

# Zorg zonder aandacht voor leefstijl is als dweilen met de kraan open

In dit artikel neem ik jullie mee langs de nadelen van een ongezonde leefstijl en de winst die er te boeken valt met een gezonde leefstijl. Ook bespreek ik hoe we de obstakels om gezonder te gaan leven het hoofd kunnen bieden en geef ik een aantal praktische tips waarmee je als zorgverlener direct aan de slag kunt.

Tamara Aipassa, cardioloog Zuyderland Ziekenhuis, Locatie Sittard/Heerlen, afdeling cardiologie  
E-mail: t.aipassa@zuyderland.nl

We leven steeds ongezonder. Het is een hot item in kranten, in ieder zichzelf respecterende glossy en op sociale media. Maar het is ook pijnlijk duidelijk dat we ondanks alle beschikbare kennis er niet in slagen het tij te keren. Vingers priemen alle kanten op om schuldigen aan te wijzen: de voedingsindustrie, de tabaksindustrie, wijzelf. Diezelfde vingers zijn ook druk bezig de verlosser te identificeren: de overheid, de scholen en voorop de zorg. Onze rol als zorgverleners is zeker belangrijk, want wij verkeren in de perfecte positie om een ongezonde leefstijl te signaleren, bespreekbaar te maken en er follow-up voor te regelen. Drie belangrijke punten die de kans op succes van leefstijlinterventies sterk bepalen. Maar laten we beginnen met het meest voor de hand liggende: Wat is een ongezonde leefstijl? En wat zijn hier nu eigenlijk de problemen van?

Een ongezonde leefstijl is een manier van leven die nadelig is voor lichaam en geest. Dat is een hele brede definitie. Onder deze manier van leven vallen niet alleen zaken als voeding en beweging, maar bijvoorbeeld ook stress, zingeving en sociale aspecten. Het omvat het hele somatische en psychische spectrum. Een ongezonde leefstijl heeft invloed op alle systemen van het lichaam, van hart tot longen, van gewrichten tot darmen, van huid tot psyche. Dat we de schaal waarop deze impact plaatsvindt niet moeten onderschatten, blijkt wel uit de cijfers. Stierven ruim honderd jaar geleden de meeste mensen aan hongersnoden en infectieziekten, in 2016 overleed ruim 70% van de mensen wereldwijd aan chronische, niet overdraagbare ziektes, volgens data van de Global Health Observatory. Denk aan aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, COPD en kanker.

In Nederland kampen 5,3 miljoen mensen met een chronische ziekte. Hart- en vaatziekten (20%), kanker (13%) en psychische stoornissen (22%) vormen de top 3 voor de grootste ziektelast. Leefstijl speelt een rol bij al deze aandoeningen, maar hier kijken we vooral naar het

aandeel van leefstijl in het ontstaan van specifieke hart- en vaatziekten (HVZ).

Zowel de Interheart-studie<sup>11</sup> (*afbeelding 1*) als de Interstroke-studie<sup>7</sup> laat zien dat 90% van het aantal eerste beroertes en hartinfarcten wordt veroorzaakt door factoren die samenhangen met een ongezonde leefstijl. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen, voor alle etnische groepen en voor alle geografische regio's wereldwijd (*afbeelding 1*). Niet alleen ischemische hartziekten staan onder invloed van leefstijl, ook van atriumfibrilleren is bekend dat ongezonde leefgewoonten het risico op het krijgen van deze ritmestoornis vergroten.<sup>1</sup>

## Risicofactor

Het goede nieuws is dat leefstijl een aanpasbare risicofactor is; we hebben er invloed op. Zo zorgt duurtraining voor een even grote reductie in de systolische bloeddruk als een ACE-remmer<sup>6</sup> en zorgt gewichtsreductie bij patiënten

