

Gezondheids- bevordering in de zorg

5

Casus

Keer Diabetes2 Om



Diabetes type 2 heeft epidemische vormen aangenomen in Nederland. Meer dan 1 miljoen Nederlanders hebben de officiële diagnose en een grote groep loopt ermee rond zonder het te weten. Diabetes type 2 is een typisch voorbeeld van een welvaartsziekte waarbij de leefstijl een belangrijke determinant is. Ongezond eten (vooral te veel koolhydraten), te weinig beweging, roken, drinken en stress, het speelt allemaal mee. Als we niets doen is de verwachting dat in 2025 het aantal patiënten met diabetes type 2 stijgt naar 1,3 miljoen. De medische wetenschap beschouwt diabetes type 2 als een chronische aandoening; eenmaal een diabeet, altijd een diabeet. De meeste patiënten gebruiken medicatie om de ziekte onder controle te houden en bij velen moet de medicatie na verloop van tijd aangepast worden (en dan vooral verhoogd).

Maar is deze medicatie wel altijd nodig? Voor de ontdekking van insuline in 1921 gaven artsen voedingsadviezen om diabetes onder controle te houden, waarbij het vooral ging om het beperken van koolhydraten. Een nieuwe generatie artsen en diëtisten grijpt hierop terug en wil onderzoeken wat het effect van voeding en leefstijl is op het verloop van de ziekte. De diëtiste Karine Hoenderdos schreef samen met de internist-endocrinoloog prof. dr. Hanno Pijl de zelfhulpmethode *Diabetes type 2? Maak je zelf beter!* (2016). Volgens hen is het mogelijk om diabetes type 2 om te keren door de leefstijl aan te passen.

De stichting Voeding Leeft ontwikkelde vanuit dezelfde theoretische invalshoek een leefstijlbehandelprogramma, getiteld *Keer Diabetes2 Om*. Dit is een groepsaankpak waarbij de deelnemers elkaar actief ondersteunen en worden begeleid door een ervaren en speciaal opgeleid team van verpleegkundigen, leefstijlcoaches, diëtisten en koks. Deze professionals werken samen met de huisarts van de deelnemer (die de hoofdbehandelaar blijft) en praktijkondersteuners. Het programma duurt twee jaar en bestaat uit een aantal bijeen-

komsten op buitenlocaties en intensieve nazorg. De nazorg wordt online en telefonisch aangeboden.

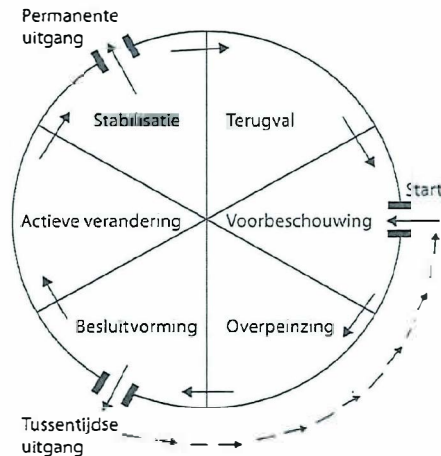
Is het mogelijk om diabetes type 2 structureel om te keren? Zorgverzekeraar VGZ raakte geïnteresseerd en besloot om in het kader van een pilot de deelnamekosten voor het project te vergoeden. Als diabetes om te keren is door een leefstijlverandering, dan kan dit op termijn veel zorgkosten besparen. De spiraal van steeds meer en steeds zwaardere medicatie kan wellicht doorbroken worden, met uiteindelijk als resultaat een duurzame verbetering van de gezondheid. Inmiddels is Keer Diabetes2 Om een door het RIVM erkende interventie en wordt deelname aan het programma door veel zorgverzekeraars vergoed.

