

# Oplossingsgericht adviseren

*Feedback op het Conceptadvies Richtlijnen goede voeding voor mensen met diabetes type-2, van Diabetesvrijleven, Diavantis en het European Institute for Food law*

18 augustus 2021

Van:

## **Diabetesvrijleven**

Diabetesvrijleven ([www.diabetesvrijleven.nl](http://www.diabetesvrijleven.nl)) is een digitale ontmoetingsplaats van mensen met prediabetes en mensen met diabetes type 2 en is een bron voor advies en bijstand.

Marion H. Gulpers, complementair therapeut

Drs. M.A. Bosma-Heijne, bioloog

## **Diavantis**

Diavantis ([www.diavantis.nl](http://www.diavantis.nl)) is een ideële organisatie die vanuit het hart van de mens met diabetes type 2 ageert.

Diavantis begeleidt personen met diabetes type 2 naar een beklijvende medicatiearme, of medicatievrije kwaliteit van leven.

Op dit moment is Diavantis een integrale, multidisciplinaire en multiculturele en laagdrempelige digitale oplossing aan het ontwikkelen, opdat er niemand meer wordt uitgesloten van de kans op herstel.

Piet-Jan Coremans, Initiator Diavantis

Elsje Oomen, Sociaal Maatschappelijk Onderzoeker & Adviseur

## **European Institute for Food Law**

De Stichting European Institute for Food Law ([www.food-law.nl](http://www.food-law.nl)) is een kenniscentrum zonder winstoogmerk op de terreinen waar recht en voeding elkaar ontmoeten.

Prof.dr. Bernd van der Meulen, voedingsjurist



Aan de Gezondheidsraad,

## Samenvatting

De Gezondheidsraad kan een zinvollere bijdrage leveren aan het welzijn van mensen met diabetes type 2 door een passendere vraag te onderzoeken met passendere wetenschap gericht op praktische toepasbaarheid.

### 1. Inleiding

Diabetesvrijleven, Diavantis en het European Institute for Food Law stellen het in hoge mate op prijs dat Uw Raad aandacht besteedt aan voedingsadviezen voor mensen met diabetes. Diabetesvrijleven, Diavantis en het European Institute for Food Law maken graag gebruik van de geboden gelegenheid om te reageren op de voorliggende concept-Richtlijnen goede voeding voor mensen met diabetes type-2 (hierna: de concept Richtlijnen DT2).<sup>1</sup>

Het huidige concept geeft ons reden tot zorg. De concept-Richtlijnen DT2 zijn bedoeld als basis voor behandelingsrichtlijnen en als naslagwerk. In zijn huidige stand is het concept voor dat doel onzes inziens niet geschikt.

#### 1.1. Wat adviseert u?

In praktische zin zullen de concept Richtlijnen DT2 aldus worden begrepen dat mensen met diabetes type 2 op een goede manier met hun medische conditie omgaan wanneer zij zich houden aan de bestaande richtlijnen gezonde voeding (“de Richtlijnen 2015”). Met andere woorden, zij zullen worden begrepen als een inhoudelijk advies.

Deze uitkomst is in belangrijke mate misleidend omdat de concept-Richtlijnen DT2 voor het overgrote deel naar wij begrijpen *niet* zijn gebaseerd op inhoudelijke bevindingen maar juist op het ontbreken daarvan. De uitkomst is slechts een herformulering van de premisse. Bij de gekozen onderzoeksopzet zou een andere uitkomst ook moeilijk denkbaar zijn geweest.

