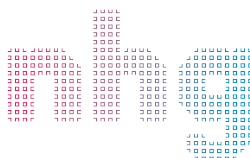


# NHG-Zorgmodules Leefstijl

versie 2015

© Nederlands Huisartsen Genootschap



Nederlands  
Huisartsen  
Genootschap



# Inhoud

<b>Inleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Leefstijladvisering algemeen</b> .....	<b>6</b>
<b>1A. Algemene aspecten leefstijladvisering</b> .....	<b>6</b>
1. Preventie en signalering .....	6
2. Motiverende gespreksvoering .....	6
3. Zelfmanagement .....	7
4. Zorgprofielen .....	8
5. Individueel zorgplan .....	8
6. Leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden .....	8
7. Man-vrouwverschillen.....	9
8. Sociale kaart .....	9
9. Samenwerkingsafspraken rond leefstijladvisering .....	10
10. Literatuur .....	11
<b>1B. Geïntegreerde aanpak leefstijl en individueel zorgplan</b> .....	<b>6</b>
1. Leefstijladvisering bij chronische aandoeningen .....	11
2. Aankaarten.....	12
3. Inventariseren en exploreren .....	12
4. Informeren .....	12
5. Doelen formuleren.....	12
6. Een plan van aanpak maken .....	13
<b>2. NHG-Zorgmodule Leefstijl - Alcohol</b> .....	<b>14</b>
1. Inleiding.....	14
2. Achtergronden .....	16
3. Richtlijnen diagnostiek.....	18
4. Richtlijnen beleid .....	20
5. Zorgregistratie en dossiervorming.....	26
6. Samenwerking .....	26
7. Literatuur .....	27
<b>3. NHG-Zorgmodule Leefstijl - Bewegen</b> .....	<b>28</b>
1. Inleiding.....	28
2. Achtergronden .....	29
3. Richtlijnen diagnostiek.....	31
4. Richtlijnen beleid .....	33
5. Zorgregistratie en dossiervorming.....	36
6. Samenwerking .....	36
7. Literatuur .....	37

<b>4. NHG-Zorgmodule Roken</b> .....	<b>38</b>
1. Inleiding.....	38
2. Achtergronden .....	39
3. Richtlijnen diagnostiek.....	41
4. Richtlijnen beleid .....	42
5. Zorgregistratie en dossiervorming.....	47
6. Literatuur .....	48
<b>5. NHG-Zorgmodule Leefstijl Voeding</b> .....	<b>49</b>
1. Inleiding.....	49
2. Achtergronden .....	50
3. Richtlijnen diagnostiek.....	52
4. Richtlijnen beleid .....	54
5. Zorgregistratie en dossiervorming.....	56
6. Samenwerking .....	57
7. Literatuur .....	57
<b>6. Totstandkoming van de NHG-Zorgmodules Leefstijl</b> .....	<b>58</b>
6.1 Ontwikkeling van de NHG-Zorgmodules Leefstijl .....	58
6.2 Betrokken partijen .....	58
6.3 Samenstelling van de werkgroepen .....	59
6.4 Commentaar en autorisatie .....	61

## **BIJLAGEN**

<b>Bijlage 1. Man-vrouwverschillen in leefstijl</b> .....	<b>63</b>
<b>Bijlage 2. Motiverende gespreksvoering</b> .....	<b>65</b>
<b>Bijlage 3. Zelfmanagement</b> .....	<b>66</b>
<b>Bijlage 4. Leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden</b> .....	<b>68</b>
<b>Bijlage 5. Bewegingsnormen</b> .....	<b>70</b>
<b>Bijlage 6. Migranten en bewegen</b> .....	<b>71</b>
<b>Bijlage 7. Roken door personen met een lage SES</b> .....	<b>72</b>
<b>Bijlage 8. Kwaliteitsregister Stoppen met roken</b> .....	<b>73</b>
<b>Bijlage 9. Migranten en voeding</b> .....	<b>74</b>

# Inleiding

## Waarom NHG-Zorgmodules Leefstijl?

Deze NHG-Zorgmodules Leefstijl bevatten richtlijnen en samenwerkingsafspraken die huisartsen en zorggroepen kunnen ondersteunen bij de leefstijladvisering aan volwassenen. Hieraan bleek behoefte te bestaan omdat huisartsen en zorggroepen veelal geen overzicht hebben van het lokale zorgaanbod op het gebied van leefstijladvisering. Ook is er vaak onvoldoende afstemming met andere zorgverleners. De tot dusver ontwikkelde richtlijnen en zorgstandaarden boden te weinig handvatten om de zorg optimaal te kunnen verlenen. Zorggroepen misten aansluiting tussen de richtlijnen en de praktijk en hadden behoefte aan inhoudelijke ondersteuning bij de chronische zorg.

Leefstijlaspecten komen in veel NHG-Standaarden aan de orde (Cardiovasculair risicomanagement, Obesitas, Diabetes mellitus type 2, Astma, COPD, Perifeer arterieel vaatlijden, PreventieConsult module Cardiometabool risico). Deze standaarden werken echter de rol van de praktijkondersteuner en de samenwerking binnen de eerste lijn niet nader uit. De bestaande Zorgmodules over voeding en stoppen met roken beschrijven evenmin wie welke zorg verleent.

De nu voorliggende NHG-Zorgmodules Leefstijl geven nadere aanvulling aan de genoemde aspecten bij de onderwerpen:

- Alcohol
- Bewegen
- Roken
- Voeding

Ook is er veel aandacht voor de ondersteuning van de patiënt bij diens zelfmanagement, bijvoorbeeld met behulp van een Individueel zorgplan.

## 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;
- een 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.

## Inhoud van de Zorgmodules

In deze Zorgmodules zijn per leefstijlonderwerp zorgprofielen vastgesteld. Wat houdt de zorg in? En wie verleent deze zorg? Ook is er aandacht voor de kennis en vaardigheden waarover de zorgverlener moet beschikken, zoals:

- communicatievaardigheden bij de leefstijladvisering aan migranten, laaggeletterden en mensen met een andere culturele achtergrond;
- kennis van de sociale kaart van de eigen gemeente of wijk.

Samenwerking rond leefstijladvisering is van groot belang. Daarom is er in de Zorgmodules ook aandacht voor het maken van samenwerkingsafspraken over taakverdeling, (terug)verwijzen, informatieoverdracht en de coördinatie van de zorg.

Per module is er een beschrijving van de consultvoering, het zorgpad van de patiënt en patiënteninformatie.

De Zorgmodules Leefstijl geven nadere uitwerking aan de NHG-Standaarden *Problematisch alcoholgebruik* en *Stoppen met roken*, en aan de Zorgmodules *Stoppen met roken*, *Voeding* en *Bewegen*. Hierbij is er vooral aandacht voor de taakverdeling en samenwerking binnen de eerste lijn. Per onderwerp zijn verwijzingen naar nuttige websites en aanvullende documenten opgenomen.

### **Voor wie is de leefstijladvisering bestemd?**

Op verschillende momenten kan leefstijladvisering aan de orde komen, bijvoorbeeld bij:

- patiënten die zelf vragen over hun leefstijl hebben;
- patiënten met klachten en aandoeningen die op een ongezonde leefstijl kunnen wijzen;
- patiënten met chronische aandoeningen en risicofactoren bij wie een gezonde leefstijl (verdere) gezondheidsschade kan voorkomen.

Omdat kinderen een specifieke aanpak vergen, valt leefstijladvisering aan hen buiten het bestek van deze modules.

### **Aansluiting bij Thuisarts.nl en andere producten**

- De patiënteninformatie op de publiekswaarsite Thuisarts.nl is conform de Zorgmodules Leefstijl geactualiseerd.
- Bij de actualisering van de boeken over protocollaire zorgverlening bij astma/COPD, diabetes mellitus, ggz en ouderen wordt de inhoud van de Zorgmodules Leefstijl meegenomen. De betrokken patiëntenorganisaties ontwikkelen een Informatiekaart Gezond Leven (zie [www.npcf.nl/themas/gezonde-leefstijl](http://www.npcf.nl/themas/gezonde-leefstijl)) ter ondersteuning van het gesprek in de spreekkamer. De kaart wijst patiënten op (de samenhang tussen) persoonlijke leefstijlaspecten en de integrale aanpak daarvan.

# 1. Leefstijladvisering algemeen

## 1A. Algemene aspecten leefstijladvisering

Bij alle leefstijlonderwerpen komen enkele algemene aspecten aan de orde. Zo staat het voorkomen 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;
- de patiënt te motiveren tot en te ondersteunen bij gedragsverandering.

### Terminologie en taakdelegering

De huisarts is inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de leefstijladvisering in de praktijk, maar kan de bijbehorende taken delegeren aan de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige. Daarom zijn de NHG-Zorgmodules *Leefstijl* neutraal geformuleerd en steeds gericht tot die praktijkmedewerkers die de leefstijladvisering (deels) op zich hebben genomen.

Ter wille van de leesbaarheid is in de NHG-Zorgmodules *Leefstijl* gekozen voor de term *praktijkondersteuner*, waarmee steeds ook de praktijkverpleegkundige wordt bedoeld.

Als er sprake is van taken die specifiek door de huisarts of de praktijkondersteuner moeten worden uitgevoerd, dan staat dit als zodanig vermeld in de tekst.

## 1. Preventie en signalering

Bij leefstijladvisering gaat het om twee mogelijke vormen van preventie ([www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie](http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie)):

- geïndiceerde preventie, gericht op mensen bij wie doorgaans nog geen ziekte is gediagnosticeerd, maar bij wie wel sprake is van risicofactoren of symptomen;
- zorggerelateerde preventie, gericht op mensen met een al bestaande ziekte bij wie het doel is de ziektelast te reduceren en verergering van de klachten te voorkomen.

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

In het kader van de algemene leefstijladvisering kunnen de volgende twee websites gebruikt worden:

- [www.testuwrisico.nl](http://www.testuwrisico.nl) (ter opsporing van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade);
- [www.persoonlijkegezondheidscheck.nl](http://www.persoonlijkegezondheidscheck.nl) (om de leefstijl in kaart te brengen en mogelijke leefstijladviezen).

## 2. 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 daarom niet uitgegaan van die 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.



Voor verdere informatie zie Bijlage 2 Motiverende gespreksvoering.

### **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, bijvoorbeeld door 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.

### **3. 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...

Tot slot is het van belang om realistische doelen te stellen: zet kleine stapjes en herhaal deze. Immers, gedragsmatige gewoonten zijn in de loop van jaren ingesleten en het kan lang duren voor ze weer zijn afgeleerd. Soms valt de patiënt weer terug in zijn oude gedrag; het is goed om dan na verloop van tijd, oordeelsvrij, opnieuw aan te kaarten hoe het is gesteld met de motivatie tot gedragsverandering.