5.1 Motiveren en veranderen

De openingscasus is een mooi voorbeeld van hoe diverse professionals kunnen samenwerken aan leefstijlverandering om een ziekte als diabetes type 2 om te keren. Leefstijl wordt hier ingezet als medicijn, om te behandelen. Heel mooi, maar we willen via leefstijl vooral ziekten voorkomen. In de zorgpraktijk en in het sociaal werk kan gewerkt worden binnen het hele spectrum van gezondheidsbevordering: van het voorkomen van ziekten door iemand goed voor te lichten over gezond leven tot de omkering van een ziekte door de leefstijl te veranderen. De professional kan veel doen om gezondheidsbevordering te realiseren: informeren, voorlichten, signaleren, motiveren, begeleiden en samenwerken. Maar hoe graag de professional ook wil bijdragen aan de gezondheid van cliënten, de cliënt moet zelf vooral ook gemotiveerd zijn om aan de eigen gezondheid te werken. Daarom begint dit hoofdstuk met de stadia van verandering en de mogelijkheden om de intrinsieke motivatie van cliënten te verhogen om uiteindelijk tot gedragsverandering te komen.

5.1.1 Het theoretisch fundament: het stages of change-model

De professional is bij uitstek de persoon die via motiverende interventies een bijdrage kan leveren aan de gezondheid van cliënten en gedragsverandering. Maar hoe doe je dat, vooral als mensen niet willen veranderen? Verandering van gedrag blijkt een patroon te volgen dat door Prochaska en DiClemente is beschreven in hun *transtheoretical model of behavior change*, beter bekend als het **stages of change-model** (1984; zie figuur 5.1).



Figuur 5.1 Het stages of change-model (Prochaska en DiClemente, 1984)

Het model beschrijft zes fasen in het proces van gedragsverandering: voorbeschuwing, overpeinzing, besluitvorming, actieve verandering, stabilisatie en terugval. Een begeleider of therapeut moet rekening houden met de fase van verandering waarin iemand zit en hier de acties op afstemmen. We bespreken de zes fasen hier kort.

Voorbeschuwing: in dit stadium is de persoon zich (nog) niet bewust van het feit dat hij of zij een probleem heeft. De persoon herkent niet dat zijn of haar eigen gedrag negatieve gevolgen heeft voor zichzelf of voor anderen. Als begeleider kun je in dit stadium diverse afweermechanismen waarnemen, waaronder ontkenning, het goedpraten van gedrag (rationaliseren) en het ontwijken van confrontaties. Deze fase is eigenlijk een statische fase, die jaren kan duren en niet vanzelfsprekend overgaat in de tweede fase.

Overpeinzing: in deze fase staat de persoon er enigszins voor open om na te denken over zijn of haar problemen of de gevolgen van het eigen gedrag. Langzamerhand wordt de persoon zich bewust van het feit dat hij of zij een probleem heeft. In deze fase staat ambivalentie centraal, wat inhoudt dat de persoon problemen herkent maar nog niet weet of hij of zij wel wil veranderen. In deze fase staan mensen het meest open voor informatie over hun probleem. De bege-

leider kan bijvoorbeeld informatie verstrekken over de voordelen van gedragsverandering. Het is in deze fase nog te vroeg om over te gaan tot actie.

Besluitvorming: in deze fase neemt de persoon een beslissing of hij wel of niet wil overgaan tot verandering. Als de persoon besluit om iets te doen aan zijn of haar probleem, kunnen er concrete plannen worden gemaakt over wanneer en hoe de verandering gaat plaatsvinden. De begeleider kan helpen door te adviseren over de voor- en nadelen van zelfstandige gedragsverandering of het gebruik van hulpmiddelen.

Actieve verandering: in de vorige fase is de beslissing genomen om iets aan het probleem te doen. In deze fase gaat men over tot actie. De persoon kan daardoor worden geconfronteerd met moeilijke situaties, zoals afwijzing uit de omgeving, schuldgevoelens of twijfel over de keuze om te veranderen. Een begeleider kan helpen door van tevoren samen met de cliënt moeilijke situaties te inventariseren en een plan te maken om hiermee om te gaan. Het is daarbij belangrijk dat de persoon beschikt over een ondersteunend netwerk van mensen die hem of haar steunen.

Stabilisatie: deze fase gaat over het volhouden van de ingezette verandering. In deze fase zal de persoon de veranderingen proberen te integreren in zijn of haar leven en persoonlijkheid. Een begeleider kan helpen door ondersteunende gesprekken te voeren en proberen de kans op een terugval te verkleinen.