In de vraagstelling – “te bezien of er vanuit de wetenschappelijke literatuur onderbouwde aanpassingen of aanvullingen op de Richtlijnen goede voeding 2015 nodig zijn om de gezondheid van deze groepen te bevorderen” – zoals geoperationaliseerd in het concept ligt de premisse besloten dat de Richtlijnen 2015 een goede methode bieden om met diabetes type 2 om te gaan voor zover althans uit wetenschappelijk bewijs niet anders volgt. Vervolgens is een wetenschappelijke bewijsmaatstaf aangelegd die zo zwaar is dat op vrijwel geen van de onderzochte punten een

---

<sup>1</sup> <https://www.gezondheidsraad.nl/actueel/nieuws/2021/07/08/openbare-commentaaronde-over-richtlijnen-goede-voeding-voor-mensen-met-diabetes-type-2>.



inhoudelijk resultaat is bereikt. Uit het ontbreken van wetenschap worden vervolgens inhoudelijke conclusies getrokken ten aanzien van de Richtlijnen 2015, namelijk dat deze geschikt zijn.

In § 1.4 schrijft het concept met zoveel woorden: “Het uitgangspunt van de Commissie is dat de Richtlijnen goede voeding ook bij mensen met ziekten de gezondheid kunnen bevorderen zolang er geen wetenschappelijke evidentie is die in een andere richting wijst. Voor genoemde groepen **bestaat er geen specifieke evaluatie** en kan volgens dat principe **dus** worden uitgegaan van de Richtlijnen gezonde voeding.” (accenten toegevoegd)

De eerlijke conclusie had moeten zijn dat Uw Raad de gestelde vraag wegens het ontbreken van voldoende data niet kan beantwoorden.

### 1.2. Leidt de onderzoeksvraag tot een risico op tunnelvisie?

De focus op de Richtlijnen 2015, kan ertoe leiden dat voedingselementen die niet in de Richtlijnen 2015 uitdrukkelijk zijn benoemd aan de aandacht ontsnappen, of zelfs uitdrukkelijk buiten beschouwing worden gelaten.

In § 1.5, bijvoorbeeld, wordt aangegeven: “De Richtlijnen goede voeding zijn gericht op de samenstelling van de gebruikelijke voeding en de aanbevelingen zijn niet gericht op het bereiken van een gewichtsreductie. Interventiestudies die zijn uitgevoerd tegen de achtergrond van een energiebeperking (afvaldieet) zijn **daarom** bij dat advies niet in beschouwing genomen.” (accent toegevoegd)

Deze kans zou bij een andere afbakening van de studie wellicht niet zijn gemist. Tot de zeer weinige specifieke op mensen met diabetes type 2 gerichte aanbevelingen waartoe de concept Richtlijnen DT2 komen, behoort nu juist de aanbeveling te streven naar een duurzame gewichtsreductie met 5%. Wanneer niet de Richtlijnen 2015 tot uitgangspunt waren genomen, maar de gezondheidsbelangen van mensen met diabetes type 2, dan hadden interventiestudies tegen de achtergrond van energiebeperking onmogelijk buiten beschouwing kunnen worden gelaten.

De focus op de Richtlijnen 2015 beperkt de aandacht van Uw Raad tot algemene voedingsadviezen. Tot specifieke voedingsadviezen kunt u daarom niet komen. Tot de medische interventies bij diabetes type 2 behoort het toedienen van metformine. Het actieve bestanddeel van metformine wordt gewonnen uit broccoli. In de Verenigde Staten pleegt de behandeling van mensen met diabetes type 2 te beginnen met verhoogde consumptie van broccoli. Daarmee worden vaak successen geboekt. Aangezien uw onderzoek beperkt is tot de Richtlijnen 2015 hebt u blijkbaar niet kunnen komen tot een nadere onderverdeling in de aanbeveling betreffende de consumptie van groente noch tot aanvullende aanbevelingen.



### 1.3. Een kritische beoordeling van de Richtlijnen 2015?

In hoofdstuk 5 van de concept Richtlijnen DT2 wordt aanbevolen de Richtlijnen 2015 integraal te volgen, inclusief aanbevelingen die niet in het onderzoek zijn betrokken. De keuze bepaalde aanbevelingen niet in het onderzoek te betrekken maar de naleving daarvan toch aan te bevelen, zou moeten worden toegelicht en gerechtvaardigd.

