Leefstijl bevorderen met relatiegericht werken

auteurs
Ria den Hertog
hoofddocent opleiding Verpleegkunde, senior onderzoeker lectoraat Leefstijl en gezondheidsbevordering, Christelijke Hogeschool Ede

Henk Spies
lector Mind the Gap, Avans Hogeschool, Den Bosch

Maaike Miedema
senior onderzoeker Centre of Expertise Veiligheid & Veerkracht, Avans Hogeschool, Den Bosch

Theo Niessen
lector Versterking impact praktijkgericht onderzoek, Fontys Hogeschool, Eindhoven

CORRESPONDENTIE
RIA DEN HERTOG
FDHERTOG@CHE.NL

Een preventieve taak van verpleegkundigen is dat ze leefstijl en gedragsverandering bevorderen bij de hulpvrager. Dat vereist een relatiegerichte en persoonlijk afgestemde aanpak. Dit artikel biedt handvatten.

TREFWOORDEN
- Preventie
- Leefstijl
- Gedragsverandering

Max, 19 jaar, werd in het ziekenhuis opgenomen vanwege een alcoholvergiftiging na 'comazuipen'. Hij is gediagnosticeerd met diabetes mellitus 2 (DM2) en morbide overgewicht. Max woont samen met zijn moeder, die aan alcohol is verslaafd, en zijn jongere zusje. Het eenoudergezin is aangemeld bij het sociale wijkteam voor ondersteuning, maar moeder weigert hulp. Max wil wel graag hulp en zal bij zijn

Foto: Stock.adobe.com / ARAMYAN

REFLECTIEVE VRAGEN

- Hoe optimaal zijn de gespreksvoorwaarden, komen hulpvrager en professional tot hun recht?
- Hoe echt wordt de relatie door beiden ervaren?
- In hoeverre is sprake van gezamenlijk opgestelde doelen?
- Welke interventiestrategie past in deze hulpverlenings-relatie?

leefstijl- en gedragsverandering worden begeleid door een verpleegkundige, zodat hij zijn overgewicht kan aanpakken en de DM2 achter zich te laten. Hij voelt zich verantwoordelijk voor zijn zusje en wil er zeker voor gaan.
Maar na de tweede afspraak haakt hij af: de verpleegkundige lijkt alleen gericht te zijn op het behalen van de doelen bij de leefstijlinterventie. Max mist begrip voor zijn ingewikkelde thuissituatie. De verpleegkundige voelt zich schuldig dat het contact met dit gezin is verbroken en vraagt zich af waar het nu misging.

VEERKRACHT EN PREVENTIE

Van professionals in zorg en welzijn wordt in toenemende mate verwacht dat zij gericht zijn op het versterken van veerkracht en preventie.[1] In de opleidingsprofielen Bachelor of Nursing 2030 en Sociaal Werk zijn 'risico's signaleren' en 'preventief werken' kerntaken binnen het beroep. De professional stemt zorg en ondersteuning af op iemands persoonlijke situatie, rekening houdend met efficiënt en kostenbewust werken. In deze probleemgerichte aanpak ligt de focus soms meer op het '*wat* te doen' dan op het '*hoe* te doen'. En staan de mens en relationeel handelen minder centraal. Een belangrijke succesfactor voor het bereiken van resultaten is: in relatie met de hulpvrager (patiënt/cliënt/burger) interventiedoelen vaststellen en hieraan werken.

