

## De stelling van Tamara Aipassa

# “Preventie is onderdeel van de zorgplicht van medisch specialisten”

Leefstijl is de belangrijkste risicofactor van hart- en vaatziekten en heeft alles te maken met gedrag. Hiervoor mag veel meer aandacht komen in de zorg, vindt preventiecardioloog Tamara Aipassa. Het effect van preventieve maatregelen is nog onvoldoende. Leefstijl en gedragsverandering worden nog te veel vanuit het gezichtspunt van de arts besproken, als het al ter sprake komt. Zij pleit daarom voor een omdraaiing van het perspectief. De motivatie om gezonder te leven ligt immers enkel en alleen bij de patiënt. De arts kan met de juiste vraagstelling wel een gedachteproces op gang brengen dat zich grotendeels buiten het spreekuur afspeelt.

**Tekst** Robert van der Broek

**Beeld** Rogier Chang

“Laatst was hier een meneer die naar mij vroeg. Hij was opgenomen geweest voor een hartinfarct. Tijdens zijn opname had ik een gesprek met hem over zijn rookverslaving. Nu kwam hij naar het ziekenhuis om mij te bedanken. Hij was gestopt met roken, na vijftig jaar. Terwijl hij van tevoren nog heel stellig was: ‘Niemand laat mij stoppen met roken.’ Blijkbaar had ik hem het laatste zetje gegeven. Zorgverleners zijn het gewend om vooral de nadruk te leggen op nadelige effecten van een ongezonde leefstijl. Alsof patiënten niet zelf weten dat ze gezonder zouden kunnen leven. Ik heb gaandeweg

geleerd om niet mijn eigen agenda op patiënten te plakken. Daarom gebruik ik andere gesprekstechnieken om iemands motivatie te vergroten. Een voorbeeld is *motivational interviewing* uit de verslavingszorg. Ik houd mijn oordeel voor me en stel persoonlijke vragen. Hoe vind je dat het gaat? Kun je mij zeggen wat voor jou de voor- en nadelen zijn van je dagelijkse levensstijl? En wat zou voor jou een goede reden zijn om daar wat aan te veranderen? Zo help ik iemand om bij zichzelf te rade te gaan. Ik plant een zaadje voor een gedachteproces dat doorgaat buiten de tien minuten van het spreekuur.”

### Oorzaken van ziekte

“Als interventiecardioloog heb ik veel dotterbehandelingen uitgevoerd. Patiënten met coronair lijden roken vaak en bewegen te weinig. Dan zag ik die vergeelde nicotinevingers en wist ik: de kans is heel groot dat ik hen weer terugzie. Toen ik me meer verdiepte in de leefstijlrisico's voor slagaderverkalking ontdekte ik een wereld van onderliggende problemen, zoals stress, roken, drinken, slecht eten en niet of nauwelijks bewegen. Ik wilde mij daarop toelekken. Het leek mij belangrijker om iets aan de oorzaken van ziekte te doen dan alleen de gevolgen ervan te repareren. Mijn omgeving reageerde sceptisch. ‘Dat heeft hier geen zin’, zeiden ze. Het Zuyderland Medisch Centrum staat midden in de voormalige mijnstreek Heerlen, waar de mensen al van oudsher een slechte algemene gezondheid hebben. Dat triggerde mij. Want juist hier, waar zoveel mensen lijden aan kanker, overgewicht, hart- en vaatziekten en diabetes, kan een kleine verbetering meteen het verschil maken. Toen besloot ik mijzelf om te scholen tot preventiecardioloog. Ik houd mij bezig met cardiovasculair risicomanagement en voer gesprekken over een gezonde leefstijl en gedragsverandering. Preventiecardioloog is bij ons nog geen erkend subspecialisme zoals in de Verenigde Staten, maar ik wil deze belangrijke functie op de kaart zetten. Gelukkig staan zowel de nationale als de Europese cardiologievereniging hier helemaal achter.” →



“Wij artsen moeten  
veel meer durven  
experimenteren.  
Preventie is innovatie.  
Vernieuwen kost  
tijd en oefening.  
Misschien moet je  
wat onzinnige zorg  
accepteren om bij  
zinnige zorg uit te  
komen”

## “Soms hoor ik dat ik ‘te goed word betaald’ om mij met leefstijl en preventie bezig te houden. Kennelijk wordt het voorkomen van ziekte minder serieus genomen dan het behandelen van ziekte”

### Goede nachtrust

“Een gezonde leefstijl begint bij gedragsverandering. Gedrag verander je niet in één keer, maar met kleine stapjes. Van mensen met overgewicht en een sedentaire levensstijl kun je niet verwachten dat ze meteen drie keer per week naar de sportschool gaan. Ook een chronisch medicijnenregime is een uitdaging als patiënten niet therapietrouw zijn. Je kunt iemand die erg veel stress heeft wel verbieden om te roken, maar misschien is een goede nachtrust een betere eerste stap. Van het een komt dan het ander. Het gaat erom dat iemand doet wat bij hem of haar past. En niet alles in één keer. Van een berg voorlichtingsfolders en goedbedoelde adviezen blijft in de praktijk weinig hangen. Uit eigen ervaring weet ik dat het de mensen duizelt, of dat ze niet weten waar ze moeten beginnen. Vind je het gek? De truc is om in het begin *minder* te doen. Wat wil en kan iemand nou zelf? Een dieet, bewegingsadvies of trainingsprogramma kun je niet opleggen aan iemand die er niet aan toe is. We hoeven ook niet in de beperkte tijd van het spreekuur resultaat te boeken. Het leven van de patiënt speelt zich af buiten het ziekenhuis, dáár moet het gebeuren.”