**90% van het aantal eerste beroertes en hartinfarcten wordt veroorzaakt door factoren die samenhangen met een ongezonde leefstijl**

met hartfalen voor een verbetering van symptomen.<sup>5</sup> Een gezonde leefstijl leidt, zelfs bij personen met een sterk verhoogd genetisch risico op hart- en vaatziekten, tot een halvering van het risico op ischemische hartziekten.<sup>3</sup> Dus de invloed van leefstijl op de prevalentie en behandeling van cardiovasculaire aandoeningen staat buiten kijf. Dat wordt ook weerspiegeld in de meeste (cardiologische) richtlijnen, waarin bijna altijd een vorm van leefstijlinterventie is opgenomen. Het slechte nieuws is dat leefstijlgeneeskunde

Region	Lifestyle factors					Other risk factors					
	Smoking (%)	Fruits and vegetables (%)	Exercise (%)	Alcohol (%)	All lifestyles (%)	Hypertension (%)	Diabetes (%)	Abdominal obesity(%)	All psychosocial (%)	Lipids (%)	All nine risk factors(%)
<b>Men</b>											
Western Europe	39.0	13.3	37.7	14.1	69.6	20.5	12.8	68.6	23.7	36.7	92.0
Central and eastern Europe	40.4	7.6	-0.4	10.4	48.9	15.9	5.8	31.7	-0.9	38.7	71.9
Middle East	51.4	5.8	1.9	-2.7	50.7	5.8	13.1	23.9	37.2	72.7	94.8
Africa	45.2	-4.4	15.9	24.1	63.7	26.8	11.6	60.4	33.8	73.7	97.9
South Asia	42.0	16.0	25.5	-5.7	58.1	17.8	10.5	36.0	13.9	60.2	88.4
China	45.3	15.1	16.6	4.2	63.7	19.9	7.9	4.9	32.0	41.3	88.8
Southeast Asia and Japan	39.2	8.5	31.4	24.6	69.6	34.3	19.1	57.9	26.9	68.7	93.7
Australia and New Zealand	46.1	8.0	20.6	11.2	61.0	18.3	5.6	49.5	31.6	48.7	87.5
South America	42.4	7.1	27.6	-7.4	57.7	28.1	9.7	35.2	36.1	41.6	86.1
North America	30.9	22.4	24.7	6.6	53.9	13.9	6.1	64.7	63.7	60.0	100
Overall 1	44.0	10.3	22.9	10.5	63.8	19.5	10.1	32.1	25.3	53.8	89.8*
Overall 2	42.7	11.7	9.3	5.1	56.5	14.9	8.0	19.7	28.8	49.5	89.8*
<b>Women</b>											
West Europe	11.1	8.4	38.3	34.2	65.2	25.9	21.0	50.6	67.1	47.9	97.1
Central and eastern Europe	13.1	12.8	42.7	29.9	65.4	42.7	15.7	20.0	15.0	26.8	86.1
Middle East	8.1	15.9	39.1	59.0	80.3	30.1	30.3	33.9	77.4	63.3	99.4
Africa	27.6	21.0	-37.9	28.8	61.2	35.1	27.5	54.6	54.9	74.6	93.3
South Asia	7.1	30.6	45.0	26.0	59.8	28.9	20.5	48.7	29.2	52.1	99.3
China	12.5	23.6	33.5	35.8	78.6	27.6	15.0	6.3	43.2	48.3	93.6
Southeast Asia and Japan	14.8	19.9	32.8	69.5	84.5	56.3	29.2	58.0	27.0	64.5	96.5
Australia and New Zealand	40.7	15.8	33.6	47.4	80.0	37.0	11.7	67.2	17.2	14.9	†
South America	25.8	5.9	27.4	44.1	71.8	47.9	22.2	63.0	37.8	59.3	96.1
North America	25.3	12.8	27.2	73.3	86.9	30.2	12.4	44.5	32.7	32.2	†
Overall 1	15.8	17.8	37.3	46.9	75.0	35.8	19.1	35.9	40.0	52.1	94.1*
Overall 2	14.8	19.1	27.1	22.1	60.6	29.0	16.1	18.7	45.2	47.1	94.1*
<b>Men and women</b>											
West Europe	29.3	12.4	38.4	18.7	67.6	21.9	15.0	63.4	38.9	44.6	93.9
Central and eastern Europe	30.2	10.2	11.3	12.9	49.6	24.5	9.1	28.0	4.9	35.0	72.5
Middle East	45.5	7.3	4.2	-1.0	47.6	9.2	15.6	25.9	41.6	70.5	95.0
Africa	38.9	4.8	10.1	26.6	63.4	29.6	16.7	58.4	40.0	74.1	97.4
South Asia	37.4	18.3	27.1	-5.5	56.6	19.3	11.8	37.7	15.9	58.7	89.4
China	35.9	18.0	20.3	5.7	62.3	22.1	10.0	5.5	35.4	43.8	89.9
Southeast Asia and Japan	36.2	11.2	31.4	27.9	69.9	38.4	21.0	58.0	26.7	67.7	93.7
Australia and New Zealand	44.8	11.1	23.8	18.6	66.0	22.6	7.2	61.3	28.9	43.4	89.5
South America	38.3	6.6	27.6	-3.7	56.6	32.7	12.7	45.5	35.6	47.6	89.4
North America	26.1	19.8	25.6	25.6	59.9	19.0	8.0	59.5	51.4	50.5	98.7
Overall 1	36.4	12.9	25.5	13.9	62.9	23.4	12.3	33.7	28.8	54.1	90.4*
Overall 2	35.7	13.7	12.2	6.7	54.6	17.9	9.9	20.1	32.5	49.2	90.4*