EVIDENCE-BASED PRAKTIJK

Voor het uitvoeren van preventieve taken kunnen professionals leefstijl-interventies gebruiken die online beschikbaar zijn.[2] Deze zijn vaak gebaseerd op het medische model, waarin de nadruk ligt op wat gemiddeld genomen werkt in therapie, begeleiding en ondersteuning. Ook wordt het preventiebeleid steeds meer bepaald door financiers die voorschrijven dat uitsluitend moet worden gewerkt met effectief bevonden methoden. Het toepassen van deze interventies heeft twee voorwaarden:

'Een klik ontstaat door contact te leggen op gevoels- en belevingsniveau'

(1) het stellen van de juiste diagnose door verpleegkundig redeneren en (2) de reflectie op waaróp moet worden afgestemd. Hulpvrager en professional maken samen afspraken over de toepassing van leefstijlinterventies en passende doelen in individuele situaties.
Was de diagnose adequaat in de casus van Max? Wat was de oorzaak van zijn drankgebruik en overgewicht? En waarop had in de casus moeten worden afgestemd? Door schaamte over de financiële en sociale situatie en het onvermogen dat Max voelt om zijn situatie te beïnvloeden, stemde hij mogelijk (te) snel in met een door de professional aangedragen doel. Als het diagnosticeren en de afstemming niet goed verlopen, is de kans groot dat hulpvragers het contact verbreken. De handelingsverlegenheid die professionals dan ervaren, leidt ertoe dat ze het thema leefstijl soms liever vermijden.[3] Het is zaak te investeren in een echt gesprek en samen met de hulpvrager een doel vast te stellen. Dat draagt in belangrijke mate bij aan de effectiviteit en kostenefficiëntie van de interventies.

GELIJKWAARDIG

Positieve factoren, de zogenaamde common factors, zijn het wezenlijkst voor een goede samenwerkingsrelatie tussen hulpvrager en professional.[4] In een hechte, betekenisvolle relatie is plaats voor emotioneel en psychologisch welbevinden, waardoor verbondenheid ervaren wordt. Deze 'klik' tussen professional en hulpvrager, als twee gelijkwaardige mensen, komt niet tot stand via een handleiding of interventie. Een klik ontstaat door contact te leggen op gevoels- en belevingsniveau. Dat vraagt in eerste instantie meer menselijke dan professionele betrokkenheid, waar met behulp van voelsprieten onuitgesproken gevoelens worden opgemerkt en naar de oppervlakte gehaald.[5] Het opnemen van de emotionele temperatuur en het vormen van een 'bondje' zijn belangrijk om samen moeilijkheden of tegenspoed te doorstaan. Een klik biedt een veilige omgeving waarin de ander zich laat kennen en gekend kan worden.[6]
De menselijke kwaliteiten die hiervoor nodig zijn laten zich niet protocolleren, maar zijn wel te ontwikkelen. Adequaat professioneel handelen kan niet zonder praktische wijsheid: algemene- en vakkennis, afstemmingsvaardigheden en de moed om (niet) in te grijpen. Praktische wijsheid kan, net als klikvaardigheden, alleen worden geleerd in de praktijk.[6]

VERBINDING

Er zijn vier reflectieve vragen ontwikkeld die helpen professional relatiegericht te werken en de juiste strategie te kiezen bij de uitvoering van leefstijl-interventies (zie kadertekst 'Reflectieve vragen'). Deze zijn afgeleid uit een metastudie naar common factors voor succes in psychotherapie en aangevuld met een model voor effectieve interventies.[4,7] Centraal uitgangspunt is de algemene menselijke behoefte aan verbinding. Reacties van weerstand, afhaken of verstarren worden herkend als hindernissen voor gedragsverandering die uit de weg geruimd moeten worden.
De eerste reflectieve vraag gaat over optimale condities in de relationele hulpverlening. Zijn professional en

