Preventie en leefstijl in de zorg

Welke barrières ervaren verpleegkundigen wanneer ze met patiënten werk willen maken van leefstijl? Wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen? Om deze vragen draaide een rondetafelgesprek in september 2022.

auteurs

Willemieke Kroeze
lector Leefstijl en gezondheidsbevordering, Christelijke Hogeschool Ede, universitair docent gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam

Linda Hogervorst
docent Voeding en leefstijl, Brickhouse Academy, Naarden, eigenaar Into Food, Didam

Hylkje Algra
docent-onderzoeker Gezondheidsbevordering, Christelijke Hogeschool Ede

Sandra van Hogen-Koster
lector Positieve gezondheid, leefstijl en leiderschap, Saxion Hogeschool en Medisch Spectrum Twente, Enschede

Ingrid Steenhuis
hoogleraar Preventie op het gebied van de volksgezondheid, Vrije Universiteit Amsterdam, hoofdopleider Brickhouse Academy, Naarden

LEEFSTIJL EN PREVENTIE IN DE zorg krijgen steeds meer aandacht. Artsen verenigen zich rondom leefstijl en in kennisagenda's van beroepsgroepen zoals die van de wijkverpleging en praktijkondersteuners en -verpleegkundigen wordt het belang van leefstijl en preventie genoemd.[1-2] Voor leefstijl en preventie is het van belang dat ze goed worden geïntegreerd in de werkwijze van zorgprofessionals. Niet voor niets wordt in het Nationaal Preventieakkoord beschreven dat verpleegkundigen hierin een taak hebben.[3]

Het debat over de organisatie van zorg wordt overheerst door arbeidsmarktvraagstukken. In discussies over preventie legt de tweede lijn de verantwoordelijkheid voor preventie en leefstijl bij de eerste lijn, terwijl de eerste lijn wijst naar de nulde lijn.[4-5] Semantische kwesties spelen hier mogelijk een rol, want er bestaan verschillende definities voor preventie op verschillende niveaus.[6] Daarnaast heerst in de zorg de taakopvatting om curatief te handelen.[4-5] Verder wordt steeds vaker gesuggereerd dat een gezonde omgeving dé oplossing is voor een gezonde leefstijl en dat een individuele aanpak niet zinvol is. Uit onderzoek blijkt echter dat kennis niet voldoende is voor gedragsverandering.[7] Advies geven is dus niet afdoende, dat biedt ruimte voor het verbeteren van de individuele aanpak. Bovendien is het voor een integrale aanpak van preventie noodzakelijk dat iedere professional binnen de eigen cirkel van invloed bijdraagt aan radertjes in het systeem van de volksgezondheid.[3] Dat is mogelijk door een gezonde, steunende omgeving te creëren, maar ook door individuen te begeleiden in het leren omgaan met een verleidelijke, weerbarstige omgeving.

Bevorderend en belemmerend

Verpleegkundigen hebben een positieve attitude jegens het belang van gezonde leefstijl.[7-8] Voor hun professioneel handelen zijn niet alleen tijd en geld van belang. Ook expertise, mogelijkheden en context spelen een grote rol.[9] Recent onderzoek in Nederland onder verpleegkundigen werkzaam in huisartsenpraktijken of de wijk identificeert bevorderende en belemmerende factoren gerelateerd aan de professional (onder andere communicatievaardigheden, ervaring, kennis) en aan de ontmoeting professional-patiënt (onder andere het belang van een persoonsgerichte aanpak en het adequaat gebruik van methodieken voor gedragsverandering).[7-8] Kortom, het belang van preventie en leefstijl is evident. De attitude onder zorgprofessionals wordt steeds positiever. Inzicht in belemmerende en bevorderende factoren neemt toe. Maar wat is nodig om tot haalbare, effectieve oplossingen te

> 'Patiënten zijn vaker dan gedacht geïnteresseerd om leefstijl te bespreken'

FIGUUR 1 BARRIÈRES

komen die het professioneel handelen optimaliseren? Medio september 2022 organiseerden wij een online rondetafelgesprek met verpleegkundig specialisten, een poh-ggz en docent-onderzoekers in gezondheid en verpleegkunde (n=8). In het vervolg van dit artikel worden zij 'verpleegkundigen' genoemd. Het doel van het rondetafelgesprek was: (1) inzichtelijk maken van het perspectief van verpleegkundigen op knelpunten en barrières om met patiënten aan de slag te gaan met leefstijl en (2) daarvoor mogelijke oplossingsrichtingen.