PAR estimates in women in some countries are based on small numbers and so they are less reliable. Overall 1= adjusted for age, sex, and smoking. Overall 2=adjusted for all risk factors. An extended version of this table with 99 CIs is shown in webtable 3 (<http://image.thelancet.com/extras/04art800iwebtable3.pdf>). \*Saturated model, no difference between adjusted and unadjusted models. †Non-estimable.

Table 4: PARs associated with nine risk factors in men and women by geographic region

## Afbeelding 1. De invloed van leefstijlfactoren op het ontstaan van het eerste hartinfarct.

niet altijd even gemakkelijk is. Het vraagt om kennis, kunde, *commitment* en tijd van zowel zorgverlener als patiënt.

### Blik van de patiënt

Leefstijl veranderen betekent gedrag veranderen. En iedereen die wel eens heeft geprobeerd om een goed voornemen in praktijk te brengen weet hoe lastig dat is. Wij mensen houden graag vast aan onze gewoontes. Routine zorgt ervoor dat we minder hard hoeven te werken en na te denken. Je eerste autorijlessen zijn daar een goed voorbeeld van; je moest de spiegels, het gaspedaal, de versnellingspook en het verkeer allemaal tegelijk in de gaten houden. Dat gaf stress! Hoeveel minder energie kost dit als je al een aantal jaren je rijbewijs hebt en je de meeste van die handelingen op de automatische piloot kunt verrichten. Om ons gedrag te veranderen zijn motivatie en een plan nodig en allebei hebben zo hun valkuilen.

### Motivatie

Je moet bereid zijn om uit je comfortzone te stappen en tijd en energie te besteden aan nieuwe gewoontes. Die motivatie kan afkomstig zijn uit diverse bronnen. Het kan een gebeurtenis uit je eigen leven zijn, zoals het hebben meegemaakt van een eerste hartinfarct. Of het kan een teken van buitenaf zijn, zoals een zorgverlener

die je vertelt dat je moet afvallen of waarschuwingen op sigarettenpakjes. Maar motivatie alleen is vaak niet voldoende, want niets is zo wispelturig. Je kunt je nog zo hebben voorgenomen om 's avonds na het eten te gaan hardlopen, maar als je een drukke dag hebt gehad, de kinderen jengelend om je benen hangen en de wasmand uitpuilt, moet je heel veel motivatie hebben om daadwerkelijk je sportschoenen aan te trekken en naar buiten te gaan.

