



beeld: Corbis

Afleren van ongezonde gewoontes vergt meer begeleiding

# Leefstijladvies moet effectiever

Willie Scharwächter,  
onderzoeker ten tijde van het  
onderzoek, momenteel gezond-  
heidsvoorlichter bij het project  
'Gezond Opereren'

Helma IJzelenberg,  
universitair docent

Maurits van Tulder,  
hoogleraar doelmatigheids-  
onderzoek

afdeling Gezondheidsweten-  
schappen, Faculteit der Aard-  
en Levenswetenschappen,  
Vrije Universiteit Amsterdam

Correspondentieadres:  
w.scharwachter@vumc.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Hart- en vaatpatiënten krijgen meestal wel een leefstijladvies van hun arts, maar dat gebeurt vaak tussen neus en lippen door. Gevolg is dat zo'n advies maar zelden bekijft. Dat kan beter.

**H**art- en vaatpatiënten hebben vaak niet alleen een medisch probleem. In combinatie met langdurig ongezonde, ingesleten leefstijlpatronen kan een meervoudig cumulatieve problematiek ontstaan. Hierdoor raken patiënten gemakkelijk in een vicieuze cirkel. Zo kan iemand die een hartinfarct heeft gehad, een zittend beroep uitoefent en een ongezonde leefstijl heeft, lijden aan overgewicht en diabetes en door allerlei complicaties arbeidsongeschikt worden verklaard, waarna hij in een isolement raakt,

het gevoel krijgt uitgerangeerd te zijn en het hem uiteindelijk niet zoveel meer kan schelen. Persoonlijke, psychologische en contextfactoren kunnen de situatie extra compliceren. Het geven van een effectief leefstijladvies is dan niet eenvoudig.

In het VUmc hebben we kwalitatief onderzoek gedaan onder hart- en vaatpatiënten naar leefstijl. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op de leefstijlervaringen van hart- en vaatpatiënten uit het Alant-onderzoek (*Activity Lifestyle Nutrition Therapy*). We hebben de data verzameld

met de 'één en één is drie-methode', waarbij de deelnemers in een projectgroep het thema 'leefstijlverandering' bespraken op basis van door de onderzoeker ingebrachte casuïstiek.<sup>1</sup>

### Slechtnieuwsgesprek

Hart- en vaatpatiënten blijken leefstijladviezen, door aandacht- en tijdgebrek, vaak als terloopse opmerkingen te interpreteren. Zo merkt een deelnemer aan het onderzoek op: 'Artsen spreken te weinig indringend over leefstijl; vaak is het maar een mededeling. Achteraf had ik graag willen weten welke risico's ik nog overhield na mijn behandeling en wat ik daar aan kon doen.'



Niet alleen te weinig tijd, maar ook de aard van de communicatie tussen arts en patiënt kan de effectiviteit van een leefstijladvies reduceren. Een gesprek over leefstijl heeft overeenkomsten met het voeren van een slechtnieuwsgesprek; het behoort eveneens gefaseerd te verlopen en de arts dient te beschikken over een directe en een relationele communicatiestijl. In het geven van een leefstijladvies zijn drie fasen te onderscheiden: de fase van bewustwording, de fase van controle op de juiste ontvangst van de boodschap en de fase van onderhandeling en oplossing.

### Ambivalente gevoelens

Er zijn patiënten die direct aannemen dat het leefstijladvies het beste is voor hun gezondheid en doen wat ze geadviseerd krijgen. Dan is er geen probleem. Veel vaker echter voeren ambivalente gevoelens de boventoon. Zo blijkt bij de deelnemers aan het onderzoek de kennis aanwezig en zien zij ook de noodzaak in om te veranderen, maar tegelijkertijd hebben zij ook allerlei argumenten om van verandering af te zien. Hulpverleners krijgen dan vaak de neiging de patiënt in de gewenste richting te 'sturen'. Die neiging kan echter het tegengestelde effect hebben. Hoe meer de arts de noodzaak tot veranderen benadrukt, hoe meer weerstand er bij de patiënt ontstaat.<sup>2,3</sup> Van belang is een

open oog te hebben voor deze ambivalentie om die bespreekbaar te kunnen maken. Aandacht voor de voordelen én de nadelen van een verandering van leefstijl kan leiden tot bewustwording en ordening bij de patiënt. U zou kunnen zeggen: 'Ik heb de indruk dat u zich erg verzet tegen het afvallen, klopt dat en heeft u een idee waardoor dit komt?' Het beste is om in het gesprek eerst de weerstand te bespreken en daarna de inhoud. Een patiënt die zich verzet, is namelijk niet in staat open te staan voor de inhoud van de boodschap.