De laatste aanbeveling bijvoorbeeld geeft aan dat het gebruik van voedingssupplementen onnodig is. Er valt veel voor en tegen deze richtlijn te zeggen, mede ook in het licht van aandachtspunt 4 bij een koolhydraatbeperkt voedingspatroon (p. 31 van het concept) waar gewag wordt gemaakt van mogelijke tekorten in inname en/of status van micronutriënten. Tegen de achtergrond van deze aanbeveling uit de richtlijn en deze aanbeveling uit het concept is opvallend dat bestaande studies die iets naders zouden kunnen zeggen over suppletie uitdrukkelijk buiten het onderzoek zijn gehouden. Zie § 3.2.1 “Deze studies zijn buiten beschouwing gelaten, omdat effect van geïsoleerde bewerkte vezels op gezondheidsuitkomsten substantieel kunnen verschillen van effecten die vezels uit reguliere voeding hebben.” Mochten deze substantieel verschillende uitkomsten gunstig of ongunstig zijn voor mensen met diabetes type 2, dan valt moeilijk in te zien hoe het is te rechtvaardigen daaraan geen aandacht te besteden. Zie voorts § 3.2.3 “De Commissie vond voornamelijk RCT’s naar de effecten van suppletie met geïsoleerde substanties uit sojabonen, zoals isoflavonen en sojaeiwit. Deze zijn niet meegenomen omdat geïsoleerde substanties andere effecten kunnen hebben op de gezondheid dat het gehele product.” In § 3.2.5 wordt aangegeven: “Bij vrijwel al het onderzoek naar probiotische en verrijkte zuivel worden deze producten vergeleken met een zuivelproduct zonder probiotica of verrijking. Het effect van de zuivel zelf is daar niet uit te halen. Deze studies zijn daarom niet meegenomen. In § 3.2.6 vinden wij soortgelijke overwegingen ten aanzien van cafeïne.

Klaarblijkelijk had de Commissie de beschikking over studies met informatie over de relevantie van suppletie voor mensen met diabetes type 2, maar heeft de Commissie ervoor gekozen aan deze studies geen aandacht te besteden.

Moeilijk valt in te zien hoe deze keuze wetenschappelijk is te verantwoorden. Aangezien diabetes type 2 in verband staat met een suboptimaal voedingspatroon, zou er juist reden zijn extra aandacht te besteden aan de vraag of zich bij mensen met deze aandoening bepaalde tekorten aan nutriënten voordoen. In de praktijk treffen wij bijvoorbeeld in het bijzonder een lage vitamine-D status aan.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Zie daarover bijvoorbeeld ook <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27932304/> en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26057782/>. Reeds opgetreden tekorten aan vitamine D zijn moeilijk op een andere manier weg te werken dan door suppletie.



## 2. Hoe kan het beter?

### 2.1. Andere vraag

Wij missen in uw onderzoek een heldere probleemstelling. Dat heeft rechtstreeks gevolgen voor de onderzoeksvraag. Uw onderzoeksvraag past bij een probleemstelling betreffende de Richtlijnen 2015. Zij past niet bij een probleemstelling betreffende de gezondheid van mensen met diabetes type 2.

Wie zinnige voedingsadviezen wil formuleren voor mensen met diabetes type 2, zal de medische conditie van mensen met diabetes type 2 tot uitgangspunt moeten nemen, niet bestaande voedingsadviezen voor mensen die deze conditie niet hebben. Wij bevelen uw Raad aan in overleg met het ministerie van VWS te komen tot een herformulering van de onderzoeksvraag. In die vraag moeten mensen met diabetes type 2 centraal worden gesteld, niet de bestaande Richtlijnen 2015. Het moet niet gaan om de vraag of aanpassingen van Richtlijnen 2015 nodig zijn, maar om de vraag naar zo goed mogelijke voedingsadviezen voor mensen met diabetes type 2 inclusief het scheppen van mogelijkheden voor mensen met diabetes type 2 om de aanbevelingen toe te passen.

