (3,6)	
4 meter lopen in aantal seconden, mediaan (IQR)	4,0 (1,0-7,75)		5,0 (1,0-8,0)	
	n = 172		n = 114	
Niet toe in staat	76	44,2	59	51,8

* Gemeten met Memory Impairment Screen,²³ afkappunt < 5; of IQCODE (ingevuld door de mantelzorger),¹³ afkappunt ≥ 3,6.

† Gemeten met Prime-MD,²⁴ korte lijst voor stemmingsstoornissen.

Tabel 2 Verschilscores van 24 'moeder' risico-indicatoren voor kwaliteit van zorg tussen het chronischezorgmodel en gebruikelijke zorg



in de controlehuizen, dat vergelijkbaar was met of zelfs iets hoger was (81%, 139 uit 171) dan dat van de interventiehuizen (69%, 201 uit 291). Bovendien betrof het een interventie op organisatieniveau en was de informatie voor alle deelnemers gelijk.

CONCLUSIE

Hoewel we slechts zes maanden konden meten heeft het multidisciplinair zorgmodel in de interventiehuizen een indrukwekkende verbetering van de kwaliteit van zorg te weeggebracht. De bewoners in de interventiehuizen beoordeelden de kwaliteit van zorg positiever dan de bewoners in de controlehuizen. Het merendeel van de verzorgenden en de huisartsen oordeelden dat de deskundigheid en de samenwerking verbeterd waren. Huisartsen en verzorgenden gaven aan beter op de hoogte te zijn van de gezondheidstoestand en gezondheidsrisico's van de bewoners. Wij denken dan ook dat de ondersteuning van de verzorgende door training en coaching in het gebruik van een geriatrisch beoordelingsinstrument ingebed in een multidisciplinair zorgmodel belangrijke ingrediënten waren voor verbetering van kwaliteit van zorg. ■

LITERATUUR

- 1 Bos JT, Frijters DH, Wagner C, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Topinkova E, et al. Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res* 2007;19:323-9.
- 2 Broese van Groenou MI. Unequal chances for reaching 'a good old age': socio-economic health differences among older adults from a life course perspective. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003;34:196-207.
- 3 Spector WD, Cohen JW, Pesis-Katz I. Home care before and after the Balanced Budget Act of 1997: shifts in financing and services. *Gerontologist* 2004;44:39-47.
- 4 Geerlings SW, Pot AM, Deeg DJG. Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing Soc* 2005;25:111-30.
- 5 Simonsick EM, Kasper JD, Phillips CL. Physical disability and social interaction: factors associated with low social contact and home confinement in disabled older women (the Women's Health and Aging Study). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:S209-17.
- 6 Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000;53:895-907.
- 7 Strawbridge WJ, Sheme SJ, Balfour JL, et al. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:S9-16.
- 8 Challis D, Hughes J. Frail old people at the margins of care: some recent research findings. *Br J Psychiatry* 2002;180:126-30.
- 9 Burlet HM. Ouderdom: altijd gebreken? *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:562.
- 10 Challis D, Stewart K, Donnelly M, Weiner K, Hughes J. Care management for older people: does integration make a difference? *J Interprof Care* 2006;20:335-48.
- 11 Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298:2623-33.
- 12 Bijl D. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* 2004;10:6-12.

- 13 Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med* 1994;24:145-53.
- 14 Boorsma M, Van Hout HP, Frijters DH, Ribbe MW, Nijpels G. The cost-effectiveness of a new disease management model for frail elderly living in homes for the elderly, design of a cluster randomized controlled clinical trial. *BMC Health Serv Res* 2008;8:143.
- 15 Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis Manag* 2003;6:63-71.
- 16 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
- 17 Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
- 18 Morris J. Validation of long-term and post-acute care quality indicators, Final report. Cambridge, Massachusetts: Brown University and HRCA, Abt. Associates Inc, 2003.
- 19 Brook RH, Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Med Care* 1979;17:1-131.
- 20 Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305:160-4.
- 21 Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1996;43:1601-10.
- 22 Sixma HJ. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly Instrument. *Age Ageing* 2000;29:173-8.
- 23 Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subject for clinical research. *Medical Care* 2002;40:771-81.
- 24 Amau RC, Meager MW, Morris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol* 2001;20:112-9.
- 25 Burns R, Nichols LO, Graney MJ, Cloar FT. Impact of continued geriatric outpatient management on health outcomes of older veterans. *Arch Intern Med* 1995;155:1313-8.
- 26 Counsell SR, Callahan CM, Tu W, Stump TE, Arling GW. Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1420-6.
- 27 Chi I, Chou KL, Kwan CW, Lam EK, Lam TP. Use of the Minimum Data Set Home Care: a cluster randomized controlled trial among the Chinese older adults. *Aging Ment Health* 2006;10:33-9.