### Schokeffect

Subtiel omgaan met weerstand is niet hetzelfde als een 'softe' benadering van de patiënt. Soms is een confronterende directe communicatiestijl nodig. Een deelnemer beschrijft een dergelijke ervaring met zijn arts als volgt: 'Mijn arts zei: je kunt twee dingen doen. Je kunt blijven roken; dan ben je er over een paar jaar niet meer. Of je stopt ermee; dan kun je nog oud worden. Waar je voor kiest, is aan jezelf.'

Dit strookt met de uitspraken van Hans van der Voort, voormalig hoofd huisartsenopleiding VU. Hij stelt dat patiënten met een ongezonde leefstijl minder 'ontzien' moeten worden. 'Een huisarts doet een patiënt juist te kort als hij hem te veel in zijn waarde laat.' De deelnemers aan het onderzoek benadrukken in dat kader het belang van een 'schokeffect'. Zo'n schok-effect kan als een drijfveer of waarschuwing worden gezien voor leefstijlverandering.<sup>4,5</sup> Een sterke medische prikkel, zoals het krijgen van een hartinfarct, kan een schokeffect teweegbrengen, maar ook een confronterend gesprek met een arts of belangrijke anderen. Of het schokeffect ook tot structurele leefstijlverandering leidt, hangt vaak af van onderliggende motieven. Een deelnemer vertelt: 'Mijn dochter zei: papa, waarom stop je niet met roken, je kunt eraan doodgaan. Ik ben toen gestopt, omdat ik mijn (klein)kinderen wil zien opgroeien en ik wil graag oud worden.' Van belang is in het gesprek zicht te krijgen op de onderliggende motieven die bij de patiënt spelen.

### Gezinssituatie

De tweede fase in het gesprek is gericht op controle: is de persoon in kwestie daadwerkelijk bereikt met de confrontatie en heeft hij de boodschap begrepen? In de laatste fase, de onderhandelings- en oplossingsfase, is het allereerst van belang, dat er een nauwgezette leefstijlanamnese wordt afgenomen. Alleen op basis van een zorgvuldig gestelde diagnose kan een op maat gesneden leefstijladvies volgen.

## SAMENVATTING

- De wensen van patiënten over leefstijladvies stroken niet met de adviezen die artsen geven.
- De adviezen bestaan veelal uit terloopse opmerkingen met een medische inhoud, maar leefstijlverandering is niet louter medisch.
- Voor een advies op maat is een zorgvuldige leefstijldiagnose nodig.
- Inzet van leefstijlconsulenten, zelfhulpgroepen en onderzoek kan tot verbetering leiden.

Onze onderzoeksgroep beschrijft het gesprek over leefstijl als een vertrouwelijke dialoog. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt kan in het gesprek aandacht krijgen door te vragen hoe de betrokkene zelf de situatie ziet en wat hij er zelf aan denkt te kunnen en willen doen. Zoals een deelnemer zegt: 'Je kunt niet alleen gemotiveerd raken door het feit dat je dingen niet meer mag, maar je moet over de grens getrokken worden. Een arts moet tegen je zeggen: ik heb de mogelijkheid om je gezondheid op een bepaald niveau te brengen, maar hoe denk je er zelf over en wat wil je zelf?'

In deze fase van het gesprek moet ook de gezinssituatie aan de orde komen. Mensen handelen niet geïsoleerd maar in interactie, zo blijkt ook uit ons onderzoek. Steun van familie en vrienden kan bevorderend, maar ook belemmerend werken.<sup>6-9</sup> Een deelnemer

*'Hoe meer ik probeerde te bewegen, des te vermoeider ik werd'*



daarover: 'Mensen zitten vast in patronen, je leeft in een gezin in een bepaalde leefstijl. Als je vrouw stooflappen met dikke jus blijft maken, dan lukt het niet'. Zicht krijgen op de context is van essentieel belang voor de effectiviteit van het advies.