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

(Zorgmodule zelfmanagement.

<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zorgmodule-zelfmanagement-1-0.pdf> ):

- Achterhalen: vraag de patiënt om ervaringen en behoeften te noemen.
- Adviseren: verklaar deze ervaringen en behoeften 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.

Zie Bijlage 3 voor verdere informatie over zelfmanagement.

## 4. Zorgprofielen

Bij elk van de vier leefstijlonderwerpen zijn zorgprofielen vastgesteld. Hierin is beschreven 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 voorkeur van de patiënt. Is bijvoorbeeld 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 is gelukt om met een intensieve begeleiding zijn doelen te bereiken; dan kan nu wellicht met een minder intensieve begeleiding in een 'lager' zorgprofiel worden volstaan om de behaalde resultaten te bestendigen.

Voor 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-/eerstelijnspsycholoog.

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 bij de begeleiding. Zelfmanagement is bij alle zorgprofielen van belang en daarbij heeft de huisartsenpraktijk een belangrijke ondersteunende en faciliterende rol.

## 5. Individueel zorgplan

De met de patiënt gemaakte afspraken vormen de kern van het Individueel zorgplan (Referentiemodel Individueel Zorgplan. <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-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 worden ondernomen om een doel te bereiken;
  - wie een activiteit uitvoert (patiënt, mantelzorger, zorgverlener);
  - welke zorgverlener dit proces monitort (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 te hebben van de risicofactoren en het risicoprofiel, 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. Dus worden doelen en activiteiten weliswaar zo concreet mogelijk weergegeven, maar deze kunnen in de loop van de tijd toch veranderen.

## 6. 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.



- Gebrek aan motivatie door:
  - gebrekkige aansluiting bij de leefwereld of prioriteiten van de patiënt (bijvoorbeeld bestaande voedingspatronen en voorkeuren, afwijkende visie op overgewicht, sociale problematiek of stress).
- Gebrekkig 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 voedsel kunnen aanbieden; het niet door alle culturen accepteren van sporten door vrouwen).

Zie Bijlage 4 voor een nadere uitwerking van de leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden.

## 7. Man-vrouwverschillen

Mannen vertonen meer risicogedrag dan vrouwen bij vrijwel alle leefstijlfactoren uit de modules. Vrouwen bezoeken de huisarts vaker dan mannen, vooral als zij jong zijn. Rokende mannen consulteren de huisarts minder vaak dan niet-rokende mannen; bij vrouwen is dit andersom. Er zijn dus bij (jonge) vrouwen meer mogelijkheden om het risicogedrag aan te kaarten. Zie Bijlage 1 voor meer informatie over verschillen in leefstijl tussen mannen en vrouwen.

## 8. 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 met 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, die zorgvragen beoordeelt van zowel huisartsenpraktijken als sociale wijkteams en deze aan activiteiten koppelt binnen en buiten de zorg);
- grote bedrijven met leefstijlinterventieprogramma's voor hun werknemers.

Vooral 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 praktijkondersteuners samenwerken met gemeentes en GGD's 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. Deze is te gebruiken bij het opzetten van een praktijkverbeteringsproject ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl) > interventies > interventies zoeken en invoeren).
- Zorgverleners kunnen voor advies, ondersteuning en inspiratie ook terecht bij [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl) > advies-en-ondersteuning.
- Handig bij praktijkverbeteringsprojecten is de buurtzorgscan: een database met instrumenten om feiten en cijfers over sport en beweging helder in kaart te brengen (<http://buurtscan.kenniscentrumsport.nl>).

## **9. Samenwerkingsafspraken rond leefstijladvisering**

Het maken van samenwerkingsafspraken binnen de zorggroep of met andere beroepsgroepen in de eerste lijn is belangrijk voor het afstemmen van de zorg ten aanzien van de leefstijladvisering. Hieronder wordt aangegeven wat de rol van de verschillende beroepsgroepen is ten aanzien van leefstijladvisering in het algemeen. Bij de verschillende hoofdstukken wordt een verdere invulling naar onderwerp gegeven. Onderstaande lijst met aandachtspunten kunnen als praktische leidraad gebruikt worden bij het maken van samenwerkingsafspraken.

### **Aandachtspunten bij samenwerkingsafspraken**

- 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 verwijsbeleid.
- 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.

Onderstaande zorgverleners zijn het meest betrokken bij de leefstijladvisering. Ook alle andere zorgverleners die in de eerste- en tweede lijn werkzaam zijn zoals bijvoorbeeld praktijkassistentes, apothekers, thuiszorgmedewerkers, paramedici, ziekenhuisverpleegkundigen en specialisten hebben echter een belangrijke (signalerende) functie bij de leefstijladvisering. De samenwerkingsafspraken zoals beschreven bij de verschillende hoofdstukken kunnen daarom ook gebruikt worden voor het maken van samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en andere beroepsgroepen in de eerste- en tweede lijn.

### *De huisartsenvoorziening*

In de huisartsenvoorziening zijn naast de huisarts (academisch niveau) de praktijkverpleegkundige/-ondersteuner (hbo-niveau) en de doktersassistente (mbo-niveau) werkzaam.

De huisarts zal vaak een globale inventarisatie van leefstijlfactoren binnen de directe leefomgeving (gezin, werk, et cetera) uitvoeren. Hij maakt leefstijl bespreekbaar, kan verduidelijken wat het risico is en aankaarten dat gespecialiseerde hulp wellicht nodig en mogelijk is.

De *huisarts* kan taken delegeren aan de praktijkverpleegkundige/-ondersteuner, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit.

De *praktijkondersteuner* inventariseert leefstijlfactoren (vaak in het kader van de begeleiding van chronische aandoeningen), geeft basisinformatie over leefstijl, eventueel gericht op de specifieke aandoening. Daarnaast zal de praktijkverpleegkundige/-ondersteuner de patiënt begeleiden naar gedragsverandering en follow-up van het gedrag met de effecten op de chronische aandoening(en). Ook de verpleegkundig specialist en de physician assistent hebben een belangrijke functie in de leefstijladvisering. Voor de leesbaarheid is er voor gekozen deze functionarissen niet apart te benoemen.

### *Andere disciplines*

De *diëtist* is de deskundige en behandelaar op het gebied van voeding en gedrag bij ziekte en gezondheid en daarmee aanspreekpunt, vraagbaak en regievoerder wat betreft voeding.

Het is de taak van de *fysiotherapeut* om de patiënt, indien een onvoldoende actieve leefstijl geconstateerd wordt, naar een actieve leefstijl te begeleiden met als doel om deze actieve leefstijl ook zonder interventie van de fysiotherapeut te behouden. De fysiotherapeut is expert op het gebied van bewegen en behandelt mensen die beweegproblemen ondervinden.

Ook *oefentherapeuten* zijn inzetbaar op het gebied van preventie en leefstijl. Zij ontwikkelen en stimuleren bewegingsgedrag en geven houdings- en bewegingsadviezen.

Bij stagnatie of terugval of bij twijfel aan het begin van een behandeltraject kan een *GZ- of eerstelijnspsycholoog* de patiënt ondersteunen bij de aanpak van leefstijlproblematiek.

## **10. Literatuur**

1. Zorgmodule Zelfmanagement.  
<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zorgmodule-zelfmanagement-1-0.pdf>
2. Plan van eisen generiek Individueel Zorgplan. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
3. Pilot Referentiemodel Individueel Zorgplan. <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgplan>

## *1B. Geïntegreerde aanpak leefstijl en individueel zorgplan*

### **1. 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.

## 2. Aankaarten

Het aanpakken van de leefstijl heeft meestal als doel (verdere) gezondheidsschade door chronische aandoeningen te voorkomen. Verschillende leefstijlfactoren kunnen dan niet los van elkaar worden gezien.

Vraag allereerst of de patiënt akkoord gaat met bespreking van zijn leefstijl. Zo ja, bekijk dan samen welke leefstijlfactoren aanpak verdienen, of er voldoende motivatie is om hiermee aan de slag te gaan en hoe dat het best kan gebeuren. Vraag daartoe naar:

- *Alcoholgebruik*. De gemiddelde hoeveelheid alcohol per dag, per week of per keer. De hoeveelheid alcohol in de voorafgaande week bij het eten, 's avonds, tussendoor, bij speciale gelegenheden en op het werk.
- *Lichaamsbeweging*. Hoe vaak, hoe lang en met welke intensiteit wordt bewogen; dagelijks en per week, zomer en winter. In hoeverre wordt voldaan aan de norm voor gezond bewegen (minstens een halfuur minimaal matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf dagen per week)?
- *Roken*. Nu en in het verleden, hoeveelheid sigaretten per dag.
- *Voeding*. Het voedingspatroon (wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe), het gewicht en eventuele gewichtsschommelingen.

Van belang is de vraag in hoeverre de patiënt het alcoholgebruik, de lichaamsbeweging, het roken of het voedingspatroon van zichzelf als een probleem ervaart. Kent de patiënt het verband tussen zijn leefstijl en (het risico op of verergering van) een chronische aandoening?

## 3. Inventariseren en exploreren

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 ervoor 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?
- Wat zijn uw eerdere ervaringen met het veranderen van uw leefstijl en welke barrières waren er toen?

## 4. Informeren

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

Soms hebben patiënten al te positieve of negatieve verwachtingen van een gedragsverandering; zorg er in dit geval voor dat de informatie die u verstrekt een realistisch beeld geeft.

## 5. Doelen formuleren

Bespreek welke doelen de patiënt wil halen en of deze daarbij hulp zou willen hebben:

- Stel dat u besluit uw leefstijl te veranderen, hoe zou u dat dan aanpakken? Geef op een schaal van 0-10 aan hoeveel vertrouwen u erin heeft dat u dit gaat lukken. Waarom is dit een ... en geen 0?
- Zou u hulp willen hebben bij uw leefstijlverandering? Weet u welke vormen van hulp mogelijk zijn?

Bekijk bovenstaande inventarisaties met de patiënt en bepaal samen welk zorgprofiel het best past. De diverse zorgprofielen zijn beschreven in de verschillende Zorgmodules Leefstijl.

## **6. 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 begeleiding vindt vervolgens plaats conform de zorgprofielen zoals die zijn beschreven in de betreffende Zorgmodules Leefstijl.