### 2.2. Andere wetenschap

Uw Raad kiest ervoor uit te gaan van meta-analyse, gepoolde analyses en systematische reviews. Dergelijke bronnen hebben ongetwijfeld een hoge mate van robuustheid, maar Uw Raad plaatst zich op deze wijze wel op grote afstand van wetenschappelijke voortuitgang en kennisontwikkeling. Er gaan immers noodzakelijkerwijs vele jaren zo geen decennia overheen voordat zich rondom nieuwe inzichten een voldoende omvangrijke poel aan wetenschappelijke publicaties heeft ontwikkeld dat die zich leent voor meta-analyse, gepoolde analyses en systematische reviews. De poel van wetenschappelijke publicaties kan zich bovendien alleen maar daar ontwikkelen waar voldoende onderzoeksgelden beschikbaar zijn.

Terzijde, zij opgemerkt dat voor ons in het licht van de overmaat aan ontbrekende studies waarvan het concept blijkt geeft, moeilijk valt te begrijpen dat Uw Raad zo terughoudend is in het formuleren van concrete onderzoeksvragen.

### 2.3. Kennisbasis

In het concept rapport valt de voortdurende verwijzing op naar ‘onvoldoende onderzoek’ en ‘geen eenduidige resultaten’. Dit leidt Uw Raad dan tot de conclusie dat er “geen basis is om af te wijken van de aanbeveling over [...] uit de Richtlijnen goede voeding, omdat er te weinig studies zijn gevonden over dit onderwerp.”

Het zou wellicht passen dergelijke conclusies te trekken met betrekking tot interventies waaraan serieuze gezondheidsrisico's zijn verbonden. Daarvan is echter, in de regel, bij voedingsadviezen geen sprake. In het geval van diabetes type 2 staat aan de ene zijde een grootschalig, ernstig en vaak



levensbedreigend en tevens kostbaar gezondheidsprobleem. Aan de andere zijde staan voedingsinterventies die zijn gebaseerd op plausibele hypothesen en die zijn geverifieerd door individuele RCTs en goede ervaringen in concrete gevallen. Naar ons oordeel mag in zo een situatie de vraag worden heroverwogen of het verstandig is het ontbreken of tekortschieten van wetenschappelijke resultaten van het allerhoogste niveau de facto gelijk te stellen aan negatieve resultaten en op die basis het doen van aanbevelingen na te laten, c.q. aan te bevelen van bepaalde veelbelovende interventies af te zien.

Met negatieve resultaten bedoelen wij hier dat u het ontbreken van bewijs van de door u gewenste soort voor het nut van bepaalde interventies ziet als een reden om van de desbetreffende interventie af te zien. “Bij twijfel niet inhalen.”

Het zou Uw Raad sieren een denkmodel te ontwikkelen voor situaties van (ongepoolde) RCTs ‘emerging science’, ‘practice based knowledge’ (ervaring) en wetenschappelijke onzekerheid.<sup>3</sup> In geval van wetenschappelijke onzekerheid *omtrent het bestaan van risico’s* bestaat er het denkmodel ‘voorzorgsbeginsel’. Dit beginsel houdt in dat wanneer de mogelijkheid van het bestaan van een risico is geïdentificeerd, ook al bestaat er nog wetenschappelijke onzekerheid bijvoorbeeld over causale verbanden, in afwachting van betere wetenschappelijke inzichten risicobeperkende maatregelen getroffen mogen worden. Voor zover ons bekend, bestaat het omgekeerde denkmodel nog niet namelijk het plegen van interventies waarvan de mogelijkheid van een positieve werking is geïdentificeerd ook al bestaat er nog wetenschappelijke onzekerheid.