Opzet rondetafelgesprek

Het rondetafelgesprek duurde anderhalf uur. Na een korte introductie in het onderwerp werden de verpleegkundigen voor een brainstormsessie in twee groepen verdeeld, met één gespreksleider per groep. In beide groepen werden drie thema's besproken: (1) barrières bij leefstijlbegeleiding en gedragsverandering door verpleegkundigen, (2) mogelijke oplossingen voor veelgenoemde barrières in eerder onderzoek (zie figuur 1) en (3) behoeften aan kennis en vaardigheden van verpleegkundigen op het gebied van leefstijl. De focus lag op het verzamelen van concrete aanknopingspunten voor verbetering.

Uitkomst

Tijdens het rondetafelgesprek werd duidelijk dat alle aanwezige verpleegkundigen een positieve attitude hadden jegens de steeds belangrijkere rol van leefstijl in hun beroep. Tegelijk kwam aan het licht dat er nog veel barrières ervaren worden om adequaat met leefstijl aan de slag te gaan. Alle barrières uit eerder onderzoek werden herkend. Ook viel op dat het gesprek over oplossingen belemmerd lijkt te worden door de focus op barrières, zoals de druk op de zorg (gebrek aan tijd en middelen). Een aantal hoofdpunten uit het gesprek lichten we toe.

Beginnen over leefstijl

Verpleegkundigen geven aan vraaggestuurd te werken en vooral te willen aansluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt. Wanneer die zelf niet over leefstijl begint, vinden verpleegkundigen het lastig om het ter sprake te brengen of het beste moment te bepalen. Dit wordt versterkt door de perceptie van verpleegkundigen dat de patiënt toch niets met leefstijl wil, bijvoorbeeld omdat het saai is. Ze willen de patiënt niet op een negatieve manier *pushen*.

'Verpleegkundigen kunnen signaleren, screenen, verwijzen en de motivatie bespreken'

Maar uit onderzoek blijkt dat patiënten vaker dan gedacht geïnteresseerd zijn om leefstijl te bespreken.[10] Deelnemers aan het rondetafel- gesprek concludeerden dat het imago van leefstijl en leefstijlbegeleiding positiever kan door de nadruk te leggen op wat het de patiënten kan opleveren en de begeleiding op een positieve manier in te steken.

Invloed leefstijlprofessional

De eigen leefstijl van verpleegkundigen beïnvloedt hun handelen. Sommigen hebben weerstand om hun leefstijl te verbeteren en vermijden dit onderwerp met de patiënt. Die weerstand komt mogelijk doordat verpleegkundigen zelf ook moeite ervaren leefstijl te veranderen. Ze accepteren daardoor sneller dat het bij de patiënt niet zal lukken. Het omgekeerde noemden de gespreksdeelnemers ook. Eigen positieve ervaringen met het veranderen van leefstijl worden ingezet in de begeleiding van patiënten, bijvoorbeeld ervaring met stoppen met roken.

Wie doet wat?

Er is veel onduidelijkheid over de afbakening en samenwerking met andere disciplines op het vlak van leefstijlbegeleiding. Bij verwijzingen van de tweedenaar eerstelijnszorg wordt bijvoorbeeld niet overgedragen of leefstijl bespreekbaar is gemaakt. Ook is onduidelijk waar de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige begint en ophoudt. Uit het gesprek bleek dat de verpleegkundige in elk geval een rol voor zichzelf ziet bij signalering, screening, het bespreken van de motivatie en verwijzing. Vraag is wat er nog meer past binnen de holistische aanpak die de verpleegkundige voorstaat. Daarnaast zijn de huidige organisatie en financiële structuur in de zorg soms een belemmering bij verwijzing. Het ideaal is een groep zorgverleners van verschillende disciplines die samen de zorg rondom een specifieke patiëntengroep inregelt, inclusief leefstijlbegeleiding. Hierbij is ruimte nodig voor het coachen van groepen.

