

Over goede voornemens en een andere kijk op gedragsverandering in de zorg

Door Mirjam Stuij, Mulier Instituut

Bent u het nieuwe jaar begonnen met goede voornemens? Goede voornemens die vragen om gedragsverandering? Bijvoorbeeld (meer) gaan sporten of meer lichaamsbeweging in uw dagelijks leven integreren? U bent niet de enige! Zelf loop ik al enige tijd rond met het plan om pilates uit te proberen, om de spieren van mijn hypermobile lijf wat meer te trainen. Maar dat is er tot nu toe nog niet van gekomen...

Gedragsverandering is ook in de zorg een belangrijk onderwerp. Kijk maar naar de nieuwe Zorgmodule Leefstijl van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) die vorig jaar september is verschenen en waarin ook een hoofdstuk aan het onderwerp 'bewegen' is gewijd. Daarin staat onder andere beschreven hoe een huisarts of praktijkondersteuner (POH) samen met een patiënt tot de 'meest passende aanpak' om te bewegen kan komen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van 'motiverende gespreksvoering': '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.' ([NHG Zorgmodule Leefstijl](#), 2015, p6)

Dat doet mij denken aan de GG/ZZ-visie die in de zorgverlening steeds meer aandacht krijgt. Het gaat hier om een overgang van een focus op 'Ziekte en Zorg' naar 'Gezondheid en Gedrag'. Een paar maanden geleden was ik als onderzoeker aanwezig op enkele bijeenkomsten voor praktijkondersteuners waar dit onderwerp centraal stond. Louis Overgoor, mede-ontwikkelaar van de GG-methodiek, vertelde erover en ging met de aanwezigen in gesprek. Dat leverde interessante discussies op.

De methodiek gaat uit van een gezondheidsbenadering, waarbij de rol van de zorgverlener meer volgend in plaats van leidend is: de interactie met de patiënt staat centraal. Uitgangspunt is het vermeerderen van zijn of haar gezondheid in plaats van het verminderen van ziekte, zoals in de zorg gebruikelijk is. De 'ervaren gezondheid' van de patiënt is waar het om draait en het is aan de patiënt zelf om te bepalen hoe die is. Mensen kunnen dat overigens over het algemeen goed: uit onderzoek komt naar voren dat er een sterke relatie is tussen ervaren gezondheid en ziekteverzuim, zorggebruik en sterftekans. Ook in het onderzoek Sport in Tijden van Ziekte, waar ik bij betrokken ben, hebben we gemerkt dat iemands ervaren gezondheid belangrijk is. In vragenlijstonderzoek onder mensen met diabetes, depressie, borstkanker en hiv bleek dit met meerdere dingen samen te hangen en vooral met hoe iemand in het leven staat en tegen zijn ziekte aankijkt, bijvoorbeeld positief ten aanzien van het (weer) kunnen leiden van een normaal leven of niet (zie www.stzverhalen.nl).

Terug naar ZZ en GG. In de eerste benadering staat een probleem centraal, daarop volgt een analyse en dan een oplossing, bij voorkeur eentje die 'evidence based' is. In GG gaat het om in gesprek gaan met een patiënt. Tijdens de bijeenkomsten werden hier door de zorgverleners onderling veel tips voor uitgewisseld, zoals het gedrag van de patiënt spiegelen, de vier-seconderegels toepassen door vier seconden stil te zijn, een *post-it* op je computer plakken met daarop de vraag 'Wat wil de patiënt?' of de eerder genoemde motiverende gespreksvoering toepassen. Een kritische vraag hierbij lijkt mij wel of iets wordt ingezet als 'communicatietrucje' omdat een andere aanpak niet werkt, of dat het écht bedoeld is om te luisteren naar wat de patiënt wil.

