

De nieuwe NHG-Zorgmodules Leefstijl

Deze maand verschijnen de NHG-Zorgmodules Leefstijl, met richtlijnen over de advisering en begeleiding van uw patiënten bij alcoholproblematiek, bewegen, stoppen met roken en gezonde voeding. Als smaakmaker leest u hieronder een samenvatting van de inleidende hoofdstukken *Leefstijladvisering algemeen* en *Geïntegreerde aanpak leefstijl en Individueel zorgplan*. Tot slot is er een korte toelichting van wat u in de vier Zorgmodules kunt verwachten.

Waarom Zorgmodules Leefstijl?

De aanleiding voor het ontwikkelen van de 'Leefstijlmodules' (zoals de Zorgmodules in de wandelgangen zijn gaan heten) waren de geluiden uit het veld. Huisartsen en zorggroepen hebben behoefte aan ondersteuning bij de leefstijladvisering. Vaak ontbreekt overzicht van het lokale zorgaanbod en ook schort het soms aan afstemming met andere eerstelijnszorgverleners. Zorggroepen missen bovendien de aansluiting tussen de bestaande richtlijnen en de praktijk en hebben behoefte aan inhoudelijke ondersteuning bij de inrichting van de chronische zorg.

De Leefstijlmodules willen nu in deze behoeften voorzien en geven richtlijnen bij de aandachtsgebieden roken, alcohol, bewegen en voeding: van het signaleren en aankaarten van de problematiek tot de begeleiding of verwijzing van de patiënt.

Kernboodschappen van de Zorgmodules Leefstijl

De leefstijladvisering aan volwassenen betreft zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie en het gaat hierbij om een aantal samenhangende activiteiten:

- inventarisatie van de behoefte aan leefstijladviezen;
- voorlichting over gezondheidsrisico's;
- motivatie tot een gezonde leefstijl;
- begeleiding bij zelfmanagement;
- aanbod van leefstijlinterventies.

Belangrijk is dat de patiënt bereid en in staat moet zijn om over het eigen gedrag na te denken en dit eventueel te veranderen. Daarbij is ondersteuning van zelfmanagement onontbeerlijk. De huisarts kan motiverende gespreksvoering inzetten om de patiënt te stimuleren zijn leefstijl te veranderen.

LEEFSTIJLADVISING ALGEMEEN

Bij alle leefstijlonderwerpen komen enkele algemene aspecten aan de orde. Zo staat het voorkómen of beperken van gezondheidsschade centraal en is een actieve rol van de patiënt essentieel. Huisarts en praktijkondersteuner kunnen de patiënt begeleiden bij diens zelfmanagement door:

- het geven van voorlichting over gezondheidsrisico's en een gezonde leefstijl;
- het motiveren tot en ondersteunen bij gedragsverandering.

Alle zorgverleners hebben een signalerende functie, maar dit betekent niet dat zij de patiënt ook altijd zelf zullen begeleiden. Een diëtist die alcoholproblematiek vermoedt en een psycholoog die merkt dat iemand rookt, zullen de patiënt niet zelf begeleiden, maar wijzen deze wel op de mogelijkheden die huisarts en praktijkondersteuner bieden. Ook nemen zij de gesignaleerde gezondheidsrisico's op in de berichtgeving aan de huisarts. Overigens hoeft ook de huisarts de begeleiding niet altijd zelf te doen.

Zelfmanagement

Niet alle patiënten beschikken over de vaardigheden om zelf hun leefstijl te veranderen en zij hebben dan hulp nodig van hun huisarts of praktijkondersteuner. Hierbij gaat het om maatwerk.

De vier leefstijlonderwerpen staan niet los van elkaar: als meerdere leefstijlfactoren gezondheidsrisico's met zich meebrengen, is het van belang gezamenlijk te bekijken wat de patiënt wanneer aanpakt en hoe hij dit doet. Uiteraard staat centraal wat de patiënt zélf belangrijk vindt, wat diens mogelijkheden zijn en of hij openstaat voor verandering. Soms zal de patiënt kiezen voor een minder effectieve aanpak (bijvoorbeeld geen medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken) of voor een leefstijlfactor die niet de meeste gezondheidswinst oplevert. Dan is het goed als de zorgverlener zich realiseert dat kennis niet hetzelfde is als het vermogen tot veranderen. Vaak ook gaat de aanpak van de leefstijl langzamer dan de zorgverlener zou wensen; het is nu

eenmaal erg moeilijk om jarenlang ingesleten gedrag zomaar te veranderen. Het is goed om toch gewoon na enige tijd oordeelvrij te checken of de patiënt nu wél gemotiveerd is.