## Het slechte nieuws is dat leefstijl geneeskunde niet altijd even gemakkelijk is

### Plan

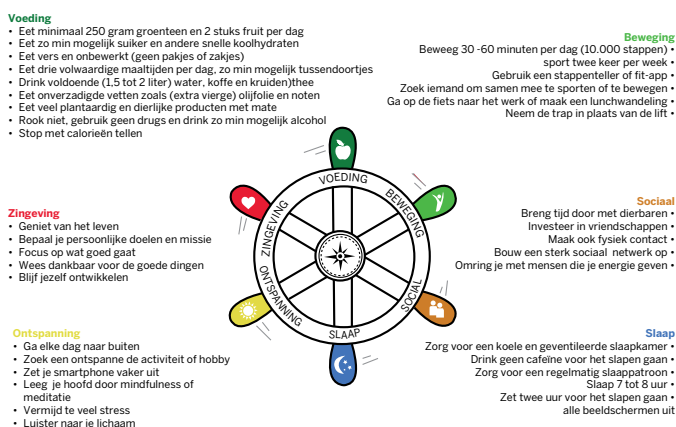
Dit soort momenten kun je voorkomen met een plan dat in het meest ideale geval SMART is: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden. Een dergelijk plan is heel persoonlijk. Geen grotere doodoener dan als zorgverlener tegen een patiënt met slechte conditie

te zeggen dat hij meer moet gaan bewegen door te gaan hardlopen. Omdat jij zelf zo van hardlopen houdt. Misschien vindt je patiënt hardlopen wel verschrikkelijk, is hij bang om alleen het bos in te gaan of houdt hij meer van teamsporten met een bal, of van zwemmen, dansen of tuinieren. Geef als zorgverlener een goede richting aan, maar laat de patiënt zelf bepalen hoe hij de route aflegt. En help de patiënt na te denken over een concreet plan. Dus niet: ik ga meer bewegen. Maar: ik ga vanaf morgen iedere avond na het eten een half uur wandelen.

## Blik van de zorgverlener

Onderzoek bij Nederlandse huisartsen liet zien dat bijna 80% leefstijl aanklaart in de spreekkamer, maar dat in het geval van bijvoorbeeld roken slechts 45% van de

### Het Leefstijlroef



Afbeelding 2. Het leefstijlroef van Arts en Leefstijl.

keren daadwerkelijk samen met de patiënt doelen werden gesteld. Dus we maken het wel bespreekbaar, maar het komt niet tot concrete acties. Factoren die meetelden in het niet maximaal benutten van leefstijlcounseling waren tijd, gebrek aan kennis en patiëntgebonden kenmerken.<sup>4</sup> Een voorbeeld van hoe je leefstijl bespreekbaar kan maken is gebruikmaken van het 'leefstijlroef' van de vereniging Arts en Leefstijl. Het leefstijlroef is een hulpmiddel ter ondersteuning van het gesprek van de zorgprofessional met de patiënt. Het laat zien dat de patiënt zelf aan het roer staat en kan bijsturen (afbeelding 2). Via het roef komen de diverse leefstijlgebieden aan bod: voeding, beweging, slaap, ontspanning, zingeving en sociale situatie. Op het moment wordt gewerkt aan een optimalisatie van het leefstijlroef, dus binnenkort zullen vorm en inhoud iets veranderen.

## Leefstijlgebieden

Laten we een aantal leefstijlgebieden eens onder de loep nemen voor onze hartpatiënten, inclusief een aantal praktische tips voor in de spreekkamer. Eigenlijk moet ik zeggen 'patiënten', want leefstijlgeneeskunde is universeel en specialisme overstijgend. Wat goed is voor de leefstijl van een patiënt na een hartinfarct, is ook goed voor de leefstijl van een patiënt na een herseninfarct of een MDL-patiënt met leververvetting.

## Voeding

Niet te veel zout eten en niet te veel vet. Vaak blijft het in de spreekkamer een beetje hangen bij dit advies.

En dat is ook niet zo verwonderlijk, er is geen enkele leefstijlpijler waarover zoveel discussie bestaat als deze. Het belangrijkste om te weten is dat er niet één dieet het beste is. Dat komt omdat ieder lichaam anders reageert op een zelfde voedinginname<sup>2</sup> (afbeelding 3). De illustratie toont dat personen op totaal verschillende manieren kunnen reageren op diëten die weinig koolhydraten of weinig vet bevatten. Wel is van een aantal diëten bewezen dat ze het cardiovasculaire risico verlagen. Dit geldt voor het Mediterrane dieet, het DASH dieet (*dietary approach to stop hypertension*) en het plantaardige dieet. De overeenkomst in deze diëten is dat ze uitgaan van gevarieerde en onbewerkte voeding. Daarin zitten weinig verstoppte zouten, vetten en suikers.<sup>8</sup> Je krijgt alle juiste voedingsmiddelen in goede combinaties binnen, raakt eerder verzadigd en eet daardoor minder. Dus heb je wellicht wat minder kennis over voeding en weet je niet goed wat te adviseren: onbewerkt en gevarieerd is altijd goed.