## 2. NHG-Zorgmodule Leefstijl - Alcohol

### Kernboodschappen

- Huisarts en praktijkondersteuner hebben een belangrijke rol bij de voorlichting over aanvaardbaar alcoholgebruik en de vroegsignalering van problematisch alcoholgebruik.
- De huisartsenpraktijk kan ondersteunende gesprekken aanbieden bij problematisch alcoholgebruik.
- De huisartsenpraktijk werkt in de eerste lijn samen met zorgverleners in de generalistische basis-ggz bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik.

### 1. Inleiding

#### *Doel en doelgroep*

Tijdige signalering en beperking van overmatig alcoholgebruik kan schadelijke gevolgen voorkomen. Deze module geeft richtlijnen voor de gespreksvoering met de patiënt en voor de samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik. Uitgangspunt daarbij is een gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt.

U kunt deze module gebruiken bij patiënten met klachten en aandoeningen die verband kunnen houden met alcoholproblematiek. De gegeven adviezen en aanbevelingen zijn gebaseerd op de NHG-Standaard *Problematisch alcoholgebruik*, op multidisciplinaire richtlijnen en op hiervan afgeleide producten.

Wees voor de herkenning van problematisch alcoholgebruik alert op klachten die hiermee kunnen samenhangen:

- moeheid;
- maagdarfstoornissen en aandoeningen van slokdarm, maag, lever en alvleesklier;
- gewichtsproblemen;
- tremoren, hartkloppingen, overmatig transpireren;
- letsels door ongevallen;
- slapeloosheid, psychosociale klachten, gedragsproblematiek (ADHD, geweld), problemen op school of werk, contacten met de politie, gebruik van drugs;
- huidafwijkingen (spider-naevi, erythemateus of oedemateus gezicht);
- seksuele problemen (impotentie, risicogedrag, ongewenste zwangerschap);
- gezinsproblematiek (scheiding, ouders met alcoholproblemen);
- maligniteiten.

De richtlijnen uit deze module zijn ook van toepassing bij de advisering over alcoholgebruik aan:

- patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten;
- patiënten met diabetes mellitus type 2;
- patiënten met geneesmiddelen die interactie hebben met alcohol;
- zwangere vrouwen en mensen met een kinderwens;
- ouderen;
- patiënten met een chronische psychiatrische aandoening of een verstandelijke beperking.



### *Gehanteerde begrippen<sup>1</sup>*

- *Problematisch alcoholgebruik*: een drinkpatroon dat lichamelijke, psychische of sociale problemen veroorzaakt en een adequate aanpak van problemen verhindert. De hoeveelheid van de alcoholinname is niet leidend voor de diagnose.
- *Stoornis in het gebruik van alcohol*: problematisch alcoholgebruik dat voldoet aan onderstaande DSM-5-criteria; bij 6 of meer criteria is er sprake van een ernstige stoornis.

#### **DSM-5-criteria voor een stoornis in het gebruik van alcohol**

Er is sprake van een patroon van problematisch alcoholgebruik dat aanzienlijke beperkingen of lijdensdruk veroorzaakt als binnen één jaar minimaal twee van de volgende kenmerken optreden:

- er wordt vaak meer of langduriger alcohol gedronken dan de bedoeling was;
- er is een langdurige wens om het alcoholgebruik te stoppen of te minderen, of hiertoe zijn vergeefse pogingen gedaan;
- er wordt veel tijd besteed aan het verkrijgen, gebruiken en herstellen van alcohol;
- er bestaat een sterke hunkering naar alcohol;
- door het alcoholgebruik worden belangrijke verplichtingen (werk, school, thuis) meer dan eens niet nagekomen;
- in het alcoholgebruik wordt volhard terwijl hierdoor herhaaldelijk sociale of interpersoonlijke problemen ontstaan of verergeren;
- vanwege het alcoholgebruik zijn belangrijke activiteiten (sociaal, werk, vrije tijd) gestaakt of verminderd;
- in het alcoholgebruik wordt ook volhard in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert;
- in het alcoholgebruik wordt volhard ondanks het besef dat dit een lichamenlijk of psychisch probleem veroorzaakt of verergert;
- er is sprake van toenemende tolerantie, gekenmerkt door een behoefte aan steeds meer alcohol om het gewenste effect of intoxicatie te bereiken en een duidelijke afname van het effect van de gebruikelijke hoeveelheid alcohol;
- er is sprake van onttrekkingssymptomen, zoals het kenmerkende onttrekkingssyndroom, waarbij eventueel alcohol wordt gebruikt om de symptomen te voorkomen of te verlichten.

### *Betrokken zorgverleners*

Bij de advisering en begeleiding bij problematisch alcoholgebruik in de eerste lijn zijn huisartsen, praktijkondersteuners (somatiek en ggz), diëtisten en zorgverleners in de generalistische basis-ggz (onder andere GZ- en eerstelijnspsychologen) betrokken.

Behandeling in de gespecialiseerde ggz wordt geboden door instellingen voor verslavingszorg en vrijgevestigde psychotherapeuten en klinisch psychologen met specifieke expertise bij de behandeling van alcoholverslaving.

Een instelling voor verslavingszorg kan zowel behandelingen aanbieden binnen de generalistische basis-ggz als binnen de gespecialiseerde ggz. Bij een instelling voor verslavingszorg zijn onder andere verslavingsartsen, psychiaters, psychologen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers werkzaam.

De huisarts is inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de advisering ten aanzien van aanvaardbaar alcoholgebruik en ondersteunende gespreksvoering bij problematisch alcoholgebruik (zorgprofiel 1 en 2). Ook zal de huisarts – of onder diens verantwoordelijkheid de praktijkondersteuner – meestal de coördinatie van de zorg op zich nemen en het aanspreekpunt voor de patiënt zijn.

Indien een andere zorgverlener de behandeling uitvoert is deze inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de behandeling ten aanzien van het alcoholgebruik. In dit geval moet wel afgesproken worden of deze zorgverlener ook de coördinatie van de zorg op zich neemt en fungeert als aanspreekpunt voor de patiënt.

## Hoofdbehandelaars in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz

De minister van VWS heeft de volgende hoofdbehandelaars aangewezen voor de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- specialist ouderengeneeskunde
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- klinisch geriater
- verpleegkundig specialist ggz
- GZ-psycholoog (bijvoorbeeld eerstelijnspsycholoog)

Zie: [www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl); geraadpleegd 25 november 2014.

## 2. Achtergronden

Alcoholgebruik is wijd verbreid: 78% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder heeft in het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken.<sup>2</sup> Een normpraktijk van circa 2150 patiënten telt 100 tot 150 patiënten met problematisch alcoholgebruik, van wie slechts een minderheid bij de huisarts bekend is.

De prevalentie van een stoornis in het gebruik van alcohol is circa 4%; de man-vrouwverhouding is 3 op 1,8. Een stoornis in het gebruik van alcohol ontstaat bij tweederde van de patiënten tussen het 18<sup>e</sup> en 25<sup>e</sup> jaar. Bij deze leeftijdsgroep is het beloop vaker recidiverend of chronisch en ook is er vaker sprake van psychiatrische comorbiditeit (depressie, angststoornis, ADHD). En tot slot is de prognose bij deze leeftijdsgroep slechter.<sup>1</sup>

Problematisch alcoholgebruik leidt vaak tot psychosociale en maatschappelijke problemen, zoals echtscheiding, (huiselijk) geweld, problemen op het werk of school, overlast, verkeersongevallen, overtredingen en misdrijven. De kosten voor de Nederlandse maatschappij van problematisch alcohol bedroegen in 2011 naar schatting 3,7 miljard euro; dit is inclusief de kosten voor verslavings- en gezondheidszorg en kosten door productiviteitsverlies en misdrijven. Bovendien veroorzaakt problematisch alcoholgebruik veel gezondheidsschade.

## Lichamelijke en psychische gevolgen van problematisch alcoholgebruik

- overgewicht;
- ondergewicht en vitaminedeficiënties;
- letsels door ongevallen;
- maligniteiten, vooral in de mond-keelholte, maar ook borstkanker;
- gastro-intestinale problemen (beschadiging slijmvlies in maag en duodenum, leverbeschadiging en pancreatitis);
- hart- en vaatziekten (hypertensie, CVA, coronairlijden en ritmestoornissen);
- neurologische problemen door vitamine-B1-deficiëntie (polyneuropathie, Wernicke-encefalopathie en korsakovsyndroom);
- urogenitale problematiek (seksuele problemen, verminderde fertiliteit man);
- huidafwijkingen (spider-naevi, erythema palmare en rood gezicht);
- psychische problematiek (angststoornissen, depressie).

### *Aanvaardbaar alcoholgebruik*

De *Richtlijnen goede voeding* van de Gezondheidsraad adviseren het gebruik van alcohol te beperken tot gemiddeld twee standaardglazen per dag voor mannen en één standaardglas per dag voor vrouwen.<sup>3</sup> Voor aanbevelingen over een aanvaardbaar aantal drinkdagen en glazen alcohol per keer is onvoldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden.

Vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven zouden geheel geen alcohol moeten drinken;<sup>4</sup> dit geldt ook bij een zwangerschapswens.<sup>5</sup> Bij mannen kan overmatig alcoholgebruik seksuele disfunctie en potentieverlies geven.<sup>6</sup>

## Aanvaardbaar of verantwoord alcoholgebruik

De NHG-Standaard *Problematisch alcoholgebruik* hanteert de term ‘verantwoord alcoholgebruik’, maar de verslavingszorg ziet dit niet als een neutrale term omdat deze suggereert dat matige hoeveelheden alcohol veilig zouden zijn. Daarom is in deze module gekozen voor de term ‘aanvaardbaar alcoholgebruik’, mede omdat het in de samenwerking met de ggz van belang is dezelfde terminologie te hanteren.

### *Risicogroepen voor problematisch alcoholgebruik*

Een verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch alcoholgebruik hebben:

- mensen met een positieve familieanamnese voor een stoornis in het gebruik van alcohol;
- mensen die vroeg zijn begonnen met alcoholgebruik: hoe jonger hoe meer risico (dit geldt zowel voor jongvolwassenen als voor mensen van middelbare leeftijd).<sup>1</sup>

### *Effectiviteit van interventies*

Kortdurende interventies in de huisartsenpraktijk zijn kosteneffectief. Als de huisarts bij het screenen van alle nieuwe patiënten ondersteunende gesprekken aanbiedt (een tot vier consulten) aan mensen met een stoornis in het gebruik van alcohol, zijn er na tien jaar ruim duizend minder ziektegevallen. Na dertig jaar zijn er bijna duizend minder alcoholgerelateerde sterfgevallen.