Tot slot is het van belang om realistische doelen te stellen: kleine stapjes zetten en deze herhalen.

Vijf stappen om zelfmanagement te stimuleren (5 A's):

- **Achterhalen:** vraag de patiënt om ervaringen en behoeftes te noemen.
- **Adviseren:** verklaar deze ervaringen en behoeftes en geef informatie op maat.
- **Afspreken:** help bij het stellen van haalbare doelen en neem gezamenlijk besluiten.
- **Assisteren:** help bij persoonlijke barrières en ga na of er behoefte is aan extra ondersteuning.
- **Arrangeren:** maak samen een specifiek plan voor (vervolg)ondersteuning.

Motiverende gespreksvoering

Het verleden heeft geleerd dat het weinig effectief is om patiënten de negatieve consequenties van hun gedrag voor te houden. Patiënten ervaren namelijk ook voordelen van hun 'slechte gedrag'. Bij motiverende gespreksvoering wordt niet uitgegaan van de negatieve boodschap; het is een methode om zelfmotiverende uitspraken uit te lokken en te versterken ('veranderingstaal'). De kans op gedragsverandering van de patiënt neemt toe als er commitment is aan een concreet, gezamenlijk geformuleerd plan. Maar een onvoorwaardelijke acceptatie van de keuzes van de patiënt staat voorop: de zorgverlener veroordeelt en moraliseert niet.

Zorgprofielen

Bij elk van de vier leefstijlonderwerpen is een zorgprofiel vastgesteld. Hierin is vastgelegd aan welke voorwaarden de zorg voor specifieke groepen patiënten moet voldoen: welke zorgverleners verlenen welke concreet omschreven zorg?

Bekijk samen met de patiënt welk zorgprofiel het best passend is. Leidend daarbij zijn de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt, de aard en ernst van de aandoening, eerdere ervaringen met behandelingen en de voorkeuren van de patiënt. Is bijvoorbeeld

Do's and don'ts bij motiverende gespreksvoering:

- Reageer empathisch en luister reflectief; zo voelt de patiënt zich begrepen en gestimuleerd tot zelfreflectie.
- Probeer een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen.
- Vermijd discussies over de keuzes van de patiënt, ook bij verschillen van mening.
- Toon de verschillen aan tussen het gedrag van de patiënt en de doelen en waarden die deze nastreeft (bijvoorbeeld kleinkinderen willen zien opgroeien, angst voor een akelig ziekbed).
- Stimuleer 'veranderingstaal' en rem 'behoudtaal' af. De patiënt is vaak ambivalent; exploreer dit door bijvoorbeeld te vragen: Wat wilt u graag? Welke mogelijkheden heeft u? Welke redenen voor verandering zijn voor u doorslaggevend?
- Versterk en ondersteun het vertrouwen van de patiënt in zijn eigen kunnen, bijvoorbeeld door het uitlokken, bekrachtigen, sturen en laten herhalen van positieve ervaringen en successen.
- Versterk het commitment aan een veranderingsplan.

een eerdere behandeling niet effectief gebleken, dan kan de keuze nu vallen op een intensievere begeleiding, oftewel een hoger zorgprofiel. Andersom kan het ook voorkomen dat het de patiënt niet is gelukt om in een hoog zorgprofiel zijn doelen te bereiken; dan kan nu wellicht met een minder intensieve begeleiding in een lager zorgprofiel worden volstaan om de al wel behaalde resultaten te bestendigen.

Bij alle zorgprofielen geldt dat het belangrijk is dat de omgeving van de patiënt hem steunt. Verder kunnen financiële belemmeringen een rol spelen bij de keuze voor een zorgprofiel. Zo wordt bewegingszorg slechts deels vergoed, evenals sommige groepsbehandelingen en begeleiding door een GZ- of eerste lijnspsycholoog.

