



Leefstijl in de zorg

Rapportage focusgroepen Huisartsen Gelderse Vallei

Van praktijkervaringen naar praktische aanbevelingen

Auteurs

Dr. Willemieke Kroeze¹

Dr. Bob Mulder²

15-6 -2021



**Huisartsen
Gelderse Vallei**
netwerkorganisatie
huisartsenzorg



WAGENINGEN
UNIVERSITY & RESEARCH

1. Lector Zorg voor Voeding en Gezondheid Christelijke Hogeschool Ede
2. Assistant professor Strategic Communication Wageningen University & Research

COLOFON

Dit onderzoek is geïnitieerd door de Preventiecoalitie Foodvalley.

Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met Marijke ten Haaf van de Huisartsen Geldersevallei. We zijn haar zeer erkentelijk voor haar waardevolle input op de plannen om de insteek van dit onderzoek praktisch relevant te maken en voor de organisatie van de focusgroepsessies.

Daarnaast onze grote dank aan de huisartsen en praktijkondersteuners die hun kostbare tijd hebben gegeven om hun ervaringen met ons te delen. Dankzij hen, is inzicht in de dagelijkse praktijk mogelijk geworden en kunnen wij het echte verhaal delen.

© Copyright 2021 Christelijke Hogeschool Ede

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:

Kroeze, W., Mulder, B.(2021). Leefstijl in de zorg – Rapportage focusgroepen Huisartsen Gelderse Vallei.

Inhoud

Inleiding.....	1
1. Attitude van eerstelijns zorgprofessionals jegens leefstijl in de zorg	2
2. Het leefstijlgesprek.....	3
Aanbevelingen voor het leefstijlgesprek.....	4
3. Samenwerking binnen de eerstelijns	5
Aanbevelingen om de samenwerking binnen de eerste lijn te verbeteren	5
4. Samenwerking tussen eerste en tweedelijns	6
Plek van leefstijl in contact tussen eerste en tweedelijns	6
Het zicht dat er is op de plek van leefstijl in de tweedelijns.....	6
Aanbevelingen om de samenwerking tussen de 1 ^e en tweede lijn te verbeteren	7

Inleiding

Leefstijl in de zorg staat in toenemende mate in de belangstelling van politiek, zorgverleners en onderzoekers. Logisch, want veel chronische ziekten zijn leefstijl gerelateerd, en op populatieniveau hebben zelfs kleine leefstijlaanpassingen forse preventieve effecten. Aangezien driekwart van de bevolking tenminste een keer per jaar contact heeft met de huisarts, en chronische patiënten nog vaker, ligt het voor hand dat leefstijl aandacht krijgt in de eerste lijn. Tegelijkertijd zijn er vragen over de aanpak en de inbedding van leefstijl in de zorg. Immers, het bespreekbaar maken en begeleiden van leefstijlverandering, ook als dat op een goede manier gebeurt, zal niet automatisch resulteren in gewenst gedrag van de patiënt. De patiënt is een mens die uiteindelijk zelf mag beslissen en zelf aan zet is om te veranderen. Het is aan de zorgprofessional om de patiënt goed geïnformeerd en bewust zelf een keuze te laten maken en kwalitatief goede (evidence-based) begeleiding te bieden als het gaat om coaching en om gedragsveranderingstechnieken.

Deze rapportage beschrijft het handelen van eerstelijns zorgprofessionals ten aanzien van 'leefstijl in de zorg'. De rapportage gaat in het bijzonder in op het bespreekbaar maken en begeleiden van leefstijlverandering bij patiënten, de professionele (transmurale) samenwerking ten aanzien van het bevorderen van een gezonde leefstijl van de zorgvrager en de factoren die dit alles beïnvloeden. Het handelen van de professional staat dus centraal, en niet de determinanten van gedrag (s)verandering van de patiënt.