Hierbij dient te worden bedacht dat wetenschappelijk bewijs niet het beginpunt is van kennis, maar eerder een eindpunt (dit geldt in versterkte mate voor wetenschappelijk bewijs dat aan meta-analyses, gepoolde analyses en systematische reviews wordt ontleend). Aan wetenschappelijk bewijs in gezaghebbende publicaties gaan peer review procedures vooraf, aan peer review gaat wetenschappelijk onderzoek vooraf, aan wetenschappelijk onderzoek gaan hypothesen vooraf (en financiering), aan hypothesen gaan observaties en vermoedens vooraf. De afwezigheid van meta-analyses betekent niet per se dat er in het geheel geen kennis is. Het kan evenzeer betekenen dat de bestaande kennis nog niet volledig is volgroeid. Groeiende ‘emerging’ kennis kan echter weldegelijk waardevol zijn. De vraag is of het gerechtvaardigd kan worden mensen met diabetes type 2 op goede adviezen te laten wachten totdat het wetenschappelijk bedrijf het eindstation heeft bereikt of dat er reden is om al eerder ervaringen en andere kennis te delen.

In de huidige benadering van de concept Richtlijnen DT2 lijken alle andere vormen van kennis dan voltooid, concludent en geaggregeerd wetenschappelijk onderzoek geheel ter zijde te worden geschoven. Een dergelijke handelwijze lijkt gerechtvaardigd in relatie tot interventies die risico met

---

<sup>3</sup> Hierbij hoeft het wiel niet geheel opnieuw te worden uitgevonden. Zie over de waarde van verschillende soorten wetenschappelijk onderzoek bijvoorbeeld <https://www.ntvt.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/onderzoeksontwerpen-en-de-ladder-van-evidence> of <https://www.medicusonline.nl/algemene-informatie/welke-soorten-wetenschappelijk-onderzoek-zijn-er/>.



zich brengen. Zij lijkt minder gerechtvaardigd in relatie tot interventies die in het ergste geval niet geheel waar maken wat ervan wordt gehoopt – terwijl die hoop wel een zinnige basis heeft.

Een betere basis voor het formuleren van voedingsadviezen zou gelegen kunnen zijn in een afweging van aannemelijkheden met inachtneming van alle actuele kennis. Dit betekent dat uw Raad zichzelf de vraag zou kunnen stellen van welke voedingsinterventies meer of minder aannemelijk is dat zij voor mensen met diabetes type 2 een gunstige bijdrage leveren aan de gezondheid, een ongunstige bijdrage of geen bijdrage. Bij het inschatten van de mate van aannemelijkheid houdt u dan rekening met het wetenschappelijke gewicht van de beschikbare actuele kennis. Aldus worden emerging science, enkele studies en ervaring niet volledig buitengesloten maar juist op hun waarde geschat ook al zal die waarde kleiner zijn dan de waarde van meta-analyses, gepoolde analyses en systematische reviews waar deze voorhanden zijn.

#### 2.4. Diabetes type 2

Wij missen in de concept Richtlijnen DT2 een visie op de oorzaken en vooral ook op de omkeerbaarheid van diabetes type 2. Overgewicht en obesitas worden weliswaar genoemd als factoren en een gewichtsreductie met 5% als interventie, maar er valt meer over te zeggen. Overgewicht en obesitas zijn geen oorzaken van diabetes type 2, maar zijn andere symptomen van dezelfde oorzaken.

De concept Richtlijnen DT2 maken gewag van insulineresistentie en bètaceldysfunctie, mede in relatie tot leefstijl. Insulineresistentie is een reactie van het lichaam op een overaanbod van suiker/snelle koolhydraten in de spijsvertering. Het overaanbod vertaalt zich in een overmaat aan insuline. Het lichaam sluit zich af voor die overdaad waardoor echter de suikeropname wordt bemoeilijkt.