Echt luisteren, daar is tijd voor nodig en tijd is er niet altijd in de zorg. Een consult van tien minuten bij de huisarts is zo om. En de vier afspraken per jaar bij de praktijkondersteuner als je bijvoorbeeld diabetes hebt, zijn ook gauw gevuld. Bijvoorbeeld met het meten en bespreken van allerlei waarden en het invoeren daarvan in het computersysteem. Om bij te houden hoe het met iemands waarden gaat, maar ook omdat de verzekeraar dat eist. Het huidige 'systeem' van de zorg gaat vooral uit van cijfers en niet van ervaringen; het is vooral gericht op die 'ZZ'. Dat punt kwam geregeld terug tijdens de bijeenkomsten: is er tijdens een consult nog wel tijd over om naar GG te vragen als alle benodigde waarden zijn ingevuld? Sommige zorgverleners leken daar overigens meer last van te hebben dan andere. Dat leek afhankelijk van bijvoorbeeld de ruimte die ze hebben om hun consult zelf vorm te geven, zowel wat betreft duur als invulling. Daar zag ik gelijkenissen met de patiënt – bij GG gaat het er immers om de patiënt ook die ruimte te geven – en ik vroeg me gelijk af of er ook een soort 'ervaren gezondheid' voor de zorgverlener bestaat. En zou dat dan een goede voorspeller zijn voor bijvoorbeeld werkplezier en werkverzuim?

Tijdens de bijeenkomsten kwam geregeld naar voren dat gedragsverandering bij patiënten bewerkstellingen niet gemakkelijk is. Er werden succesverhalen verteld, zeker, en die leken ook herkenbaar voor anderen. Maar minstens zo vaak kwam naar voren dat het moeilijk is om patiënten te blijven motiveren. Zo kwam de uitdrukking 'trekken aan een dood paard' meerdere keren voorbij. Mogelijk dat daarom de visie op GG over het algemeen met enthousiasme werd ontvangen. 'Een eyeopener', aldus een deelnemer.

Om dit echt in de zorgverlening te integreren, is echter wel een gedragsverandering nodig van zorgverleners, zorggroepen, verzekeraars en de overheid. De eerder genoemde Zorgmodule Leefstijl, om uiteindelijk gedragsverandering bij patiënten te bewerkstelligen, is bijvoorbeeld vooral vanuit een 'ZZ'-visie geschreven. Zo zijn de richtlijnen 'Bewegen' volgens de module 'cruciaal' voor mensen met (een verhoogd risico op) chronische aandoeningen en zijn ze niet alleen bedoeld voor patiënten die openstaan voor informatie over bewegen, maar (vooral) ook voor patiënten 'bij wie het aanleren van een gezond

bewegingsgedrag van belang is als onderdeel van de behandeling' (p28). Daarbij klinkt het 'uitlokken' van 'zelfmotiverende uitspraken' bij de patiënt uit het bovenstaande citaat niet echt alsof de vraag van de patiënt het uitgangspunt is.

Meer bewegen en zeker (gaan) sporten, zijn complexe onderwerpen om in de zorg te integreren. Sociale context, eerdere ervaringen, mogelijkheden in de omgeving; dat speelt allemaal mee. Geregeld heb ik zorgverleners horen vertellen dat ze af en toe ineens 'het licht' aan zien gaan bij een patiënt: iemand die aan het bewegen of sporten slaat. Maar niemand die weet waar het lichtknopje dan precies zat. Insteek op (tijd voor) echt luisteren naar een patiënt en het vermeerderen van zijn of haar gezondheid, al dan niet met hulp van 'beweegzorg', lijken mij daar dan ook een mooie ingang voor.

En mijn voornemen om pilates uit te proberen? Om mijn eigen ervaren gezondheid wat te verbeteren fiets ik straks op terugweg naar huis langs de organisatie om me aan te melden voor een eerste les. Beloofd.

Reageren? Graag! m.stuij@mulierinstituut.nl.

Meer weten? Lees '[Oh jee, is dit wel GG?](#)', mijn volledige verslag over de bijeenkomsten waar de GG-methodiek centraal stond.