Bij alle leefstijlonderwerpen is een profiel 'zelfmanagement' geformuleerd. Hier is dus geen specifieke zorgverlener benoemd, maar dat betekent niet dat de huisartsenpraktijk of andere zorgverleners geen bemoeienis hebben met de zorg. Zelfmanagement is bij alle profielen van belang en daarbij heeft de huisartsenpraktijk een belangrijke ondersteunende en faciliterende rol.

Individueel zorgplan

De met de patiënt gemaakte afspraken vormen de kern van het Individueel zorgplan. Bij afspraken over de leefstijl zijn de doelen en wensen van de patiënt leidend. Het Individueel zorgplan bevat de volgende elementen:

- Iedereen die bij de zorg betrokken is (zorgverleners, mantelzorgers, de patiënt zelf).
- Doelen van de zorg.
- De zorgafspraken, bestaande uit:
 - welke activiteiten ondernomen worden om een doel te bereiken;
 - wie een activiteit uitvoert: patiënt, mantelzorg of zorgverlener;
 - welke zorgverlener de activiteit zal monitoren: huisarts, praktijkondersteuner, anderen;
 - wanneer de activiteit plaatsvindt;
 - hoe en wanneer de afspraak wordt geëvalueerd.

Het is van belang om bij het Individueel zorgplan een overzicht van risicofactoren en het risicoprofiel te hebben, zo nodig aangevuld met meet- en streefwaarden.

Een Individueel zorgplan is te beschouwen als een 'werkdocument'. Immers, het veranderen van leefstijl is niet gemakkelijk en vergt een lange adem. Doelen en activiteiten worden dus wel zo concreet mogelijk weergegeven, maar deze kunnen in de loop van de tijd toch veranderen.

Leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden

Bij leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden ontstaat soms de indruk dat de adviezen niet overkomen of niet worden opgevolgd. Onderzoek toont ook aan dat deze groepen minder succesvol zijn bij afvallen, bewegen en stoppen met roken. Veelvoorkomende oorzaken zijn:

- Gebrekkige communicatie door:
 - gemis aan kennis over het functioneren van het menselijk lichaam;
 - taalproblemen.
 - Te weinig motivatie door:
 - gebrekkige aansluiting bij de leefwereld of prioriteiten van de patiënt (bijvoorbeeld bestaande voedingspatronen, afwijkende visie op overgewicht, sociale problematiek of stress).
 - Weinig succes bij het opvolgen van adviezen door:
 - organisatorische of financiële belemmeringen (bijvoorbeeld een te dure of verafgelegen sportschool, geen mogelijkheid tot ongemengd sporten);
 - gebrek aan begrip of ondersteuning vanuit de sociale omgeving (bijvoorbeeld het belang van gastvrijheid en het altijd kunnen aanbieden van voedsel; het niet door alle culturen accepteren van sporten door vrouwen).
- In de NHG-Zorgmodules Leefstijl is een bijlage specifiek gewijd aan de leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden.



Foto: Corbis Hollandse Hoogte

Sociale kaart

Kennis van de sociale kaart in de eigen wijk en van de netwerken binnen en buiten de eigen setting is van belang bij leefstijladvisering. Een van de taken van de praktijkondersteuner is het opzetten en onderhouden van een sociale kaart betreffende de eigen aandachtsgebieden: eerstelijnszorgverleners (diëtisten, fysio- en oefentherapeuten, GZ- en eerstelijnspsychologen).

Bij het opzetten en onderhouden van de sociale kaart is het nuttig om ook samen te werken met mensen en organisaties buiten de zorg die leefstijlactiviteiten ontplooiën, zoals:

- gemeentelijke welzijnsorganisaties die groepsactiviteiten organiseren rond beweging en voeding, vaak specifiek gericht op doelgroepen in achterstandswijken (bijvoorbeeld fietsen voor vrouwen met een andere culturele achtergrond);
- door sommige gemeentes aangestelde buurtsportcoaches;
- sportverenigingen en commerciële sport- en bewegingsaanbieders die zich richten op mensen met gezondheidsrisico's of weinig ervaring met beweging (bijvoorbeeld personal trainers, fitnessinstructeurs en begeleiders van sport en beweging);
- sociale wijkteams (een belangrijke signalerende en adviserende rol is weggelegd voor de wijkverpleegkundige; deze beoordeelt zorgvragen van zowel huisartsenpraktijken als sociale wijk-

teams en koppelt deze aan activiteiten binnen en buiten de zorg);

- grote bedrijven die interventieprogramma's organiseren voor hun werknemers.