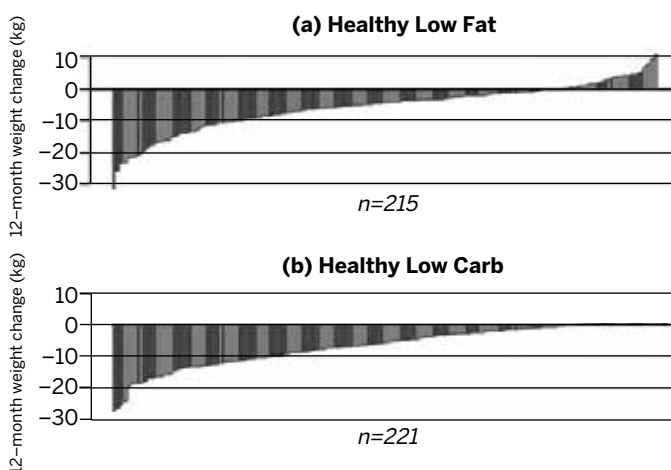
## Beweging

Over beweging bestaat minder discussie: bewegen is goed, meer bewegen is beter. De gezondheidsraad in Nederland adviseert minimaal 150 minuten per week matig intensieve beweging. Dat is beweging waarbij je hartslag verhoogt en je wat gaat hijgen. Hiervoor hoef je niet speciaal naar de sportschool. Fietsen,

## Leefstijlgeneeskunde is universeel en specialisme overstijgend

wandelen, tuinieren, dansen of een balletje trappen met de kinderen is net zo goed. Frappant is wel dat de Wereldgezondheidsorganisatie 150 minuten bewegen per week als het absolute minimum noemt en 300 minuten per week aanbeveelt. Daarnaast luidt het advies niet te veel te zitten. Nederland is koploper in Europa wat betreft zitten; één op de drie volwassenen zit meer dan 8,5 uur per dag. Zitten is een onafhankelijke risicofactor voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, dementie en sommige soorten kanker. Een oplossing is om na

efigure 1. Waterfall plot of weight loss by diet group



Afbeelding 3. Interpersoonlijke variaties in gewichtsverschil na een low carb of een low fat dieet.

30 minuten zitten 3 minuten te bewegen; zo simpel is het. Een tip om minder te zitten is het kiezen van een trigger en die te koppelen aan gaan staan en bewegen. Triggers kunnen zijn: telefoneren, de reclame op televisie, na het beantwoorden van een mailtje of het zetten van een timer. Laat de patiënt zelf kiezen wat past in zijn leven.

### **Slaap**

Slapeloosheid komt wereldwijd bij 10-20% van de volwassenen voor. Slaapgebrek kan zowel op de korte als lange termijn nadelige effecten hebben. Op de korte termijn is er een gevoel van vermoeidheid met daardoor verminderde motivatie voor een gezonde leefstijl, concentratieproblemen en een toename van eetlust – snacktrek – door een stijging van het hongerhormoon ghreline en een daling van het leptinegehalte, het verzadigingshormoon. Op de lange termijn leiden slaapproblemen tot een grotere kans op overgewicht, diabetes mellitus, HVZ en depressie. Hoeveel uur slaap goed is, verschilt per persoon. De gemiddelde slaapduur in Nederland is 7-8 uur. Nuttige vragen rondom slaap zijn: "Word je 's ochtends uitgerust wakker?" en "Als je geen wakker hoeft te zetten, bijvoorbeeld in de vakantie, hoeveel uur slaap je dan?"