### Barrière

Onze onderzoeksgroep maakt onderscheid tussen medisch en niet-medisch handelen. Zo is het volgens de groep een taak van de arts om de patiënt te confronteren met de ongezonde leefstijl. Naast de diagnosticerende en confronterende taak heeft de arts volgens de deelnemers de voorwaardenscheppende taak om

leefstijlverandering medisch gezien mogelijk te maken. Er zijn patiënten die graag aan beweging willen doen, maar dit nalaten omdat zij pijn (vaatvernauwing), angst (angina pectoris) of vermoeidheid (door medicatie) als barrière ervaren: 'Ik heb geprobeerd meer te bewegen, maar hoe meer ik deed, des te vermoeider ik werd. Totdat mijn cholesterolmedicatie veranderde, toen ging het wel. Het leek alsof er een knop werd omgedraaid.'

Leefstijlverandering staat of valt bij een duidelijke aansturing en begeleiding. De deelnemers vragen zich af of dit tot de taak van een arts behoort. Zoals een deelnemer zegt: 'Met leefstijl moet de cardioloog zich niet bezighouden, maar een andere instantie. De cardioloog heeft daar de tijd en de interesse niet voor; die schrijft zijn dossier en legt de bloedvaten om. En dit is eigenlijk geen medisch gedoe.'

### Leefstijlconsulenten

De praktijk leert dat artsen vaak niet voldoende zijn toegerust en ook niet voldoende tijd hebben om patiënten structureel te begeleiden bij leefstijlverandering. Terwijl de intensiteit van leefstijladvisering de komende jaren zal toenemen, door vergrijzing, een toename van overgewicht en obesitas en daarmee samenhangende chronische aandoeningen.

Het adequaat begeleiden bij leefstijlverandering is noodzakelijk én een vak apart. In dit verband kan worden gedacht aan het opleiden van leefstijlconsulenten; gespecialiseerde verpleegkundigen die bij medische problemen de patiënt terugverwijzen naar de (huis-)arts. Het inschakelen van leefstijlconsulenten hoeft niet kostbaar te zijn. Zeker niet als dit in combinatie gebeurt met het oprichten van zelfhulpgroepen. Uit de evaluatie van de bijeenkomsten blijkt dat het leereffect en de steun die deelnemers van elkaar ervaren groot is. Ook ander onderzoek toont aan dat steun van gelijken in een behoefte voorziet.<sup>10-12</sup> Zelfhulpgroepen kunnen voorkomen dat patiënten het gevoel hebben er alleen voor te staan. Bovendien ontlasten ze de medische praktijk en bevorderen ze de effectiviteit van gegeven leefstijladviezen. Zelfhulpgroepen als de AA (Anonieme Alcoholisten) hebben hun effectiviteit al bewezen. Bij de begeleiding van deze groepen zouden leefstijlconsulenten een rol kunnen spelen. Overigens stimuleren de VU en het VUmc onderzoek om tot een effectief leefstijlbeleid in Nederland te komen. 



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Literatuur

1. Scharwächter WH. De 'één en één is drie'-methode': synthese van twee onderzoeksbenaderingen. KWALON, Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek 2007; 36 (12) 1: 33-9.
2. Stroecken H. Kleine psychologie van het gesprek. Amsterdam: Boom, 2005.
3. Rollnick S, Miller WR, Butler CHC. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gorinchem: Ekklesia, 2009.
4. Gregory S, Bostock Y, Backett-Milburn K. Recovery patterns and Lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. Heart Lung 2006; 27 (4): 253-62.
5. Bergman E., Bertero C. 'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. European Journal Cardiovascular Nursing 2003; 2 (4): 303-10.
6. Crane PAB. Exploring secondary prevention of coronary heart disease in two different healthcare systems. BMC Health Serv Res 2000; 6: 90.
7. Gulanick M, Bliley A, Perino B, Keough V. Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. Heart Lung 1998; 27 (4): 253-62.
8. Jensen BO, Petersson K (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. Patient Educ Couns; 51 (2): 123-31.
9. Kärner A, Tingstrom P, Abbrandt-Dahlgren M, Bergdahl B. Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. Journal Advanced Nursing 2005; 51 (3), 261-75.
10. Day W, Batten L. Cardiac rehabilitation for woman: one size does not fit all. Aust J Adv Nurs 2006; 24 (1): 21-6.
11. Clark AM, Barbour RS, White M, MacIntyre PD. Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. Journal of advanced Nursing 2004; 47 (1): 5-14.
12. Tolmie EP, Lindsay GM, Belcher PR. Coronary artery bypass graft operation: patient's experience of health and well-being over time. European Journal of cardiovascular Nursing 2006; 5 (3): 228-36.