### 3. Richtlijnen diagnostiek

#### 3.1 Het aankaarten van de problematiek

Leefstijldiagnostiek moet aansluiten bij de leefwereld van de patiënt; er moet dus een aanleiding zijn om het alcoholgebruik aan te kaarten. Problemen met alcohol manifesteren zich in de huisartsenpraktijk vooral via indirecte signalen.

#### **Indirecte signalen die op alcoholproblematiek kunnen wijzen**

- veelvuldig spreekuurbezoek;
- een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon of somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (moeheid, malaise, tremoren, palpitations, overmatig transpireren);
- maagdarmproblemen (refluxklachten, gastritis, diarree, pancreatitis, hepatitis, levercirrose, ascites);
- psychosociale problematiek (werk, school, thuis), vooral in combinatie met slapeloosheid en frequent verzoek om tranquillizers en slaapmiddelen;
- psychische aandoeningen (angststoornissen, depressie, ADHD);
- collaps, black-outs, regelmatige ongevallen of fracturen;
- seksuele problematiek;
- (aanwijzingen voor) huiselijk geweld;
- spider naevi of een erythemateus en oedemateus gezicht;
- afwijkende laboratoriumwaarden.

#### 3.2 Inventariseren van de ernst en aard van het alcoholgebruik

Als een patiënt bevestigt alcohol te gebruiken, vraag dan toestemming om dit verder in kaart te brengen. Van belang daarbij zijn:

- de frequentie van het alcoholgebruik;
- de gemiddelde alcoholconsumptie per dag, per week en per keer;
- de hoeveelheid geconsumeerde alcohol in de voorgaande week;
- de situaties waarin wordt gedronken: bij het eten, 's avonds, tussendoor, bij speciale gelegenheden of op het werk.

Als de praktijkondersteuner meent dat er sprake is van overschrijding van het aanvaardbaar alcoholgebruik volgt overleg met de huisarts.

Relevant voor de vaststelling van de ernst en aard van het alcoholgebruik zijn de vragen:

- Welke functie heeft alcohol in het leven van de patiënt?
- Welke factoren houden het alcoholgebruik in stand?
- Gebruik van een e-screeningsinstrument (zie: <http://www.drinktest.nl/>) of alcoholdagboek (zie [http://www.thuisarts.nl/sites/default/files/thuisarts\\_alcoholdagboek.pdf](http://www.thuisarts.nl/sites/default/files/thuisarts_alcoholdagboek.pdf)) kan nuttig zijn.

## **Uitvragen van het alcoholgebruik**

Onderstaande vragen kunnen helpen bij het in kaart brengen van het alcoholgebruik. Reflecteer daarbij samen met de patiënt op diens reacties en probeer een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen.

- In welke situaties drinkt u alcohol?
- Drinkt u weleens meer dan u van tevoren van plan was?
- Gaat u steeds meer drinken om hetzelfde effect te bereiken?
- Wat gebeurt er als u een langere tijd geen alcohol drinkt?
- Hoe vaak heeft u een sterk verlangen naar alcohol?
- Er zijn ‘bewuste’ drinkers, gewoontedrinkers en probleemdrinkers; hoe ziet u zichzelf? Drinkt u bijvoorbeeld weleens bewust een glaasje om in slaap te vallen? Of is drinken misschien een gewoonte? Maakt u zich weleens zorgen over uw alcoholgebruik?
- Heeft u weleens gedacht dat uw alcoholgebruik bepaalde klachten of problemen veroorzaakt? Zo ja, heeft u toen geprobeerd minder te drinken?
- Overweegt u weleens om het drinken te stoppen of te minderen? Heeft u dat weleens geprobeerd? Zo ja, waarom probeerde u dat? En hoe verliep die poging?
- Vermijdt u weleens situaties, bezigheden of werk omdat u heeft gedronken?
- Bent u weleens in de problemen gekomen door uw alcoholgebruik? Ontstonden er weleens gevaarlijke situaties? Bent u daarna minder gaan drinken? Zo nee, waarom niet?
- Hoeveel tijd besteedt u aan alcohol drinken en aan het herstellen daarvan? Hoe vaak heeft u de volgende dag een kater? Drinkt u weleens alcohol om de kater tegen te gaan?
- Maken uw familieleden of vrienden zich wel eens zorgen om uw alcoholgebruik?

Ga ook na of er mogelijk sprake is van onderliggende psychosociale, psychiatrische of relationele problematiek, bijvoorbeeld huiselijk geweld (vooral kindermishandeling), problemen op het werk, depressie of angststoornissen (zie NHG-Standaarden *Angst* en *Depressie*).

Vraag vervolgens naar:

- de duur van de problemen;
- de beginleeftijd van het problematisch alcoholgebruik (jonger dan 25 jaar?);
- het sociale netwerk;
- een eventueel doorgemaakt *life-event*.

### *3.3 Motivatie tot gedragsverandering*

Vraag de patiënt toestemming om samen de motivatie tot stoppen of minderen van het alcoholgebruik in kaart te brengen. Mogelijke vragen zijn:

- In hoeverre zou u willen stoppen of minderen met drinken?
- Wat zouden voor u de drie belangrijkste redenen zijn om te stoppen of te minderen?
- Hoe belangrijk is het voor u om het gebruik van alcohol te minderen of stoppen (geef aan op een schaal van 0-10). Vraag bij een lage score waarom de patiënt het minderen of stoppen niet/minder belangrijk vindt.
- Stel dat u zou besluiten te stoppen of minderen, hoe zou u dat aanpakken? Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (op een schaal van 0-10). Ga na waarom de patiënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen?

Vat de antwoorden van de patiënt samen en vraag wat deze denkt te moeten veranderen en hoe hij dit wil aanpakken. Reflecteer samen met de patiënt op diens reacties en probeer een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen.

Vul dit eventueel aan met de vragen:

- Zou u hulp willen hebben bij het stoppen of minderen met drinken?
- Weet u welke vormen van hulp er voor u zijn?

Als de patiënt op dit moment niet wil stoppen of minderen met het alcoholgebruik:

- Vraag of u de patiënt (eventueel schriftelijk) nadere informatie mag geven over zijn alcoholgebruik.
- Benadruk dat de patiënt altijd op een later moment op zijn alcoholgebruik mag terugkomen.

### 3.4 Evaluatie

Bepaal op grond van de aard en de ernst van het alcoholgebruik of er sprake is van problematisch alcoholgebruik of van een DSM-5-stoornis in het gebruik van alcohol.

## 4. Richtlijnen beleid

De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënt vormen het uitgangspunt voor de behandeling. Is de patiënt gemotiveerd tot verandering, stel dan samen een behandelingsplan vast, inclusief de behandelingsdoelen, en bespreek de mogelijke vormen van ondersteuning.

### 4.1 Ondersteuning van de patiënt

Mogelijke vormen van ondersteuning bij het stoppen of minderen van problematisch alcoholgebruik zijn:

- zelfhulp;
- algemeen advies over aanvaardbaar alcoholgebruik;
- ondersteunende gesprekken, al dan niet in combinatie met medicamenteuze behandeling;
- intensieve behandeling.

Bespreek met de patiënt de mogelijkheden om de begeleiding telefonisch, digitaal of in de spreekkamer te ontvangen. De ondersteunende gesprekken kunnen worden gehouden in de huisartsenpraktijk, door de diëtist, in de basis-ggz of in de gespecialiseerde ggz/verslavingszorg. Bespreek welke ondersteuning in de huisartsenpraktijk, in de wijk/regio en via internet mogelijk is.

### 4.2 Keuze van een zorgprofiel

Ga vervolgens samen met de patiënt na welk zorgprofiel het meest passend is. Van invloed op de keuze daarvan zijn:

- de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt;
- de aard en ernst van de problematiek;
- ervaringen met eerdere stop- of minderingspogingen;
- de voorkeuren van de patiënt.

**Tabel 1 Samenvatting zorgprofielen**

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
1. Zelfmanagement <ul style="list-style-type: none"><li>• Voorkeur patiënt</li><li>• Voldoende zelfmanagementvaardigheden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënt gaat zelf aan de slag met verminderen of stoppen van het alcoholgebruik</li><li>• Relevante informatie en behandeling via online hulpprogramma's (e-mental health: <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a>, <a href="http://www.alcoholinfo.nl">www.alcoholinfo.nl</a>; <a href="http://www.aa-nederland.nl">www.aa-nederland.nl</a>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li><li>• Eventueel vervolgspraak</li></ul>



<p>2. Advisering over aanvaardbaar alcoholgebruik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij klachten en aandoeningen die verband kunnen houden met of een verhoogd risico geven op overmatig alcoholgebruik</li> <li>• Bij een verhoogd risico op schadelijke effecten van alcohol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adviseer over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- schadelijke effecten van alcohol</li> <li>- aanvaardbaar alcoholgebruik in de situatie van de patiënt</li> </ul> </li> <li>• Sluit aan bij de klachten en de leefwereld van de patiënt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisarts</li> <li>• Praktijkondersteuner somatiek en ggz</li> <li>• Diëtist</li> <li>• Vervolgafspraken in samenspraak met de patiënt</li> <li>• Indien &lt; 3 mnd geen effect: doorstroming naar volgend zorgprofiel</li> </ul>
<p>3. Ondersteunende gesprekken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematisch alcoholgebruik &gt; 3 mnd</li> <li>• Lichte of matige stoornis in het alcoholgebruik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geef voorlichting over aanvaardbaar alcoholgebruik en gezondheidsrisico's.</li> <li>• Geef feedback op overmatig alcoholgebruik.</li> <li>• Bespreek de functie van alcoholgebruik.</li> <li>• Geef advies/opties voor gedragsverandering.</li> <li>• Bespreek de mogelijkheden tot verandering van het alcoholgebruik.</li> <li>• Bespreek de keuze minder/niet te drinken, hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven.</li> <li>• Geef vitaminesuppletie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisarts</li> <li>• Praktijkondersteuner ggz</li> <li>• Diëtist</li> </ul> <p>Bij onvoldoende effect: doorstroming naar volgend zorgprofiel</p>
<p>4. Behandeling in de generalistische basis-ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondersteunde gesprekken niet mogelijk of niet effectief</li> <li>• Ernstige stoornis in het alcoholgebruik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiverende gespreksvoering</li> <li>• Kortdurend, middellang, intensief en chronisch</li> <li>• Vitaminesuppletie</li> <li>• Eventueel terugvalpreventie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalistische basis-ggz (o.a. GZ-/eerstelijns-psycholoog en verslavingszorg)</li> <li>• Eventueel medicamenteuze behandeling door de huisarts</li> </ul>
<p>5. Behandeling in de gespecialiseerde ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoogrisicopatiënten: gevaar voor verwaarlozing, decompensatie, geweld, kindermishandeling of automutilatie</li> <li>• Complexe situaties: ingewikkelde comorbiditeit of somatische, psychosociale, persoonlijkheids- en omgevingsproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiverende gespreksvoering</li> <li>• Multidisciplinaire behandeling</li> <li>• Eventueel rehabilitatie</li> <li>• Eventueel (klinische) detoxificatie/ terugvalpreventie</li> <li>• vitaminesuppletie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespecialiseerde ggz/ verslavingszorg</li> </ul>

### 4.3 Ondersteuning van zelfmanagement

Wijs patiënten die de voorkeur geven aan het zelf minderen of stoppen van het alcoholgebruik en die daar voldoende vaardigheden toe hebben, op adequate informatie en online hulpprogramma's.