Vooraf in stedelijke gebieden kost het opzetten en bijhouden van een sociale kaart veel tijd. Veelal heeft de plaatselijke GGD of Regionale Ondersteuningsstructuur een overzichtskaart van leefstijlprogramma's en zorgverleners. Lokale en provinciale sportorganisaties hebben soms een sociale kaart van sport- en bewegingsactiviteiten.

Vaak circuleren verschillende versies van een sociale kaart en ontbreekt dus een volledig overzicht van de activiteiten in de wijk en van het zorgverlenersaanbod. Daarom is het belangrijk dat gemeentes, GGD's en praktijkondersteuners samenwerken bij het opzetten en bijhouden van een sociale kaart.

Handige websites

- De website van RIVM Centrum Gezond Leven bevat een overzicht van effectieve leefstijlinterventies voor bijvoorbeeld scholen, gemeentes, wijk en werk. Het overzicht is handig bij het opzetten van een praktijkverbeteringsproject (www.loketgezondleven.nl > interventies > i-database).
- Zorgverleners kunnen voor advies, ondersteuning en inspiratie ook terecht bij www.loketgezondleven.nl > advies-en-ondersteuning.

Samenwerkingsafspraken rond leefstijladvisering

Aandachtspunten bij het opstellen van samenwerkingsafspraken binnen zorggroepen of met andere eerstelijnszorgverleners zijn:

- Inventariseer de sociale kaart van de regio en de lokale initiatieven.
- Maak afspraken over wijze (brief, e-mail, telefoon) en inhoud (wie doet wat wanneer) van de informatie-uitwisseling bij verwijzing en afstemming.
- Maak afspraken over het verwijfsbeleid.
- Stem beleid, werkwijze en verantwoordelijkheden af en sluit daarmee aan bij bestaande (transmurale) afspraken.
- Spreek af wie wanneer welke voorlichting geeft aan patiënten en hun naasten.
- Maak afspraken over termijnen en inhoud van (tussen)evaluatie en rapportage van de behandeling.
- Spreek af wanneer er sprake is van stagnatie in de behandeling en met wie dan contact wordt opgenomen.
- Spreek af bij welke signalen er sprake is van een afwijkend beloop en wanneer wordt terugverwezen.
- Spreek af wanneer de huisarts wordt geconsulteerd.
- Spreek af wie de zorg coördineert en wie aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naasten.
- Maak afspraken over het veranderen of beëindigen van de behandelingsplannen.
- Evalueer regelmatig de gemaakte afspraken.

- Handig bij praktijkverbeteringsprojecten is de buurtzorgscan: een database met instrumenten om feiten en cijfers over sport en beweging helder in kaart te brengen.

GEÏNTEGREERDE AANPAK LEEFSTIJL EN INDIVIDUEEL ZORGPLAN

Leefstijladvisering bij chronische aandoeningen

Bij chronische aandoeningen is een geïntegreerde aanpak van de leefstijladvisering nodig. Zet daarbij de volgende stappen:

- Bespreek samen met de patiënt welke leefstijlfactoren deze kan en wil aanpakken.
- Bespreek welke doelen de patiënt wil halen en welke zorg hierbij het best past.
- Maak samen met de patiënt een plan van aanpak.

- Leg de afspraken vast in het Individueel zorgplan.

Aankaarten

Het aanpakken van de leefstijl heeft meestal als doel (verdere) gezondheidschade door chronische aandoeningen te voorkomen. Verschillende leefstijlfactoren kunnen dan niet los van elkaar worden gezien. Bekijk dus samen met de patiënt welke leefstijlfactoren aanpak verdienen, of hiervoor voldoende motivatie bestaat en wat de beste aanpak is. Vraag daartoe naar:

- *Alcoholgebruik.* De gemiddelde hoeveelheid alcohol per dag, per week en per gelegenheid.
- *Lichaamsbeweging.* De frequentie, duur en intensiteit van bewegen; per dag en per week, in de zomer en in de winter.
- *Roken.* Nu en in het verleden, hoeveelheid sigaretten per dag.
- *Voeding.* Wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe gegeten wordt; het gewicht en de schommelingen daarin.