De geneeskundige interventies bij diabetes bestaan onder meer uit het toevoegen van eerst metformine en later insuline. Daarmee wordt de reactie van het lichaam overruled en (dus) wordt op de langere termijn het probleem vergroot: bètaceldysfunctie. Behandeling met metformine respectievelijk insuline is niet gericht op genezen maar op consolideren en daarmee op het faciliteren van voortzetting van de bestaande levensstijl. De ervaring leert dat blijvende remissie van diabetes type 2 mogelijk is. Daarvoor is wel een tamelijk ingrijpende aanpassing nodig van levensstijl en voedingspatroon. De gezondheidswinst van blijvende remissie (of voorkoming) is gigantisch, in de eerste plaats voor de betrokkene maar ook voor de samenleving als geheel (in Nederland worden de totale maatschappelijke lasten ten gevolge van diabetes type 2 begroot op € 9,3 miljard per jaar). Uw Raad kan een veel grotere steun bieden aan het behalen van deze winst door uw adviezen niet alleen te baseren op (het ontbreken van) wetenschappelijk bewijs maar ook op afwegingen van kansen en nadelen in het licht van plausibele kennis. Het ligt voor de hand daaraan veel meer aanbevelingen toe te voegen tot het doen van nader onderzoek.





## 2.5. Korte termijn en lange termijn

De hierboven bedoelde overmaat aan suiker/snelle koolhydraten betreft niet alleen het aanbod op de lange termijn, maar ook kortdurende piekbelastingen. Het lichaam kan beter omgaan met suiker die langzaam vrijkomt in het spijsverteringsproces dan met 'snelle suikers'. De glycemische index van koolhydraten is daarom van groot belang.

In de concept-Richtlijnen DT2 worden alle wetenschappelijke bevindingen ter zijde geschoven die betrekking hebben op korte-termijn-effecten. Daarmee wordt de invloed van piekbelasting op de diabetesproblematiek miskend. Wie wil begrijpen waarom een spijker een plank binnendringt zal mede aandacht moeten besteden aan de klap van de hamer ook al is die telkens korte termijn.

In de concept-Richtlijnen DT2 komt het begrip glycemische index slechts eenmaal voor. Voor goede richtlijnen voor goede voeding voor mensen met diabetes type 2 zou juist aan de glycemische index een centrale plaats moeten worden toegekend.

De concept-Richtlijnen DT2 hanteren de nuchtere bloedglucosespiegel als parameter (zie bijvoorbeeld regel 58). Dit is ongetwijfeld een belangrijke parameter, aan piekbelasting – de bloedglucosespiegel kort na consumptie van al dan niet aanbevolen levensmiddelen (de klap van de hamer) – wordt echter onvoldoende aandacht besteed.

## 2.6. Koolhydraatarm voedingspatroon

De concept-Richtlijnen DT2 benaderen een koolhydraatarm voedingspatroon vanuit de bijdrage die het kan leveren aan afvallen. Dit is in lijn met de visie in het concept dat overgewicht een oorzaak is van diabetes type 2. Wij ondersteunen het belang van afvallen. Uw conclusies gaan echter voorbij aan de rol van blootstelling aan suikers. Verminderde blootstelling kan de opgebouwde insulineresistentie verminderen en daardoor bijdragen aan blijvende remissie. Een goed koolhydraatarm dieet is daartoe erg belangrijk.

In § 4.2 wordt aangegeven dat geen onderscheid kon worden gemaakt naar type koolhydraten. Dit is betreurenswaardig, te meer omdat blijkens de informatie uit § 3.2.4 daarover weldegelijk literatuur beschikbaar was doch dat ervoor is gekozen deze buiten het onderzoek te laten. § 3.2.4 “De Commissie heeft deze studies niet meegenomen. Omdat deze een uitwisseling van verschillende soorten koolhydraten onderzoeken”. Het is van het grootste belang koolhydraten te bezien in het licht van hun glycemische index en dus onderscheid te maken naar type koolhydraten.