Expertise gewenst

Verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan meer kennis en vaardigheden om adequaat aan de slag te gaan met leefstijl. Motiverende gesprekksvoering behoort al tot de basisuitrusting van de verpleegkundige, maar er is meer nodig. Er is behoefte aan meer kennis en vaardigheden om motivatie te versterken en met weerstand om te gaan. Het bespreekbaar maken van leefstijl op een positieve manier, zonder de patiënt een schuldgevoel te geven, werd als belangrijk punt genoemd. Daarnaast ontbreekt kennis over methodieken van gedragsverandering.

Hoe verder?

In de basis is er een positieve attitude, maar verpleegkundigen herkennen alle genoemde barrières uit het onderzoek. Het is niet eenvoudig anders te gaan werken in een omgeving (cultuur, beleid, organisatie) die verpleegkundigen niet steunt om meer te doen met leefstijl en preventie. Deze belemmeringen maken het lastig na te denken over de weg vooruit. Een samenwerking tussen praktijk, onderzoek en beleid is noodzakelijk om die weg te vinden. Een belangrijk thema hierbij is de afstemming en samenwerking met zorgdisciplines. Daarnaast zijn structureel meer tijd en middelen nodig. In opleiding en scholingen behoeft een aantal zaken meer aandacht. Hierbij gaat het allereerst om het bespreekbaar maken van het thema leefstijl op een positieve manier. Ook zijn kennis en vaardigheden nodig om verder te komen dan alleen het geven van advies. Het gaat om begeleiding en coaching bij het veranderen en behouden van leefstijl. Het belang van deze brede set aan expertise en skills op het vlak van interdisciplinaire samenwerking en gezondheidsbevordering wordt bijvoorbeeld ook genoemd in het Expertisegebied Wijkverpleegkundige van V&VN (2019). De stap van kennen en kunnen naar doen vraagt om gelegenheid en leiderschap. De plannen voor Bachelor Nursing 2030 van het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde, met meer aandacht voor preventie, gezondheidsbevordering en verpleegkundig leiderschap, zijn dan ook waardevol. Tot slot is tweesporenbeleid van belang: enerzijds moeten we patiënten ondersteunen bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Anderzijds moet de omgeving, ook in zorginstellingen als ziekenhuizen, een gezonde leefstijl vergemakkelijken door de gezonde keuze de gemakkelijke keuze te maken.

Dankwoord

Dit artikel is geschreven in nauwe samenwerking met verpleegkundigen uit de eerste- en tweedelijn. Wij danken Gabriëlla de Boer-Betten, Elianne de Kat, Beau Konijn, Wemke Tuinier en de deelnemers voor hun bijdrage.

REFERENTIES

1. **Bleijenberg N, Hoeijmakers M, Van Straalen L, e.a.** Rapport Kennisagenda Wijkverpleging - een routeplanner voor de toekomst. Utrecht: Beroepsvereniging Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland; 2018.
2. Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen. Enquête POH/PVK & Leefstijl, de belangrijkste uitkomsten; 2021.
3. VWS. Nationaal Preventieakkoord – naar een gezonder Nederland. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018.
4. **Kroeze W & Mulder B.** Leefstijl in de zorg – Rapportage focusgroepen Huisartsen Gelderse Vallei. Ede: Christelijke Hogeschool Ede; 2021.
5. **Mulder B & Kroeze, W.** Leefstijl in de zorg – Rapportage focusgroepen Ziekenhuis Gelderse Vallei. Ede: Christelijke Hogeschool Ede; 2021.
6. **Stronks K, Burdorf A, Mölenberg FJM, e.a.** Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? Amsterdam: NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; 2022.
7. **Groenendijk-van Woudenbergh GJ, van Hell-Cromwijk MC, van der Veen YJJ, e.a.** Facilitators and barriers for promoting healthy eating among primary care patients: results of a qualitative study among practice nurses. Family Practice. 2022; 39(1): 144 – 49.
8. **den Hamer-Jordaan G, Groenendijk-van Woudenbergh GJ, Haveman-Nies A, e.a.** Factors associated with dietary behaviour change support in patients: a qualitative study among community nurses. under review. 2022.
9. **Atkins L, Francis J, Islam R, e.a.** A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implement Sci. 2017; 12(1):1–18.
10. **Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, e.a.** Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. Diabetes, obesity & metabolism. 2019; 21(8): 1914–24.