In deze rapportage worden de resultaten van drie focusgroepen beschreven die gehouden zijn met in totaal 9 praktijkondersteuners en 4 huisartsen aangesloten bij de netwerkorganisatie Huisartsen Gelderse Vallei. Als leidraad voor het gesprek tijdens de focusgroepen werden vragen aan de hand van drie onderwerpen behandeld. Bij de start van het gesprek werd de algemene houding ten aanzien van leefstijl in de zorg besproken. Daarna richtte het gesprek zich op het onderwerp 'jij en de patiënt' en tot slot op het onderwerp 'jij en je collega's'. Alle gesprekken zijn letterlijk getranscribeerd door een onafhankelijk bureau. Vervolgens zijn de transcripten onafhankelijk van elkaar gecodeerd door Bob Mulder en Willemieke Kroeze. De resultaten werden samen besproken en nader op elkaar afgestemd. Anonimiteit van de deelnemers in de rapportage is geborgd.

De resultaten van de focusgroepen zijn samen te vatten in vier thema's, te weten: 1) Attitude van eerstelijns zorgprofessionals jegens leefstijl in de zorg; 2) Het leefstijlgesprek; 3) Samenwerking binnen de eerste lijn en 4) Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Binnen deze thema's worden de ervaringen en meningen van de deelnemers beschreven ten aanzien van de huidige praktijk en factoren die hierop van invloed zijn. Daarnaast worden er praktische aanbevelingen gedaan om het leefstijlgesprek gaande te houden en de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn te bevorderen.

1. Attitude van eerstelijns zorgprofessionals jegens leefstijl in de zorg

Uit de focusgroepen blijkt duidelijk dat de zorgprofessionals in de eerste lijn leefstijl een belangrijk thema vinden dat thuis hoort binnen de eerstelijns zorg, met name als het invloed heeft op medische problemen en met name binnen de ketenzorg. Vooral praktijkondersteuners benoemen dit als een vanzelfsprekend onderwerp dat in hun werk een vaste plek heeft. Deelnemers geven aan dat 'zorg voor leefstijl' een taak is voor de eerste lijn, want 'we zijn er goed in' met name door de langdurige relatie die er met de patiënt is, de plek van coachen en persoonsgerichte zorg en de continuïteit van zorg die geboden kan worden. Bovendien wordt het van de eerste lijn verwacht en beschreven in richtlijnen. Ook in de samenleving komt steeds meer besef dat leefstijl een belangrijk onderdeel is van ons leven.

Ondanks deze positieve attitude jegens leefstijl, is er ook ambivalentie jegens de plek van leefstijl in de zorg. De deelnemers veronderstellen dat leefstijl vooralsnog bij een minderheid van de artsen prioriteit heeft. Dokter ben je voor de ziektebeelden en de behandeling daarvan, met name medische behandelingen ('pillen'). Deelnemers geven inderdaad aan dat er nog veel huisartsen zijn die ziekte- en pillengericht zijn. Daarnaast kost preventie als structurele taak tijd en daarvoor ontbreekt momenteel aparte financiering.

Als de patiënt geen medische klachten heeft die een relatie hebben met leefstijl, is het de vraag of de huisarts over het overgewicht of leefstijl moet beginnen. Dit is niet duidelijk, omdat dit gezien kan worden als het privé domein van de patiënt. Vanwege het recht op zelfbeschikking kan de patiënt het leefstijlgesprek dus ervaren als bemoeizucht. Ook wordt twijfel geopperd of het behandelen van overgewicht en het bevorderen van gezonde voeding zinvol is, aangezien er meer bewijs zou zijn voor het belang van voldoende bewegen. Een deelnemer geeft aan het advies tot afvallen te zien als een straf die de patiënt wordt opgelegd. Tevens wordt genoemd dat we niet alles via preventie kunnen voorkomen, dat we te maken hebben met een obesogene omgeving en dat veel mensen 'zijn zoals ze zijn'. Daarbij wordt de meer filosofische vraag gesteld of we wel alles op moeten willen lossen. In hoeverre is het leven maakbaar? Verder wordt genoemd dat de LHV het standpunt heeft dat voorlichting voor preventie en leefstijl een maatschappelijke verantwoordelijkheid is.