Eveneens in § 4.2 (p. 28) worden bevindingen in het licht geplaatst van de hypothese dat een dieet met (zeer) weinig koolhydraten waarschijnlijk lastig is om lang vol te houden. Eerder is vastgesteld dat er in elk geval op de korte termijn gunstige resultaten zijn. Het lijkt wat kort door de bocht dat de Commissie “daarom” “concludeert” dat verschillende soorten dieet gelijkwaardig zijn. De Gezondheidsraad zou een constructievere bijdrage leveren door mensen te bemoedigen vol te houden dan door de waarde van een dieet in twijfel te trekken omdat het moeilijk zou zijn vol te





houden. Nader onderzoek naar mogelijkheden om mensen te helpen bij het volhouden van een dieet verdient daarom aanbeveling.

Bij aanbevelingen ten aanzien van een voedingspatroon dat gunstig is voor mensen met diabetes type 2 moet aan het type koolhydraten juist een centrale plek worden toegekend.

## 2.7. Haalbaarheid

De concept-Richtlijnen DT2 zijn beperkt tot aanbevelingen betreffende consumptie. Het is voor consumenten en hun adviseurs niet altijd gemakkelijk voedingsrichtlijnen te vertalen naar concrete producten. De uitvoerbaarheid van de aanbevelingen zou zeer geholpen zijn met aanbevelingen ten aanzien van verbeterde productsamenstelling, productvoorschriften en productinformatie, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van volkoren (zie hierna).

De concept-Richtlijnen DT2 gaan voorbij aan de maatschappelijke realiteit dat Nederland een multiculturele samenleving is die vele verschillende voedingsgewoonten kent. Onder de mensen met diabetes type 2 zijn twee groepen – die elkaar deels overlappen – oververtegenwoordigd. Dit zijn de mensen met een laag inkomen en de mensen met een immigratieachtergrond. Voedingsrichtlijnen behoren niet losgezongen te zijn van aandacht voor haalbaarheid en betaalbaarheid. Een korte weg naar een grotere betaalbaarheid van aanbevelingswaardige voeding – zoals verse groente en fruit – zou het afschaffen zijn van BTW op deze producten. Het zou uw Raad sieren zich in die zin uit te spreken.

Veranderingen in leefstijl kunnen alleen van onderop worden bereikt, dus in verbinding met de mensen die het betreft. De aanbevelingen van uw Raad bewegen zich op grote afstand van de mensen die het betreft. Uw Raad geeft blijkt van de opvatting dat de implementatie de verantwoordelijkheid is van het Voedingscentrum en van diëtisten. Deze afstand tot de mensen die het betreft, creëert echter een aanmerkelijk risico voor de relevantie van de aanbevelingen. Uw Raad zou er daarom goed aan doen zich het perspectief van de betrokkenen eigen te maken door het contact te zoeken met hen en met degenen die rechtstreeks met hen werken.

## 3. Detailopmerkingen op de concepttekst

Naast de conceptuele feedback op het concept in het vorige hoofdstuk, willen wij ook meer op detailniveau enkele observaties met u delen betreffende de tekst van het concept.

### 3.1. Fruit

Bevindingen over fruit en groente. In § 3.2.1 wordt aangegeven dat “Zowel vers als gedroogd fruit en fruit uit blik zijn beschouwd als fruit.” Daargelaten de vraag of deze groepering ooit te rechtvaardigen is, is zij dat in elk geval niet in de context van diabetes type 2. Dit temeer niet nu u aanbeveelt in



termen van grammen fruit. 200 gram druiven is echt iets heel anders dan 200 gram rozijnen. Anders dan vers fruit, is gedroogd fruit een geconcentreerde suikerbron. Fruit in blik (of glas) pleegt te worden ingelegd in siroop en is daarmee een bron van toegevoegd suiker.

Uit oogpunt van diabetes type 2 is het daarom van het allergrootste belang om vers fruit van deze andere producten te onderscheiden zowel in het onderzoek als in de aanbevelingen.