- Op [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) kan de patiënt informatie vinden die is gebaseerd op de NHG-Standaard *Problematisch alcoholgebruik*, compleet met adviezen en hulpmogelijkheden bij het minderen en stoppen.
- Op de website van het Trimbos-instituut ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)) kan de patiënt achtergrondinformatie vinden over alcoholgebruik en het stoppen of minderen daarvan. Ook opgenomen zijn vormen van begeleiding (waaronder zelfhulpprogramma's, lotgenotencontact en online begeleiding) en zorgverleners in de buurt.
- Bij kortdurend problematisch alcoholgebruik zal verwijzing naar de voorlichting op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) meestal volstaan. Bij langdurig problematisch alcoholgebruik of een DSM-5-

stoornis in het gebruik van alcohol kan de patiënt die (nog) niet naar een lokale zorgverlener of zorginstelling wil, terecht bij bijvoorbeeld de AA ([www.aa-nederland.nl](http://www.aa-nederland.nl)) of individuele online begeleidingsprogramma's ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)).

Plan afhankelijk van de wens van de patiënt een vervolgspraak in ter evaluatie. Als de patiënt niet zelfstandig kan minderen of stoppen met het alcoholgebruik, overleg dan opnieuw over verdere begeleiding en aanpassing van het zorgplan.

#### *4.4 Advisering over aanvaardbaar alcoholgebruik*

Geef advies over alcoholgebruik aan patiënten met klachten of aandoeningen die mogelijk samenhangen met of een verhoogd risico geven op overmatig alcoholgebruik. Dit geldt ook voor patiënten met een verhoogd risico op schadelijke effecten van alcohol.

Bij de praktijkondersteuner somatiek zal het hierbij vaak gaan om routinematige advisering tijdens de controle van chronische ziekten: wat zijn de schadelijke effecten van alcohol en wat is aanvaardbaar alcoholgebruik bij deze patiënt? Sluit daarbij aan bij de klachten en leefwereld van de patiënt. Ook bij de signalering van kortdurend problematisch alcoholgebruik volstaat voorlichting in eerste instantie. Formuleer de vervolgspraken in samenspraak met de patiënt.

Ook de diëtist adviseert over aanvaardbaar alcoholgebruik. Deze vraagt tijdens de voedingsanamnese altijd naar het alcoholgebruik; is dit overmatig dan wordt de patiënt gevraagd om toestemming tot vermelding hiervan in de terugrapportage. Ook adviseert de diëtist het problematisch alcoholgebruik te bespreken met de huisarts.

Hebben de algemene adviezen niet binnen drie maanden het gewenste effect, bied dan ondersteunende gesprekken aan (meestal door de praktijkondersteuner) en pas het zorgplan aan.

#### *4.5 Ondersteunende gesprekken*

Bied ondersteunende gesprekken aan bij problematisch alcoholgebruik dat langer duurt dan drie maanden en bij een lichte tot matige stoornis in het alcoholgebruik. Hierin komen aan de orde:

- voorlichting over de gezondheidsrisico's van alcohol en over aanvaardbaar alcoholgebruik;
- feedback bij overmatig alcoholgebruik;
- de functie van het alcoholgebruik;
- advies over gedragsverandering;
- keuzemogelijkheden bij verandering in het alcoholgebruik;
- de keuze om niet of minder te drinken, risicosituaties en gedragsalternatieven.

De praktijkondersteuner ggz die de ondersteunende gesprekken voert moet zijn geschoold in motiverende gespreksvoering en bij voorkeur ook in cognitieve gedragstherapeutische technieken.

De huisarts is verantwoordelijk voor de medicatievoorschriften tijdens behandeling in de huisartsenpraktijk of door de GZ-/eerstelijnspsycholoog. Voor medicamenteuze terugvalpreventie verwijst de huisarts naar een instelling voor verslavingszorg. Is zo'n verwijzing niet haalbaar dan kan de huisarts in overleg met een verslavingsarts medicamenteuze terugvalpreventie starten, altijd in combinatie met ondersteunende gesprekken.

## Medicamenteuze behandeling van problematisch alcoholgebruik

- Bij een ontoereikend of eenzijdig dieet schrijft de huisarts thiamine voor.
- Laagdrempelige inzet van thiamine is aangewezen bij langdurig overmatig alcoholgebruik.
- Bij (een hoog risico op) ernstige onthoudingsverschijnselen kan lorazepam of chloordiazepoxide worden voorgeschreven.

De behandeling is geslaagd als de doelen ervan zijn bereikt. Controleer de patiënt in elk geval eenmalig op terugval. Blijf hierna alert op terugvalsignalen en wijs erop dat de patiënt te allen tijde een terugval kan bespreken.

Het is de bedoeling dat de patiënt heeft geleerd tijdig signalen te herkennen dat het slechter met hem gaat en het afglijden naar ongewenst gedrag weet te voorkomen. Hierbij kan de omgeving van de patiënt (naasten, eventueel de werkgever) een positieve bijdrage leveren.

## Terugvalpreventie

Begin bij de eerste controle met een terugblik op de periode na de afronding van de primaire behandeling. Centraal in het gesprek staan de aangeleerde vaardigheden opdat de patiënt deze ook onder druk kan aanwenden.

Besteed vervolgens aandacht aan:

- het opstellen van een lijst van beschermende factoren en het bespreken hoe hieraan vast te houden;
- het herkennen, analyseren en uit de weg gaan van risicosituaties en stressfactoren;
- het bestendigen van strategieën en vaardigheden om risicosituaties het hoofd te bieden, bijvoorbeeld tijdige reductie van stress of inschakeling van hulp;
- het herkennen van terugvalsignalen: verandering van gedrag, gedachten en gevoelens, bijvoorbeeld door het bijhouden van een dagboek;
- het opstellen van een lijst van factoren, handelingen en personen die kunnen helpen bij terugvalsignalen of risicosituaties;
- het alert blijven om niet in oude denk- en gedragspatronen te vervallen.

Ook als er al daadwerkelijk sprake is van terugval kunnen de genoemde aspecten helpen. Dan ligt de focus vooral op herhaling van de vaardigheden die tijdens de primaire behandeling zijn geleerd: hoe kan de patiënt deze aanwenden om weer verder te kunnen?

### 4.6 Behandeling in de generalistische basis-ggz

Verwijs in samenspraak met de patiënt voor een intensievere behandeling (zie het kader *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken en het kader Indicaties voor verwijzing uit de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik*).

Bij een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol is verwijzing altijd geïndiceerd. Verwijs bij een lichte of matige stoornis als de patiënt meer ondersteuning nodig heeft dan de praktijk kan bieden of als ondersteunende gesprekken niet leiden tot het beoogde doel.

## Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken

De genoemde verwijzingscriteria maken geen onderscheid tussen de generalistische basis- en de gespecialiseerde ggz. Zie voor dit onderscheid de voorlopige verwijzingscriteria van het ministerie van VWS op [www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/19/informatie-website-invoeringbasisggz-nl).

Momenteel worden de verwijzingscriteria gedefinieerd door alle betrokken partijen<sup>1</sup> in de *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken*; afronding volgt nog in 2015.

## Indicaties voor verwijzing uit de NHG-Standaard *Problematisch alcoholgebruik*

De standaard hanteert de volgende indicaties voor verwijzing:

- een benodigde begeleiding die de capaciteit van de huisartsenpraktijk overstijgt;
- een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol of een stoornis die al vóór het 25<sup>e</sup> jaar begon;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit, zoals persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie of een stoornis in middelengebruik;
- zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, huiselijk geweld;
- suicidegevaar;
- problematisch alcoholgebruik als gevolg van een onverwerkt *life-event*;
- een vermoeden van of een verhoogd risico op wernicke-encefalopathie.

De behandeling in de generalistische basis-ggz kan kortdurend, middellang, intensief of langdurig zijn. De zorgverleners hier zijn deskundig op het gebied van:

- verslaving (middelen- of gedragsverslaving, alsmede de somatische, farmacologische, psychische en sociale effecten daarvan);
- verslavingsgedrag en gedragsbeïnvloeding;
- de invloed van middelengebruik op andere leefgebieden en de mogelijke interventies daarop;
- terugvalpreventie.

Diverse verslavingsinstellingen hebben de mogelijkheid tot consultatie door de eerste lijn (bijvoorbeeld bij een zorgmijdende patiënt).

Andere hulpverleningsinstellingen bieden de volgende ondersteuning:

- Maatschappelijk werk kan ondersteuning bieden bij werk-, huisvestings- en maatschappelijke problematiek.
- De diëtist kan aanvullende diëtbehandeling bieden als er sprake is van zelfverwaarlozing en voedingsdeficiënties. Deze is ook op de hoogte van de indicatie voor thiaminesuppletie bij langdurig problematisch alcoholgebruik.

Problematisch alcoholgebruik gaat vaak samen met angststoornissen en depressie. Bij patiënten met problematisch alcoholgebruik en een achterliggende dan wel comorbide angststoornis of depressie is in eerste instantie de aanpak van het alcoholgebruik aangewezen (zie kader *Aanvullende richtlijnen*).

<sup>1</sup> Bij deze richtlijn zijn de volgende partijen betrokken: (Kader)huisartsen (Nederlands Huisartsen Genootschap, psyHAG, Landelijke Huisartsen Vereniging), psychiaters (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), praktijkondersteuners ggz (Landelijke Vereniging POH-GGZ), sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), psychologen (Nederlands Instituut van Psychologen), vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten en eerstelijnspsychologen (Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten), verslavingsartsen (Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland) en patiënten (Landelijk Platform GGZ).