## **Geef als zorgverlener een goede richting aan, maar laat de patiënt zelf bepalen hoe hij de route aflegt**

Er zijn een aantal tips voor een goede slaaphygiëne. Wat we overdag doen, beïnvloedt onze slaap, dus zorg voor voldoende ontspanning gedurende de dag. Houd een stabiel slaapritme aan. Gebruik de slaapkamer alleen voor slaap, een kort ontspanningsmoment of seksuele activiteit. Gebruik geen alcohol vlak voor het slapengaan, want alcohol leidt tot een oppervlakkigere slaap. Veel mensen hebben last van de stimulerende werking van cafeïne, vermijd dit in de laatste uren voor het naar bed gaan.<sup>10</sup>

### **Psychosociaal**

Hieronder vallen ontspanning, zingeving en sociale factoren. Ongeveer 20% van de HVZ- patiënten heeft last van depressie, angst en/of stress. Dat heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven en op de prognose. Stress kan zowel een luxerende factor zijn voor een acuut cardiovasculair event als een prognostische risicofactor. Negatieve psychosociale factoren dragen bij tot cardiovasculaire ziekte door het ontstaan dan wel onderhouden van een ongezonde leefstijl en door de directe pathologische effecten ervan. Wat betreft dat laatste moet gedacht worden aan pro-inflammatoire effecten, verhoogde kans op plaqueruptuur, ritmestoornissen of autonome dysfunctie.<sup>10</sup> Tips op dit gebied zijn: mindfulness, breng tijd door met dierbaren, focus op wat goed gaat, kies een ontspannende hobby, ga regelmatig de natuur in, laat de smartphone niet je leven overnemen.

### **Roken**

Over roken kan ik kort zijn: het heeft altijd negatieve invloeden op het hart- en vaatstelsel. Zelfs één enkele sigaret. Maar we kennen ook allemaal de verslavende werking van de sigaret, dus stoppen is makkelijker gezegd dan gedaan. De kortste manier om dit bespreekbaar te

## **Het goede nieuws is dat leefstijl een aanpasbare risicofactor is**

maken is de methode "a very brief advice". Een methode die slechts 30 seconden hoeft te kosten en als volgt gaat: 1. Vraag: rookt u? 2. Vertel: Als u wilt stoppen met roken dan is de kans op slagen het grootst met professionele begeleiding. 3. Verwijs: ik verwijs u graag door naar een goede rookstopbegeleider.

### **Tenslotte nog dit.....**

Met dit artikel hoop ik jullie enkele praktische tips te hebben gegeven die je morgen direct kunt toepassen in de spreekkamer. Het is essentieel dat iedereen in de zorg, op alle vlakken, aan de slag gaat met leefstijl en preventie. Anders gaan we het niet winnen van de chronische ziekten.

### **Literatuur**

1. Du X, D. J. (2017). Is atrial fibrillation a preventable disease? (69(15), 1968-1982).
2. Gardner. (2018). Effect of Low-Fat vs Low-Carbohydrate Diet on 12-Month Weight Loss in Overweight Adults and the Association With Genotype Pattern or Insulin Secretion: The DIETFITS Randomized Clinical Trial. *JAMA*, Feb 20;319(7):667-679. (n.d.). *Global Health Observatory data*. World Health Organisation.
3. Khera. (2016). Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *New England of Medicine*(Dec 15;375(24):2349-2358), Dec 15;375(24):2349-2358.
4. Kiestra. (2020). Determinants of lifestyle counseling and current practices: A cross-sectional study among Dutch general practitioners. *Plos One*, July, Jul 21;15(7).
5. Lavie CJ, A. R. (2018a). Management of cardiovascular disease in patients with obesity. (15(1), 45-56).
6. Marques-Vidal. (2020). Comparison of lifestyle changes and pharmacological treatment in cardiovascular risk factors. (106:852-862).
7. O'Donnell. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*(388: 761–75), Aug 20;388(10046):761-75.
8. Poti J, M. M. (2015). Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households? *Jun;101(6):1251-62*.
9. Rebecca Wingerter, N. S. (2019). Impact of Lifestyle Modification on Atrial Fibrillation. (VOLUME 125, ISSUE 2, P289-297).
10. Vries, d. M. (2020). Handboek leefstijlgeneskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
11. Yusuf. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. (364: 937–52).