2. Het leefstijlgesprek

Het begeleiden van een patiënt bij leefstijl is geen gegarandeerd succes. Informatie geven en kennis leiden niet direct tot hogere motivatie van de patiënt en hogere motivatie resulteert niet altijd in gedragsverandering. Soms zetten belangrijke life events de patiënt (opeens) aan tot veranderen. Een medische diagnose wordt ook als een belangrijk moment gezien om leefstijl bespreekbaar te maken. De deelnemers geven aan dat het belangrijk is om te beseffen dat leefstijlverandering voor de meeste patiënten niet makkelijk is en een lange termijn proces.

Het belangrijkste is om persoonsgericht te werken, individueel maatwerk te leveren en (kleine) haalbare doelen te stellen. In overleg met de patiënt moet bepaald worden wat werkt. Het is van belang om niet meteen te adviseren, maar vragen te stellen en in gesprek bij de patiënt bewustwording te creëren van het belang van leefstijl, inzicht in waarom de patiënt bepaalde dingen doet/laat en wat hij/zij er zelf aan kan doen. In het contact met de patiënt zijn gelijkwaardigheid, begrip tonen en niet oordelen belangrijk.

De deelnemers vinden zorg voor leefstijl lastig. Er worden diverse factoren genoemd die de professional belemmeren om daadwerkelijk met leefstijl aan de slag te gaan. De deelnemers geven duidelijk aan dat de huidige organisatie van zorg resulteert in gebrek aan tijd/financiering voor (kwalitatief goede) leefstijlbegeleiding.

Andere barrières zijn patiënt-gerelateerd. Professionals noemen hierbij de lage motivatie van patiënten, want zij realiseren zich niet dat hun leefstijl een probleem is, omdat ze geloven dat ze voldoende gezond leven. Ook ervaren patiënten geen klachten van een ongezonde leefstijl omdat bijvoorbeeld overgewicht of hoge bloeddruk geen klachten geven en (dus) ook niet leiden tot verlies van kwaliteit van leven. Verder wordt genoemd dat leefstijl aangeleerd gedrag is en in sommige gevallen als een verslaving gezien moet worden. Stress en zorgen zijn voor patiënten een grote barrière om hun leefstijl te veranderen, en dit zijn onderliggende factoren die onbesproken kunnen blijven. Tot slot zijn er barrières die reeds genoemd zijn onder attitude van zorgprofessionals, zoals dat patiënten zich aangevallen kunnen voelen, en ongevraagd advies niet op prijs stellen. Je hebt een relatie met de patiënt nodig om leefstijl bespreekbaar te maken.



Aanbevelingen

Aanbevelingen voor het leefstijlgesprek

1. Creëer eerst een basis van vertrouwen en ga het gesprek over leefstijl aan op een respectvolle, begripvolle manier en voorkom dat patiënten zich aangevallen voelen. Geef complimentjes voor wat lukt. Wacht niet tot de patiënt zelf over gewicht of leefstijl begint.
2. Heb de moed om steeds weer op leefstijl terug te komen, vroeger of later komt er wel een ingang bij de patiënt.
3. Waardeer je eigen rol in het proces van leefstijlverandering, erken jouw cirkel van invloed en accepteer dat een deel van de mensen niet zal veranderen.
4. Neem niet alles zomaar aan wat de patiënt zegt, maar vraag goed door op het gedrag en op de onderliggende factoren van het gedrag.
5. Bewustzijn is een belangrijke voorwaarde om aan motivatie en gedragsverandering te werken. Stel de patiënt centraal en werk vragenderwijs eerst aan bewustzijn van het eigen gezondheidsprobleem, de relatie met leefstijl en de verbeterpunten in eigen leefstijl. Op die manier kan de patiënt goed geïnformeerd een eigen keuze maken om iets aan leefstijl te willen doen of (voorlopig) niet.
6. Sluit je argumentatie voor de relevantie van leefstijl aan op wat de patiënt belangrijk vindt voor het verdere van zijn leven.
7. Laat de patiënt in samenspraak met jou persoonlijke haalbare doelen formuleren voor gedragsverandering.
8. Ga bij gedragsverandering in op de diverse oorzaken van het gedrag (omgeving en persoon; kansen, mogelijkheden en motivatie) en mogelijke barrières voor verandering en kies in samenspraak bij die oorzaken passende (evidence-based) technieken voor gedragsverandering die haalbaar zijn voor de patiënt.
9. Gebruik ondersteunende (visuele) materialen om je (risico)informatie en adviezen duidelijk uit te leggen en als geheugensteuntje voor de patiënt.
10. Geef zorgverleners een realistisch beeld: Gedragsverandering is een kwestie van lange adem en de effecten zijn niet direct zichtbaar. Daarom is het belangrijk om de kleine succesjes en de 'succesverhalen' als zorgprofessionals met elkaar te delen en te vieren.