## Aanvullende richtlijnen

Vrij toegankelijk op de website van Stichting Resultaten Scoren ([www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)) zijn richtlijnen, protocollen, interventies et cetera, zoals:

- de Richtlijn *Middelengebruik en angststoornissen* (2012);
- de Richtlijn *Dubbele diagnose, dubbele hulp* (2003);
- de Richtlijn *Detox* (2004, actualisering verwacht in 2015).

In de Stichting Resultaten Scoren participeren alle regionale instellingen voor verslavingszorg.

### 4.7 Behandeling in de gespecialiseerde ggz

Verwijs in samenspraak met de patiënt (zie kader *Indicaties voor verwijzing uit de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik* en het kader *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken*).

Intensieve behandeling door een multidisciplinair team in de gespecialiseerde ggz zal over het algemeen zijn geïndiceerd bij:

- hoogrisicopatiënten: als er aanwijzingen zijn voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie;
- complexe situaties: ingewikkelde comorbiditeit of persoonlijkheids-, somatische, psychosociale en omgevingsproblemen die om een multidisciplinaire aanpak van de behandeling vraagt.

Deze aanpak kan gedaan worden zowel door een instelling als een vrijgevestigde psychotherapeut en/of klinisch psycholoog, die samenwerkingsafspraken heeft met andere disciplines.

Verwijzing naar een verslavingskliniek is aangewezen bij een indicatie voor klinische detoxificatie.

## Indicaties voor klinische detoxificatie

- ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) onthoudingsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontwenningverschijnselen gezien de hoeveelheden alcohol die patiënt gebruikt;
- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit, zoals psychosen of stoornissen in de impulscontrole, of suïcidepoging in het verleden;
- hoge leeftijd en/of slechte lichamelijke conditie;
- onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbrekend sociaal netwerk;
- epilepsie;
- zwangerschap.

Adviezen voor behandeling in de tweede lijn geeft de Richtlijn *Detox* van de Stichting Resultaten Scoren ([www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl))

## 5. Zorgregistratie en dossiervorming

Voor patiënten met cardiometabole aandoeningen en astma/COPD is vastgesteld wat de minimale set aan te registreren parameters is voor het berekenen van de voor de verschillende aandoeningen vastgestelde indicatoren (zie <https://www.nhg.org/themas/artikelen/kernsets-cardiometabole-aandoeningen-en-copdastma>, <https://www.nhg.org/themas/publicaties/download-indicatoren>).<sup>7,8</sup> Voor huisartsen en praktijkverpleegkundige/-ondersteuner is er een kernset voor diabetes mellitus, CVRM, chronische nierschade, obesitas, astma bij volwassenen en COPD beschikbaar. In alle kernsets wordt geadviseerd jaarlijks naar het alcoholgebruik te vragen. Overleg met de patiënt of deze akkoord gaat met vermelding van zijn alcoholgebruik in zijn dossier.

## 6. Samenwerking

Bij de leefstijladvies bij chronische aandoeningen kan de praktijkondersteuner somatiek adviseren over aanvaardbaar alcoholgebruik. Is het alcoholgebruik problematisch, dan volgt overleg met de huisarts over eventuele begeleiding van de patiënt door de praktijkondersteuner ggz (zie het kader *Samenwerking tussen de praktijkondersteuners somatiek en ggz*).

Bij ouderen kan het zinvol zijn om met naasten of de thuiszorg te overleggen, mits er oog blijft voor de privacy en het recht op zelfbeschikking van de patiënt.

Neem in een verwijsbrief naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz op:

- de verwijsindicatie;
- anamnestiche gegevens;
- relevante voorgeschiedenis (waaronder eerdere behandeling in de ggz);
- relevante comorbiditeit;
- relevante medicatie;
- sociaal netwerk;
- leefsituatie.

Vermeld bij verwijzing naar de diëtist – ongeacht de indicatie – het alcoholgebruik en bespreek dit met de patiënt.

### **Samenwerking tussen de praktijkondersteuners somatiek en ggz**

Als de praktijkondersteuner somatiek problematisch alcoholgebruik signaleert, volgt overleg met de huisarts over een eventuele begeleiding door de praktijkondersteuner ggz.

De praktijkondersteuner somatiek geeft dan in overleg met de patiënt duidelijk aan in het dossier:

- de reden van verwijzing;
- een inschatting van de functie en de ernst van het alcoholgebruik;
- de motivatie om te minderen of te stoppen;
- de duur van het problematisch alcoholgebruik;
- vroegere pogingen om te minderen of te stoppen;
- het gebruik van andere middelen, andere verslavingen;
- gedragsproblemen.

De praktijkondersteuner somatiek stuurt de patiënt terug binnen de huisartsenpraktijk in de bestaande overlegstructuur.

De praktijkondersteuner ggz stuurt de patiënt terug via het HIS, met vermelding van het behandelingsresultaat. Als het behandelingsdoel niet is gehaald, wordt de oorzaak daarvan vermeld, vergezeld van een advies aan de huisarts.



## 7. Literatuur

1. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, 2014, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
2. Trimbos-instituut. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2012. Canon Nederland N.V, Utrecht 2013.
3. Gezondheidsraad. Richtlijnen gezonde voeding 2006. Den Haag. 2006
4. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode, 2012, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
5. NHG-Standaard Preconceptiezorg, 2011, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
6. NHG-Standaard Subfertiliteit, 2010, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)

### 3. NHG-Zorgmodule Leefstijl - *Bewegen*

#### Kernboodschappen

- Huisarts of praktijkondersteuner informeren de patiënt over diens gezondheidsrisico's en adviseren over een actieve leefstijl.
- Bij de leefstijladvisering maken huisarts en patiënt in samenspraak een keuze voor al dan niet meer lichaamsbeweging in het publieke domein of zorgdomein.
- De patiënt kan in het publieke domein zelfstandig of onder begeleiding van een beweegprofessional (bijvoorbeeld een coach of fitnessinstructeur) bewegen.
- De huisarts verwijst voor bewegen in het zorgdomein naar de beweegzorgprofessional; deze kan eventueel ook adviseren over een geschikt bewegingsaanbod in het publieke domein.

#### 1. Inleiding

##### *Doel en doelgroep*

Deze module geeft richtlijnen voor de advisering en motivering van patiënten met risicofactoren of chronische aandoeningen waarbij voldoende lichaamsbeweging van belang is. De richtlijnen zijn bedoeld voor patiënten die openstaan voor informatie over bewegen of bij wie het aanleren van een gezond bewegingsgedrag van belang is als onderdeel van de behandeling.

##### *Inhoud*

U vindt in deze module handvatten voor het inventariseren van risicofactoren, opvattingen en gedrag van de patiënt: beweegt deze voldoende en op de juiste manier? Ook vindt u richtlijnen voor de advisering-op-maat, gebaseerd op de leefstijl van de patiënt. Tot slot wordt ingegaan op de motivatie tot gedragsverandering. Bij dit alles zijn de principes van gezamenlijke besluitvorming leidend.

Aandacht voor bewegen is essentieel in de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) chronische aandoeningen.

- Bij de preventie van chronische aandoeningen (geïndiceerde preventie) kan de zorg variëren van het bespreken van het belang van bewegen tot begeleiding van passend bewegingsgedrag. Bij dit laatste kan eventueel een beweegzorgprofessional de patiënt ondersteunen.
- Bij patiënten met chronische aandoeningen (zorggerelateerde preventie) kan de zorg variëren van een bewegingsadvies tot individuele begeleiding in een multidisciplinaire setting. Bij deze patiënten is behandeling niet zozeer gericht op genezing als wel op behoud van functioneren en activiteiten.

- Een **beweegzorgprofessional** is een BIG-geregistreerde fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts of revalidatiearts.
- Een **beweegprofessional** is een professionele trainer, coach, fitnessinstructeur of sportbegeleider die buiten de reguliere gezondheidszorg om mensen begeleidt bij verantwoord bewegen of verbetering van de lichaamsconditie.

Bespreek met patiënten met een onvoldoende actieve leefstijl of een bewegingsprobleem of er een indicatie bestaat voor:

- bewegen buiten de zorg, al dan niet onder begeleiding van een beweegprofessional uit het publieke domein;
- bewegen binnen de zorg onder begeleiding van een beweegzorgprofessional.

De keuze voor de meest passende vorm van bewegen hangt af van de motivatie van de patiënt, diens mogelijkheden om zelfstandig een actieve leefstijl te gaan volgen en de eventuele aanwezigheid van multimorbiditeit en complicaties.

De inhoud van deze module sluit aan bij de in 2015 in ontwikkeling zijnde generieke Zorgmodule Bewegen en op de relevante NHG-Standaarden, multidisciplinaire richtlijnen en daarvan afgeleide producten.<sup>1</sup>

### *Bij bewegen betrokken zorgverleners*

#### ***Buiten het zorgdomein***

Huisartsen en praktijkondersteuners (somatic en ggz) hebben een taak in de signalering, advisering en motivering bij een onvoldoende actieve leefstijl en bewegingsprobleem. De huisarts coördineert meestal de zorg en is inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de behandeling. De praktijkondersteuner is meestal het aanspreekpunt voor de patiënt.

Samen met lokale overheidsinstellingen zorgen huisarts en praktijkondersteuner ervoor dat ze kennis hebben van het lokale bewegingsaanbod binnen het publieke domein. Ook kennen ze andere mogelijkheden om het bewegingsgedrag positief te beïnvloeden, bijvoorbeeld door inpassing van bewegingsactiviteiten in het dagelijks leven.

De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van bewegingsactiviteiten in het publieke domein, al dan niet onder begeleiding van een beweegprofessional of een vrijwilliger van een sportvereniging of uit het eigen netwerk.

#### ***Binnen het zorgdomein***

De huisarts verwijst naar specifieke beweegzorgprofessionals zoals fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts of revalidatiearts. Beweegzorgprofessionals stemmen de keuze van de bewegingsinterventie af op de wensen en mogelijkheden van de patiënt en zijn hiervoor inhoudelijk eindverantwoordelijk. De beweegzorgprofessional zal in dit geval meestal ook de zorgcoördinatie rond het bewegen op zich nemen en aanspreekpunt voor de patiënt zijn.

#### ***Overige zorgverleners***

Bij de begeleiding van de patiënt kunnen ook andere zorgverleners met specifieke competenties betrokken zijn: bedrijfsartsen, medisch specialisten, GZ- en eerstelijnspsychologen en diëtisten. Een goede samenwerking tussen verschillende disciplines binnen de zorg én binnen de wijk zijn vereist voor een optimale afstemming van het bewegen binnen en buiten het zorgdomein. Lokale en regionale netwerken zijn dan van belang; de fysiotherapeut heeft een belangrijke taak bij het opzetten en onderhouden daarvan.