### Doorpakken

“Wij zorgverleners moeten durven experimenteren, zonder meteen resultaat te verwachten. Gedrags- en leefstijlprogramma's hebben hun beperkingen. Maar de eerste dotterbehandelingen waren ook niet perfect. Preventie is innovatie. Vernieuwen kost tijd en oefening. Misschien moet je wat onzinnige zorg accepteren om bij zinnige zorg uit te komen. Ik ben ervan overtuigd dat voorkomen op de langere termijn meer oplevert dan behandelen. Preventie heeft ook een grotere reikwijdte. In een preventiegesprek over een rookverslaving pak ik immers naast het hart ook andere aandoeningen mee: de longen, vaatproblemen, wondgenezing en dementie. Daar kan geen pil tegenop. Helaas verdwijnen veel preventieprogramma's in een la op het moment dat er structurele financiering voor nodig is. Preventie leidt niet direct tot financiële opbrengsten. Daar is geduld voor nodig. Ondertussen zijn de budgetten voor preventie alleen maar kleiner geworden en is het vergoedingensysteem contraproductief. Als specialist mag ik niet naar een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) verwijzen;

Tamara Aipassa (40) is preventiecardioloog in het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen en Sittard. Ze volgde haar opleiding tot cardioloog in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, waarna ze werd opgeleid tot interventiecardioloog in het Radboudumc Nijmegen. Zij is tevens leefstijlcoach bij de Academie voor Leefstijl en Gezondheid.

Tamara woont met haar gezin in Berg en Terblijt en houdt van kamperen en sporten. Van 2007 tot 2010 was ze onderdeel van het Nederlandse bobsleeteam.

dat mag alleen de huisarts. Ik kan dus niet direct doorpakken. Zoals altijd is geld weer het probleem. Toch weet ik zeker dat investeren in preventie de druk op de zorg kan verlichten.”

### Zorgplicht

“De arts heeft geleerd hoe je een anamnese uitvraagt, lichamelijk onderzoek doet en een diagnose stelt. Daarna wordt de behandeling medegedeeld. Maar leefstijl hierin toevoegen? Buiten een algemeen advies weten we vaak niet wat te zeggen. Zo zijn we vroeger ook niet opgeleid. Ja, tegenwoordig zit er meer leefstijlgeneeskunde in het curriculum van de opleiding, maar de huidige werkende generatie heeft dit niet meegekregen en laat het liever over aan de praktijkondersteuner. Dat is jammer, want dan mis je een kans om het onderwerp in het spreekuur aan te snijden. Maak gebruik van de autoriteit die je witte jas uitstraalt! Ik vind dat preventie onderdeel is van onze zorgplicht als medisch specialist. Preventie speelt zich voor een groot deel af in de eerste lijn, bij de huisarts en in het sociaal domein. Maar heeft een zieke patiënt in de





## “Ik vond het belangrijker om iets aan de oorzaken van ziekte te doen dan alleen de gevolgen ervan te repareren”

tweede lijn niet evenveel baat bij preventie en een goed leefstijladvies? Sterker nog: in het kader van zinnige zorg zullen we *juist* die zieke patiënt voor erger moeten behoeden. Dan besparen we ook de samenleving onnodige zorgkosten. Soms hoor ik dat ik ‘te goed word betaald’ om mij met leefstijl en preventie bezig te houden. Kennelijk wordt het voorkomen van ziekte minder serieus genomen dan het behandelen van ziekte.”

### **Intrinsieke motivatie**

“We werpen barrières op in onze verwijssystematiek, terwijl we leefstijl en gedragsverandering direct bij de hoorns kunnen vatten. In het Zuyderland hebben we een

leefstijlloket geopend. Het leefstijlloket is een verlengstuk van het spreekuur. De patiënt krijgt daar tijd om de mogelijkheden tot een gezonde leefstijl te verkennen, samen met de preventiemedewerker. De patiënt moet zelf tot de ontdekking komen dat er iets moet veranderen. Kun je de trap nog op zonder buiten adem te raken? Wil je de kleinkinderen omhelzen zonder die eeuwige tabaksgeur om je heen? Zou je niet graag een fietstocht maken met je vrouw? Of ben je al tevreden als je zelf naar de supermarkt kunt wandelen? Bij voldoende motivatie kunnen we mensen in contact brengen met leefstijlinterventies in de buurt. Zo voorkomen we dat zij nog een keer afzonderlijk naar de huisarts moeten voor een verwijzing, of dat ze verdwalen in het woud van aanbieders. We kunnen patiënten veel meer helpen bij het zetten van de eerste stap naar een gezondere leefstijl. Met laagdrempelige verwijzing, de juiste gesprekstechniek en een gepersonaliseerde aanpak, want iedereen is anders.” |