Nico van Duijn

Afvallen

Elk pondje gaat door het mondje, zeggen ze. Ik vind dat te simpel. Waarom kan de één eten wat hij wil zonder dik te worden? Waarom wordt de ander dik van twee komkommers? Drie keer per week naar de sportschool of de hond uitlaten in de voortuin, voor sommigen maakt dat op de weegschaal niets uit. En waarom stopt het afvallen na een paar weken, met hetzelfde dieet? Het gaat dus om verschillen in stofwisseling. Ik bedoel de stofwisselingsverschillen die dokters niet kunnen meten, maar die iedereen kent. Mensen verschillen in hoeveel eten ze nodig hebben, hoelang ze lopen op een boterham.

Als het simpel was, dan zou je moeten afvallen door de helft te eten en twee keer zo vaak naar de sportschool te gaan. Is dat alles? Ik denk dat er nog iets kan spelen. Het is maar een ideeetje, zomaar een theorie. Ik denk namelijk dat er snelle en langzame schakelaars zijn. Snelle schakelaars verbranden het extra eten direct, diezelfde dag. Bij minder eten of meer bewegen verbranden ze efficiënter, diezelfde dag. Ze vallen geen grammetje af, want hun

stofwisseling beweegt precies mee met meer of minder eten, met meer of minder bewegen. Trage schakelaars daarentegen komen een kilo aan van één feestje. Misschien duurt het weken voor hun stofwisseling is aangepast aan hun dieet. Dan staan ze op efficiënt. Gaan trage schakelaars dan weer normaal eten, of even zondigen, dan komen ze extra aan in gewicht. Mis-

schien is het nog ingewikkelder met snelle opschakelaars die traag afschakelen of andersom. Ik weet het ook niet precies. Probeer maar uit wat werkt. Maar vergelijk niet met anderen. Vergelijk met jezelf. Stofwisselingen verschillen, op- en afschakelen verschilt. Mensen verschillen. Dat lijkt me veel belangrijker dan verschillen in dieet of sportprogramma. ■

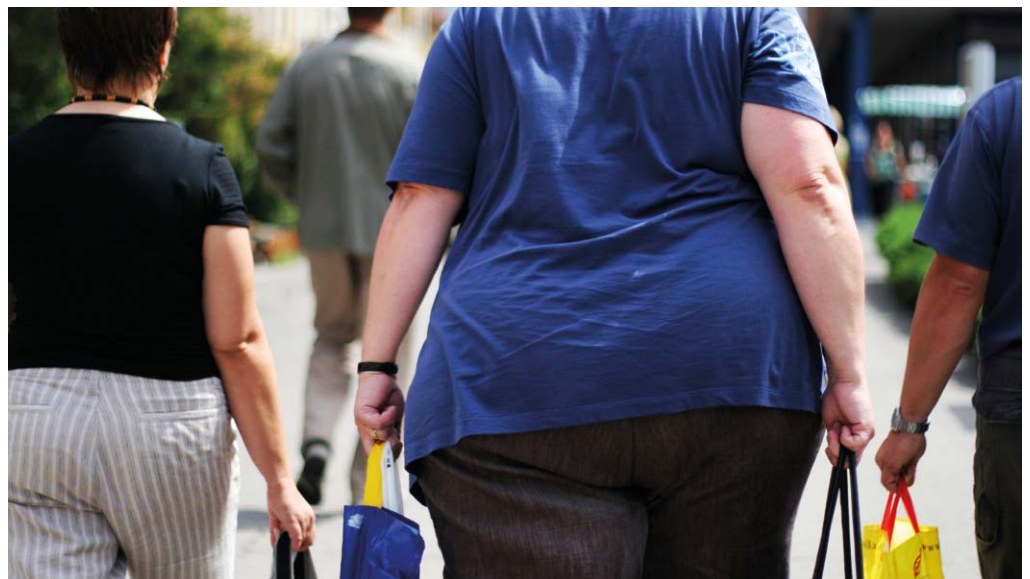


Foto: Shutterstock/Jakub Cejpek