3. Samenwerking binnen de eerste lijn

Binnen de eerste lijn is een duidelijke taakverdeling als het gaat om 'zorg voor leefstijl': de huisarts is vooral voor medisch georiënteerde klachten en noemt het belang om gezonde leefstijl te bevorderen en de praktijkondersteuner voert de daadwerkelijk begeleiding uit. De overlegstructuren tussen de huisarts en de praktijkondersteuner verschillen van praktijk tot praktijk. Er wordt geen preferente overlegstructuur benoemd. Er wordt opgemerkt dat overleg over een patiënt als overhead wordt beschouwd en dus geen betaalde tijd is. Dat werkt belemmerend. Binnen een groepspraktijk bleken de huisartsen er verschillende gedachten op na te houden ten aanzien van leefstijl. Een uitdaging binnen de eerste lijn is het risico op versnippering binnen de ketenzorg. Er is weinig overleg met bijvoorbeeld de diëtist en soms ook tussen huisarts en praktijkondersteuner, waardoor 'iedereen z'n eigen ding' doet. Daarnaast wordt genoemd dat praktijkondersteuners niet precies weten wat er gebeurt bij een GLI, dat moet gevraagd worden aan de patiënt. De patiënt is het 'doorgeefluik' van wat de zorgverleners doen. Hierbij bestaat het risico dat hetgeen de patiënt doorgeeft niet klopt met de werkelijke zorg die verleend is of de adviezen die gegeven zijn.



Aanbevelingen

Aanbevelingen om de samenwerking binnen de eerste lijn te verbeteren

1. Het is belangrijk dat de patiënt weet hoe de taakverdeling op het gebied van zorg voor leefstijl binnen de praktijk verdeeld is en dat de praktijkondersteuner degene is met de juiste expertise om te begeleiden bij leefstijl: de huisarts noemt het belang en verwijst naar de praktijkondersteuner en de praktijkondersteuner begeleidt de patiënt.
2. Het is belangrijk dat de praktijkondersteuner zich gesteund voelt en gesteund wordt door de huisarts. De huisarts straalt uit dat leefstijl belangrijk is en benoemt dit op z'n tijd ook weer bij de patiënt.
3. De praktijkondersteuner en huisarts nemen elkaar mee in het proces, zitten op één lijn en geven de patiënt dezelfde adviezen.

4. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn

Plek van leefstijl in contact tussen eerste en tweede lijn

Uit de focusgroepen blijkt dat professionals van de HAGV gebrek aan wederzijdse communicatie en samenwerking met de zorgverleners uit het ZGV ervaren. Praktijkondersteuners vinden dat jammer en sommigen voelen schroom om contact te zoeken met de tweede lijn voor kennismaking zonder directe noodzaak. De communicatie die er is, gaat met name per brief en over medische aspecten van de zorgverlening (bijvoorbeeld 'cijfertjes cholesterol'), niet over leefstijl. Zo wordt in het verslag van cardiologen geen melding gemaakt van het gewicht of gegeven adviezen met betrekking tot leefstijl. Sommige praktijkondersteuners geven aan wel een uitgebreide brief te ontvangen van de hartrevalidatieverpleegkundige. De eerste lijn kan zo terug komen op hetgeen gedaan of besproken is in de tweede lijn, dat wekt vertrouwen bij de patiënt. Echter, er zit een heel lange periode tussen het moment dat de patiënt door de tweede lijn is terugverwezen naar de eerste lijn en het moment dat de patiënt op consult gaat in de eerste lijn. In sommige gevallen wordt wel expliciet aandacht besteed aan leefstijl in de brief naar de eerste lijn. Zo zijn er positieve ervaringen met longartsen die adviseren om voor stoppen met roken begeleiding naar de eerste lijn te gaan, met geriateren die de uitkomsten van de SNAQ rapporteert aan de eerste lijn en incidenteel met internisten die een zoutbeperking bij nierfalen adviseren.

Het zicht dat er is op de plek van leefstijl in de tweede lijn

Professionals uit de eerste lijn krijgen de indruk dat de tweede lijn weinig tot niets met leefstijl doet. Deze indruk wordt gewekt door persoonlijke gesprekken die zij hebben met specialisten en door patiënten die aangeven dat leefstijl geen onderwerp was in de tweede lijn of door patiënten die na een revalidatieprogramma in de tweede lijn weer 'helemaal opnieuw moeten beginnen' in de eerste lijn als het gaat om hun leefstijl. Daarnaast geven de deelnemers aan dat ze eigenlijk niet weten wat er precies gebeurt op dit gebied, omdat er geen communicatie over is. In de gesprekken klinkt enig gebrek aan vertrouwen door jegens het handelen van professionals in de tweede lijn op het gebied van leefstijl. Professionals uit de eerste lijn hebben ook begrip voor het feit dat leefstijl geen prominente plek heeft in de behandeling van de tweede lijn vanwege het feit dat de tweede lijn voornamelijk voor complexe medische problematiek is, de tweede lijn eigenlijk te duur is om ook aandacht te besteden aan leefstijl, omdat er te weinig tijd voor is in de tweede lijn en omdat er weinig langdurige zorgrelaties zijn in de tweede lijn. Daarnaast wordt het risico genoemd dat hoe meer zorgverleners zich bezighouden met de leefstijl van een patiënt, hoe groter het risico is dat de patiënt van verschillende zorgverleners verschillende, mogelijk tegenstrijdige, informatie, adviezen en begeleiding krijgt. Het is dus goed dat de tweede lijn voor leefstijlverandering verwijst naar de eerste lijn.



Aanbevelingen

Aanbevelingen om de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te verbeteren

1. De professionals in de eerste lijn geven aan dat het waardevol is dat de zorgverleners uit de tweede lijn het belang van een gezonde leefstijl in ieder geval benoemd hebben bij de patiënt. De wetenschap dat ook de specialist dit heeft benoemd als belangrijke factor, helpt de professionals in de eerste lijn om het gesprek over leefstijl aan te gaan met de patiënt.
2. Het is helpend als de tweede lijn in de terugrapportage aangeeft dat het belang van leefstijl is besproken
3. Het is helpend wanneer de tweede lijn de patiënt adviseert om voor leefstijlbegeleiding hulp te vragen in de eerste lijn en dit advies ook te benoemen in de brief naar de eerste lijn.
4. Korte lijntjes tussen de eerste lijn en de tweede lijn zijn waardevol: elkaar persoonlijk ontmoeten en weten wat/hoe de ander doet. Deze korte lijntjes kunnen wederzijds begrip en vertrouwen vergroten.
5. Het is van belang om consequent en met z'n allen leefstijl bespreekbaar te maken. Op die manier zal het gesprek over leefstijl in de zorg normaliseren en verwacht de patiënt dat dit er gewoon bij hoort.