Van belang is de vraag in hoeverre de patiënt de eigen alcoholinname, li-

chaamsbeweging, het roken of zijn voedingspatroon als een probleem ervaart. Weet de patiënt het verband tussen zijn leefstijl en het risico op het krijgen of verergeren van een chronische aandoening? Vraag ook of de patiënt akkoord gaat met bespreking van zijn leefstijl.

Exploreren en informeren

Vraag in hoeverre de patiënt overweegt een of meer leefstijlfactoren aan te pakken:

- Wat zouden voor u de drie belangrijkste redenen zijn om uw leefstijl te veranderen?
- Geef aan op een schaal van 0 – 10 hoe belangrijk het voor u is om uw leefstijl te veranderen. Waarom is dit cijfer niet hoger? Wat zou nodig zijn om een hoger cijfer te geven?

- Bent u tevreden met uw leefstijl? Denkt u dat een verandering van leefstijl uw gezondheidsrisico's zou verminderen of uw leven wat prettiger kan maken?
- Heeft u eerdere ervaringen met het veranderen van uw leefstijl en welke barrières waren er toen?

Doelen formuleren

Vraag of de patiënt ermee akkoord gaat nadere informatie te ontvangen over zijn leefstijl. Geef vervolgens relevante informatie over de gezondheidsrisico's van de patiënt en sluit hiermee aan bij diens wensen, kennis en begripsniveau.

Bespreek met de patiënt welke doelen hij wil halen en of hij daarbij hulp zou willen hebben.

Bekijk bovenstaande inventarisaties met de patiënt en bepaal samen welk

zorgprofiel het best past. De diverse zorgprofielen zijn beschreven in de verschillende Leefstijlmodules.

Een plan van aanpak maken

Maak samen met de patiënt een plan van aanpak en bespreek hiertoe:

- welke activiteiten nodig zijn om de doelen van de patiënt te bereiken;
- wie de activiteiten uitvoert: patiënt, mantelzorger of zorgverlener;
- welke zorgverlener de activiteiten zal monitoren;
- wanneer de activiteiten plaatsvinden;
- hoe en wanneer de afspraken worden geëvalueerd.

Leg de gemaakte afspraken vast in een Individueel zorgplan.

DE VIER NHG-ZORGMODULES LEEFSTIJL

Hieronder treft u een beknopte toelichting aan op de richtlijnen die u kunt verwachten in de vier Zorgmodules Leefstijl over roken, alcohol, bewegen en voeding. Waar mogelijk volgen de Leefstijlmodules steeds de opbouw die u al gewend bent van de NHG-Standaarden.

Begrippen

Zo nodig worden gehanteerde begrippen nader uitgelegd. Bijvoorbeeld het verschil tussen een beweegprofessional en een beweegzorgprofessional, of het verschil tussen problematisch alcoholgebruik en een stoornis in het gebruik van alcohol.

Richtlijnen diagnostiek

Hierin wordt achtereenvolgens ingegaan op:

- situaties waarin u alert moet zijn op patiënten met risicofactoren;
- het aankaarten van de problematiek;
- het inventariseren van bestaande gedragspatronen;
- eventuele aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld een longfunctieonderzoek of inspannings-ECG);
- het exploreren van de motivatie tot gedragsverandering, de zelfmanagementvaardigheden en de behoefte aan ondersteuning.

Richtlijnen beleid

Samen met de patiënt wordt een passend zorgprofiel gekozen op grond van de zelfmanagementvaardigheden, de aard en ernst van de problematiek, de ervaringen met eerdere pogingen tot gedragsverandering of vroegere behan-

delingen en de voorkeuren van de patiënt. Globaal volgen de zorgprofielen steeds eenzelfde patroon, waarbij het laagste profiel uitgaat van uitsluitend zelfmanagement en het hoogste van begeleiding door gespecialiseerde professionals uit het zorgdomein. De onderdelen van de zorgprofielen worden in de verschillende Leefstijlmodules nader uitgewerkt.

Toegang tot de Leefstijlmodules

De NHG-Zorgmodules Leefstijl zijn gratis toegankelijk via de NHG-website: www.nhg.org.

Voor de patiënt is op de modules afgestemde informatie te vinden op Thuisarts.nl/gezonde-leefstijl. Bovendien zijn in samenwerking met Patiëntenfederatie NPCF zes korte voorlichtingsfilmpjes voor de patiënt ontwikkeld.