FIGUUR 1 HET *WAT* EN *HOE* VOOR EEN GEZAMENLIJK PLAN

hulpvrager het erover eens dát ze dit gesprek willen hebben, waarom ze het hebben en wat eventuele grenzen daarin zijn? Zonder wederzijds commitment heeft het niet veel zin om verder te gaan. Nauw verbonden daarmee is de tweede vraag: hoe echt ervaren hulpvrager en professional de relatie? In een beleefd sociaal wenselijk gesprek is het doel vooral gezichtsverlies te voorkomen, wat resulteert in het beëindigen van het contact. De derde vraag wijst op reflectie op de al dan niet gezamenlijk opgestelde doelen. Als de hulpvrager hoopt en gelooft dat de interventie gaat helpen, is dat vaak ook zo. Als er twijfels zijn, of gaandeweg ontstaan, is het belangrijk dat de professional hier woorden aan geeft en samen met de hulpvrager naar oplossingen zoekt. De vierde reflectieve vraag is de opstap naar de interventiestrategie. Wat zegt de hulpvrager eigenlijk over zichzelf, mogelijk zonder het te zeggen? De *wat*-dimensie van de aan te pakken klachten kan worden verrijkt met de relationele dimensie van het *hoe*.

In figuur 1 worden vier ideaaltypische manieren onderscheiden waarop een hulpvrager zich kan verhouden tot het ervaren probleem en hoe hulpvrager en professional kunnen komen tot een gezamenlijk plan. Met behulp van de reflectieve vragen is de professional zich

'De relationele dimensie is net zo belangrijk als de inhoudelijke dimensie'

bewust van de positie van de hulpvrager en kan de interventiestrategie bepaald worden. Als de hulpvrager bereid is tot verandering – 'Ik wil en kan, geef mij een kans' – kan de professional faciliteren. Geeft de hulpvrager aan wel te willen, maar niet (goed) te weten hoe, dan is een leerinterventie mogelijk het antwoord. Wanneer de hulpvrager aangeeft op te geven omdat hij/zij niet meer wil of kan, is een leidende rol van de professional een goede strategie. De onderste optie in de figuur – 'Ik heb andere plannen met mijn leven' – nodigt uit om gezamenlijk te zoeken naar wat voor deze hulpvrager de beste invulling is van het goede leven.
Het gebruik van de reflectieve vragen en het helpende model voor de keuze van een interventiestrategie laten in het geval van Max zien dat de keuze voor een coaching-interventie niet passend was. Hij lijkt vooral behoefte te hebben aan een maatje dat met hem mogelijkheden verkent voor leefstijlverbetering in zijn specifieke situatie.

CONCLUSIE

Voor effectieve zorg en leefstijlinterventies is de relationele dimensie (het *hoe*) net zo belangrijk als de inhoudelijke dimensie (het *wat*). Een goede 'klik' tussen hulpvrager en professional, gebaseerd op echtheid, wederzijds commitment en gedeelde doelen, vormt de basis voor succesvolle leefstijlinterventies. De reflectieve vragen en het model van de interventiestrategie dragen bij aan de bereidheid tot leefstijl- en gedragsverandering.

Samenvatting

- Eén van de preventieve taken van verpleegkundigen is het bevorderen van leefstijl en gedragsverandering.
- Probleem bij deze interventies is dat hulpvragers soms vroegtijdig afhaken.
- Juist preventie vraagt om een relatiegerichte en persoonlijk afgestemde aanpak. In dit artikel bieden we hiervoor handvatten.

REFERENTIES

1. Kader passende zorg 2022. www.zorginstituutnederland.nl
2. Leefstijlinterventies die werken. www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies
3. **Hamer den 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. J Adv Nurs. 2023;80:500-9.
4. **Wampold BE & Imel ZE.** The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge; 2015.
5. **Hertog den R & Niessen T.** The role of patient preferences in nursing decision-making in evidence-based practice: excellent nurses' communication tools. J Adv Nurs. 2019;75:1987-95.
6. **Hertog den R & Niessen T.** Taking into account patient preferences in personalised care: blending types of nursing knowledge in evidence-based practice. J Clin Nurs. 2021, 30(13-14), 1904-1915.
7. **Spies H.** Van kijken naar zien naar doen. Kijk-en-doe-wijzer voor betere gesprekken en trajecten (2023). https://mind-the-gap-academy.com/knz/