## **2. Achtergronden**

Bij veel chronisch zieken neemt inactiviteit en gedrag met een laag energieverbruik (zitten en liggen) toe. In 2011 voldeed 55% van de mensen met een chronische aandoening niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.<sup>2</sup> Dit gold vooral voor patiënten met hart- en vaatziekten, COPD en diabetes mellitus type 1 en 2.

Een tekort aan lichaamsbeweging is jaarlijks verantwoordelijk voor ongeveer 8000 sterfgevallen in Nederland; ongeveer 6% van de totale sterfte. De kosten voor ziekten als gevolg van inactiviteit bedroegen 1,3 miljard euro; 1,8% van de totale zorguitgaven.<sup>2</sup>

De meeste winst is te behalen als inactieve groepen mensen, zoals chronisch zieken, gaan bewegen.

## De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

De NNGB<sup>3</sup> uit 2000 is vooral gericht op het onderhouden van gezondheid. De norm definieert een bewegingsniveau dat minimaal nodig is om gezondheidswinst te behalen:

- Volwassenen (18-55 jaar): dagelijks minimaal een halfuur ten minste matig intensief bewegen op minimaal 5 dagen per week. Matig intensief betekent bijvoorbeeld stevig wandelen (5 km/uur) of fietsen (15 km/uur).
- Ouderen (55+): dagelijks minimaal een halfuur matig intensief bewegen op minimaal 5 maar liefst 7 dagen per week. Matig intensief betekent bijvoorbeeld wandelen (3-4 km/uur) of fietsen (10 km/uur).

Zie bijlage 5 voor andere veelgebruikte bewegingsnormen.

Omdat veel chronisch zieken niet aan de NNGB kunnen voldoen, is maatwerk bij hen belangrijk. Elke vorm van extra lichaamsbeweging is voor onvoldoende actieve mensen belangrijk, onafhankelijk van de intensiviteit of frequentie.

### *Bewegen en bewegingsgedrag*

Bewegen beïnvloedt vele fysiologische processen die een rol spelen bij chronische ziekten. De duur, intensiteit, frequentie en vorm van bewegen zijn daarbij van belang.

Door beweging kunnen mensen niet alleen goed functioneren, er is ook een psychosociale component (contacten met anderen, vergroten van de leefwereld, participeren in de maatschappij).

### *Determinanten van bewegingsgedrag*

Bij een patiënt met bewegingsproblematiek kunnen diverse determinanten de (in)activiteit positief of negatief beïnvloeden:

- *individueel*: de afwegingen van voor- en nadelen die iemand aan gedrag verbindt (attitude) en het vertrouwen in eigen kunnen als het gaat om gedragsverandering (eigen effectiviteit);
- *sociaal-cultureel*: sociale normen, het gedrag van de omgeving, de ervaren sociale druk en steun bij gedrag of gedragsverandering;
- *omgeving/overheid*.

### *De context van bewegen*

Structurele en doelmatige lichaamsbeweging moet zijn ingebed in de leefomgeving en de dagelijkse activiteiten van de patiënt. Bewegingszorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) een chronische aandoening vergt een speciale aanpak. De zorg is meestal niet zozeer gericht op genezen maar op het beperken van risico's, uitstellen of voorkomen van ziekte en complicaties, vertragen van progressie en ondersteuning in de laatste levensfase.

De kans op deelname van migranten aan een bewegingsprogramma neemt toe door:

- lage kosten;
- gemakkelijk bereikbare locaties;
- separate mannen- en vrouwengroepen;
- advies van de huisarts.

Zie ook bijlage 6: *Migranten en bewegen*.<sup>4</sup>

### *Voeding en beweging*

Een actieve leefstijl is slechts een van de aspecten die bijdragen aan een goede gezondheid. Behalve de intensiteit en frequentie van de lichaamsbeweging is ook voeding van groot belang. Bij overgewicht en obesitas, maar ook bij aandoeningen als diabetes mellitus type 2 en (ernstige) COPD, kan het best beweging, voeding en gedragsverandering gecombineerd worden ingezet.

### *Gezondheidswinst door beweging*

Lichaamsbeweging bij vijftigplussers verlengt de levensverwachting met een tot vier jaar, vooral door verlaging van het risico op hart- en vaatziekten. Regelmatige lichaamsbeweging beïnvloedt dit risico rechtstreeks én indirect door verlaging van bloeddruk en cholesterol en verhoging van het HDL.<sup>5</sup>

Lichaamsbeweging beïnvloedt belangrijke parameters van chronische aandoeningen in gunstige zin:

- Bewegen heeft een gunstig effect op de glykemische instelling en op (sterfte aan) hart- en vaatziekten bij patiënten met diabetes mellitus type 2, ook zonder gewichtsverlies.<sup>6</sup>
- Longrevalidatie verbetert de kwaliteit van leven van patiënten met COPD.<sup>7</sup>
- Door fysieke training neemt de conditie van hart en longen toe bij patiënten met astma en mogelijk ook hun kwaliteit van leven.<sup>8</sup>
- Looptraining onder supervisie heeft een gunstig effect op de maximale (pijnvrije) loopafstand van patiënten met claudicatio intermittens.<sup>9</sup>

Beweging heeft bovendien een gunstig effect op de mentale gezondheid:

- Sportende mensen ontwikkelen minder vaak psychische stoornissen.<sup>10</sup>
- Lichaamsbeweging heeft een gunstig effect op depressie en depressieve klachten.<sup>11,12</sup>
- Beweging kan depressieve klachten tegengaan bij patiënten met COPD, overlevers van kankerbehandelingen en ouderen.<sup>13-15</sup>

### **3. Richtlijnen diagnostiek**

De huisarts of praktijkondersteuner signaleert een bewegingsprobleem, inventariseert risicofactoren, opvattingen en gedragsaspecten van de patiënt – zowel kwalitatief als kwantitatief – en kiest samen met de patiënt de meest passende aanpak.

#### *3.1 Aankaarten*

Het signaleren van een bewegingsprobleem bij patiënten met risicofactoren (zoals overgewicht, een zittend beroep, klachten van het bewegingsapparaat, dyspnoe, vermoeidheid of chronische aandoeningen) is niet slechts een taak van de huisarts en de praktijkondersteuner. Ook andere zorgverleners, de omgeving van de patiënt, de werkgever en functionarissen in onderwijs, sport en welzijn kunnen deze rol vervullen. Afstemming van zorgprofessionals onderling en met andere partijen is hierbij essentieel.

#### *3.2 Inventariseren*

Als een mogelijk bewegingsprobleem is gesignaleerd, breng dan de gezondheidsaspecten van de patiënt in kaart. Inventariseer hierbij of de patiënt kwantitatief of kwalitatief niet op de juiste manier beweegt en exploreer de motivatie tot gedragsverandering.

- Wat is het wekelijks bewegingspatroon van de patiënt (frequentie, duur, intensiteit)?
- Doet de patiënt aan bewegingsactiviteiten binnens- en buitenshuis (hobby's, huishoudelijk werk, wandelen, fietsen, sporten, vervoer naar het werk)?
- Heeft de patiënt vroegere ervaringen met sport en bewegen (buiten en binnen het zorgdomein, (hart)revalidatie, begeleid bewegen, looptraining)? Hoe beviel dat en wat waren de uitkomsten?
- Heeft de patiënt vitale beperkingen (bijvoorbeeld een verminderde hart- of longfunctie) die zijn belastbaarheid beïnvloeden?
- Heeft de patiënt fysieke of cognitieve beperkingen die het bewegen beïnvloeden?
- Is er sprake van multimorbiditeit die het bewegen beïnvloeden (hart- en vaatziekten, longaandoeningen, chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, psychiatrische aandoeningen)?
- Zijn er sociale en omgevingsfactoren die het bewegingsgedrag beïnvloeden (bijvoorbeeld stimulans door naasten, een ontmoedigende woon-werkverkeerregeling, activiteit van de eigen sociale kring)?

De huisarts laat zo nodig aanvullende diagnostiek (longfunctieonderzoek, inspannings-ECG) verrichten in de eerste lijn (bijvoorbeeld door een diagnostisch centrum) of verwijst hiervoor naar de tweede lijn. Het gaat hierbij vaak om het in kaart brengen van aanvullende gegevens en risicofactoren die van invloed kunnen zijn op de motivatie, multimorbiditeit en psychologische factoren. De huisarts kan hiervoor eveneens verwijzen naar een beweegzorgprofessional, ook als er sprake is van niet op de juiste manier bewegen.

Waar nodig overlegt de huisarts met andere eerstelijnszorgverleners, onder wie de beweegzorgprofessional, of inschakeling van de tweede lijn nodig is.

De huisarts beoordeelt of er sprake is van:

- onvoldoende activiteit of een bewegingsprobleem;
- beperkende vitale, fysieke of cognitieve complicaties;
- ernstige complicaties, zoals hart- en vaatziekten, longziekten en fysieke of cognitieve belemmeringen;
- multimorbiditeit.

### *3.3 Exploreren van de motivatie tot meer bewegen*

Bespreek met de patiënt:

- De attitude jegens bewegen, bijvoorbeeld de mening over bepaalde sporten, wandelen en fietsen, en de manier van vrijetijdinvulling (actief, samen met anderen of alleen);
- De motivatie om zelfstandig een actieve leefstijl aan te (blijven) houden;
  - In hoeverre wilt u een actieve leefstijl aannemen?
  - Wat zijn voor u de drie belangrijkste redenen om dit te doen?
  - Hoe belangrijk is het voor u om actieve leefstijl aan te nemen (geef aan op een schaal van 0-10). Vraag bij een lage score waarom de patiënt het aannemen van een actieve leefstijl niet/minder belangrijk vindt.
- De eigen effectiviteit, bijvoorbeeld of de patiënt zichzelf in staat acht om een actieve leefstijl vol te houden, of om na een ziekenhuisopname het sporten weer op te pakken. Maar ook eventuele angsten die het bewegen belemmeren.
  - Stel dat u zou besluiten meer te gaan bewegen, hoe zou u dat aanpakken? Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (op een schaal van 0-10). Ga na waarom de patiënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen?
- De fysieke, psychische en cognitieve mogelijkheden om (blijvend) zelfstandig een actieve leefstijl aan te houden. Zijn er bijvoorbeeld belemmeringen zoals angst of eerdere slechte ervaringen? Maken deze begeleiding noodzakelijk?
- De behoefte aan ondersteuning bij zelfmanagement.
- De kennis van de patiënt over vormen van mogelijke hulp in zijn situatie.