Terugval: terugval hoort ook bij het proces van verandering, omdat mensen vaak meerdere pogingen nodig hebben om tot een definitieve gedragsverandering te komen. Stoppen met roken is hier een goed voorbeeld van. Op terugval moet altijd op een positieve en empathische manier gereageerd worden, zodat iemand weer motivatie kan vinden om opnieuw te veranderen en niet definitief terug te vallen. Terugval betekent overigens niet per definitie dat men weer van voren af aan moet beginnen. Soms moet iemand meerdere cirkels van verandering doorlopen om tot nieuw gedrag te komen, waarbij iemand veel kan leren van terugvalperiodes.

5.1.2 De basisvaardigheid van de professional: motiverende gespreksvoering

Een van de meest gebruikte gesprekstechnieken bij het stimuleren van een gezonde leefstijl of gedragsverandering is **motiverende gespreksvoering (MGV)**. MGV is ontwikkeld vanuit het werken met cliënten met problematisch middelengebruik. In de loop der jaren is het echter van toepassing gebleken in tal van zorgpraktijken waarbij gedragsverandering het doel is, van de diëtistenpraktijk tot de verslavingszorg. De techniek van motiverende gespreksvoering is ontwikkeld door Miller en Rollnick, en wordt door Baron, De Jonge en Schippers (2015) omschreven als:

'een op samenwerking gerichte, doelgerichte gesprekstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. De methodiek heeft als doel de persoonlijke motivatie en het com-

mitment voor een bepaalde verandering te versterken, en wel door het ontlokken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, in een sfeer van acceptatie en compassie.⁹

Perspectief en sfeer

Bij MGV creëert de hulpverlener een sfeer waarin de cliënt naar zichzelf en zijn of haar eigen gedrag kan kijken. Het perspectief van waaruit een gesprek wordt gevoerd, noemen we ook wel de **spirit**. De vier kernelementen van de spirit zijn:

- **Partnerschap.** De cliënt en de behandelaar werken samen als partners. Het is belangrijk dat de cliënt wordt aanvaard zoals die is. Beiden zijn experts op hun eigen terrein: de professional op zijn werkgebied, de cliënt wat betreft zijn eigen levensgeschiedenis, omstandigheden, voorkeuren en drijfveren om al dan niet te veranderen.
- **Acceptatie.** De behandelaar probeert de gevoelens en het perspectief van de cliënt te begrijpen zonder dat hij oordeelt, bekritiseert of beschuldigt. Autonomie is belangrijk. Het is aan de cliënt om zelf keuzes te maken en zijn eigen weg te kiezen. De behandelaar streeft ernaar om de eigen-effectiviteit van de cliënt te verhogen zodat deze er meer vertrouwen in krijgt dat de verandering gaat lukken.
- **Compassie.** Dit houdt in dat de behandelaar zich actief inzet voor het welzijn en de behoeften van de cliënt. De behandelaar handelt niet vanuit eigenbelang, maar vanuit het belang van de cliënt.
- **Ontlokken.** De behandelaar gaat op zoek naar de interne motivatie voor verandering. Dit kan door te vragen naar de doelen, waarden en zienswijzen van de cliënt. Ieder mens heeft persoonlijke doelen en waarden. De behandelaar moet zo veel mogelijk hierop aansluiten om zo de motivatie tot verandering bij de cliënt te activeren.

(Baron, De Jonge & Schippers, 2015)

Processen in gespreksvoering

Bij MGV spelen vier processen een rol:

1. De behandelaar en cliënt gaan een gelijkwaardige werkrelatie aan (engageren).
2. Ze stellen samen de doelen en de agenda vast (focussen).
3. De behandelaar ontlokt interne motivatie (evoceren).
4. De verandering wordt gepland (plannen).

Het ontlokken van **verandertaal** is typerend voor MGV. Verandertaal draait om de uitingen van een cliënt over verandering en kent twee vormen. **Voorbereidende verandertaal** heeft betrekking op het uiten van de wens om te veranderen ('ik wil best veranderen') en **mobiliserende verandertaal** heeft betrekking op het besluit om te veranderen ('ik denk dat ik het maar eens ga proberen'). Er zijn allerlei strategieën om verandertaal uit te lokken. Als het de bedoeling is om verandering in gang te zetten, dan is het essentieel dat de

cliënt zelf tot het besluit komt om te veranderen. In de psychologie wordt dit proces van het zelf uitspreken van de gedragsverandering ook wel zelfovertuiging genoemd.

**Toelichting****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.
- Stimuleer 'verandertaal' 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.

(NHG, 2015)