### 3.2. Volkoren

De Richtlijnen 2015 zoals geïntegreerd in § 5.1 van het concept bevelen aan geraffineerde graanproducten te vervangen door volkoren. Daarbij lijkt uit het oog te worden verloren dat ook volkoren een geraffineerd product kan zijn. Volkenbrood kan een glycemische index hebben die nagenoeg gelijk is aan witbrood. Dit heeft te maken met het productieproces. De productie van bloem en van volkoren is gestandaardiseerd. Dat wil zeggen dat het graan zeer fijn wordt gemalen. Bloem heeft een hoge glycemische index. Dit wordt niet anders wanneer vervolgens zemelen, vezels en andere zaaddelen worden terug gemengd zoals bij volkoren te doen gebruikelijk is. Slechts wanneer bij de productie van volkorenmeel een grovere maalgraad wordt aangehouden, is naast de voedingsvoordelen ook sprake van een gunstigere glycemische index. Dit geldt uiteraard ook voor producten van ongemalen graan zoals roggebrood en havermout.

Volgens de wet mag het woord volkoren uitsluitend worden gebruikt, voor zover de zetmeelrijke kern, kiem en zemelen van de desbetreffende graansoort(en) in hun natuurlijke verhouding, al dan niet na een bewerking te hebben ondergaan, aanwezig zijn. De wet zegt niets over de productiewijze. Bovendien zien wij in de praktijk vaak dat weliswaar zemelen aan het bloem worden toegevoegd om 'volkoren' meel te maken, maar niet de kiem. Juist de kiem(olie) bevat belangrijke voedingsstoffen.

In § 3.2.2 ligt de nadruk op vezels, maar niet op glycemische index. Het verdient aanbeveling de richtlijn inzake gebruik van volkoren voor mensen met diabetes type 2 nader toe te spitsen op een grove maalgraad en behoud van de natuurlijke samenstelling. Voorts is er geen reden in de richtlijn bruin brood gelijk te stellen aan volkorenbrood. Bruin brood bestaat in alle gevallen uit witte bloem met terug geplaatste zemelen dat kan echter in een substantieel mindere verhouding zijn dan volkorenbrood.

### 3.3. Koffie

De Richtlijnen 2015 bevelen aan ongefilterde koffie door gefilterde koffie te vervangen. In het licht van de bevinding in § 3.2.6 "dat het drinken van twee tot vier koppen koffie per dag samengaat met een 20 to 30% lagere kans op hart- en vaatziekten ten opzichte van geen of sporadisch drinken van koffie bij mensen met diabetes type 2 (sterk bewijs)" zou een aanbeveling passend zijn om twee tot vier koppen koffie per dag te drinken. De richtlijnen bevelen slechts aan drie koppen thee te drinken terwijl het onderzoek aan thee veel minder aandacht besteedt.



## 4. Conclusie

Door het ontbreken van een probleemstelling, het gebruik van een onjuiste vraagstelling en van een onrealistische bewijsmaatstaf dreigen de Richtlijnen DT2 een gemiste kans te worden.

Wij nodigen de Gezondheidsraad uit wetenschappelijk leiderschap te betonen door:

1. Het probleem van mensen met diabetes type 2 tot uitgangspunt te nemen;
2. De onderzoeksvraag te herformuleren;
3. Een denkmodel ten aanzien van (niet gepoolde) RCTs, 'emerging science', 'practice based knowledge' en wetenschappelijke onzekerheid te ontwikkelen;
4. Zinvolle voedingsrichtlijnen te ontwikkelen voor mensen met diabetes type 2 ook op die punten waarop de wetenschappelijke kennis nog niet is neergeslagen in meta-analyses, gepoolde analyses en systematische reviews;
5. Aanbevelingen te doen voor (de financiering van) nader onderzoek op alle onderdelen waarop de huidige concept-Richtlijnen DT2 wetenschapstekorten hebben vastgesteld;
6. Aandacht te besteden aan de haalbaarheid van de aanbeveling in een multiculturele samenleving en voor mensen met minimale financiële middelen.