Als de patiënt op dit moment zijn beweeggedrag niet wil of kan aanpassen:

- Vraag of u de patiënt (eventueel schriftelijk) nadere informatie mag geven over zijn beweeggedrag.
- Benadruk dat de patiënt altijd op een later moment op zijn beweeggedrag mag terugkomen.

### *3.4 Selecteren en kiezen*

De huisarts maakt in samenspraak met de patiënt een keuze voor de meest passende aanpak, uitgaande van de zelfmanagementvaardigheden, aard en ernst van de aandoening, eerdere ervaringen met bewegen en de voorkeuren van de patiënt. De huisarts kan hiervoor ook verwijzen naar of advies inwinnen bij een beweegzorgprofessional.

#### ***Zelf bewegen***

Een over de mogelijkheden voorgelichte patiënt kan het bewegen zelf oppakken, mits hij geen behoefte heeft aan begeleiding en beschikt over voldoende zelfmanagementvaardigheden.

### ***Bewegen in het publieke domein***

Als inzet van beweegzorgprofessionals niet nodig is, maar de patiënt wel wenst te bewegen binnen het publieke domein, dan is doorstroom naar het lokale aanbod (sportschool of -vereniging) mogelijk.

### ***Bewegen in het zorgdomein***

- Als bewegen in het zorgdomein wenselijk is, verwijs dan door naar een fysio- of oefentherapeut die samen met de patiënt het bewegingsprofiel en de bewegingsinterventie bepaalt. De beweegzorgprofessional koppelt terug naar de huisarts.
- Is er sprake van zeer ernstige complicaties, verwijs dan door naar een revalidatie- of sportarts.

### ***3.5 Evaluatie***

Ga samen met de patiënt na of zorgprofiel 1 of 2 passend is op basis van de leefstijl- en risico-inventarisatie, alsmede de motivatie tot meer bewegen. Verwijs de patiënt zo nodig door naar een beweegzorgprofessional voor bepaling van het optimale profiel (3, 4 of 5) binnen het zorgdomein.

- *Zorgprofiel 1:* zelfmanagement
- *Zorgprofiel 2:* zelfmanagement onder begeleiding van een beweegprofessional (buurtsportcoach, fitnessinstructeur)
- *Zorgprofiel 3:* individueel (3a) of in groepsverband (3b) bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise als de patiënt niet zelf in staat is tot een actieve leefstijl of bij lichte complicaties
- *Zorgprofiel 4:* bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise bij multimorbiditeit of vitale, fysieke of cognitieve complicaties
- *Zorgprofiel 5:* bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise bij ernstige multimorbiditeit of complicaties.

### **Richtlijnen beleid**

- Het streven is erop gericht de patiënt naar het publieke domein te laten uitstromen, al dan niet na begeleiding of advies vanuit het zorgdomein.
- Als een bewegingsinterventie vanuit het zorgdomein resultaten heeft afgeworpen, kan deze worden voortgezet binnen het publieke domein, afhankelijk van de persoonlijke wensen.

De beweegzorgprofessional begeleidt de patiënt bij diens doorstroming, afhankelijk van het gekozen zorgprofiel. Doel is de uitbreiding van zelfstandig uit te voeren activiteiten in de eigen leefomgeving.

**Tabel 1 Samenvatting zorgprofielen** (Zorgmodule Bewegen, in 2015 in ontwikkeling)

<b>Zorgprofiel</b>	<b>Inhoud</b>	<b>Betrokken zorgverleners</b>
1. Uitsluitend zelfmanagement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënt heeft het vermogen tot zelfmanagement</li><li>• Patiënt beweegt volledig op eigen gelegenheid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li><li>• Zo nodig of op verzoek periodieke evaluatie bij huisarts of beweegzorgprofessional</li></ul>
2. Bewegen in regulier sport- en bewegingsaanbod op basis van zelfmanagement onder begeleiding van een beweegprofessional in het publieke domein	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënt heeft het vermogen tot zelfmanagement</li><li>• Begeleiding door beweegprofessional (buurtcoach, sportinstructeur)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li><li>• Zo nodig of op verzoek periodieke evaluatie bij huisarts of beweegzorgprofessional</li></ul>
3.A Bewegen onder begeleiding van beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van bewegen in	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënt heeft niet het vermogen tot zelfmanagement</li><li>• Nadruk ligt op gedragsverandering</li><li>• Individueel behandelingsplan</li><li>• Groepsbehandeling</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beweegzorgprofessional</li></ul>

relatie tot gezondheid en gedragsverandering		
3.B Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte complicaties belemmeren zelfstandig bewegen in het publieke domein</li> <li>• Individueel behandelingsplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beweegzorgprofessional</li> </ul>
4. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multimorbiditeit</li> <li>• Grote mate van hulpafhankelijkheid</li> <li>• Gebruik van ziektespecifieke aanvullingen</li> <li>• Individueel behandelingsplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beweegzorgprofessional</li> </ul>
5. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke (vaak specialistische) expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multimorbiditeit</li> <li>• Grote mate van hulpafhankelijkheid</li> <li>• Slechte prognose</li> <li>• Individueel behandelingsplan</li> <li>• Langdurige multidisciplinaire individuele begeleiding nodig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beweegzorgprofessional</li> </ul>

#### 4.1 Zorgprofiel 1

Als de patiënt de juiste attitude heeft jegens bewegen en voldoende in staat is om zelf zijn gedrag te veranderen, kies dan voor zorgprofiel 1. Het vermogen van zelfmanagement is hierbij van doorslaggevend belang. De patiënt beweegt geheel op eigen gelegenheid; hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om stevig wandelen, tuinieren, hardlopen of fietsen.

Informeer de patiënt over gezondheidsrisico's, geef voorlichting over het belang van bewegen (zie het kader *De Nederlandse Norm Gezond Bewegen*) en adviseer over een actieve leefstijl. Geef eventueel voorlichtingsmateriaal mee over laagdrempelig sport- en bewegingsaanbod.

Spreek – indien nodig of wenselijk – een periodieke evaluatie af in de huisartsenpraktijk of bij een (beweeg)zorgprofessional.

#### 4.2 Zorgprofiel 2

Als de patiënt de juiste attitude heeft jegens bewegen en voldoende in staat is om zelf zijn gedrag te veranderen, maar de voorkeur geeft aan bewegen onder begeleiding van een beweegprofessional in het publieke domein (coach, fitness- of sportinstructeur), kies dan voor zorgprofiel 2. De patiënt beweegt hierbij niet geheel op eigen gelegenheid, maar er is geen sprake van begeleiding door zorgprofessionals.

Een beweegprofessional heeft basiskennis van bewegen en chronische aandoeningen.

Informeer de patiënt over gezondheidsrisico's en adviseer over een actieve leefstijl. Maak gebruik van de sociale kaart om de patiënt op het bewegingsaanbod in de buurt te wijzen. Geef eventueel voorlichtingsmateriaal mee over laagdrempelig sport- en bewegingsaanbod.

Spreek – indien nodig of wenselijk – een periodieke evaluatie af in de huisartsenpraktijk of bij een (beweeg)zorgprofessional.



### 4.3 Zorgprofiel 3

#### **Zorgprofiel 3A**

Als er geen of weinig complicaties zijn als gevolg van een chronische aandoening maar de patiënt niet zelf in staat is tot een (blijvende) actieve leefstijl, is zorgprofiel 3A passend. Informeer en adviseer de patiënt. De huisarts verwijst naar een bewegzorgprofessional (fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts) voor een passende interventie gericht op gedragsverandering en zelfmanagement.

De bewegzorgprofessional heeft expertise op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat, gedragsverandering en bewegen in relatie tot gezondheid en chronische aandoeningen. Hij kan hierdoor kennis en uitkomsten interpreteren en integreren, zodat de patiënt in een passend zorgprofiel kan instromen. Om de patiënt naar het publieke domein (zorgprofiel 1 en 2) te laten terugstromen, ligt de nadruk op:

- gedragsverandering, ofwel het aanleren van een actieve leefstijl;
- zelfmanagement, oftewel het beklijven van de gedragsverandering.

Een bewegzorgprofessional met specifieke kennis van gedragsverandering begeleidt de patiënt. Een alternatief is begeleiding door een bewegprofessional met basiskennis van gedragsverandering en beweging, gesuperviseerd door een bewegzorgprofessional met bovengenoemde competenties.

In principe is groepsbehandeling geschikt voor deze vorm van begeleiding.

#### **Zorgprofiel 3B**

Is de patiënt door beperkingen in zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) niet zelfstandig in staat tot een actieve leefstijl, is zorgprofiel 3B passend. De begeleiding moet zich focussen op de voorwaarden om een passende actieve leefstijl te kunnen aanleren en onderhouden, opdat de patiënt kan terugstromen naar zorgprofiel 3A, of zelfs zorgprofiel 1 of 2.

Informeer en adviseer de patiënt. De huisarts verwijst naar een bewegzorgprofessional voor een passende interventie. Essentieel is begeleiding op maat conform de richtlijnen bij het risicoprofiel of de ziekte.

De bewegzorgprofessional heeft expertise op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat, gedragsverandering en bewegen in relatie tot gezondheid en chronische aandoeningen. De begeleiding is gebaseerd op relevante (bewegings)standaarden. Meerdere zorgstandaarden kunnen van toepassing zijn bij patiënten met multimorbiditeit; bij hen moet in kaart worden gebracht hoe de verschillende aandoeningen de individuele belastbaarheid beïnvloeden.

Zorgprofiel 3B is ook passend bij patiënten die als gevolg van psychische of cognitieve stoornissen of een specifieke context (nog) niet kunnen instromen in zorgprofiel 1, 2 of 3A.

### 4.4 Zorgprofiel 4

Zorgprofiel 4 is passend bij patiënten met:

- een chronische aandoening met complicaties die het bewegen beperken;
- een toenemende multimorbiditeit ten opzichte van zorgprofiel 3;
- een grote hulpafhankelijkheid.

Informeer en adviseer de patiënt. De huisarts verwijst naar een fysio- of oefentherapeut, of – bij zeer ernstige complicaties – naar een revalidatie- of sportarts.

Vanwege multimorbiditeit en mogelijke complicaties tijdens de behandeling is begeleiding nodig door een bewegzorgprofessional met specifieke expertise op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat en bewegen in relatie tot gezondheid. Zo kan een patiënt met COPD en coronair lijden begeleiding door bijvoorbeeld een hart-, vaat- en longfysiotherapeut nodig hebben. Verloopt de behandeling succesvol, dan kan de patiënt naar een lager zorgprofiel terugstromen.

Waar van toepassing wordt gehandeld conform de relevante (zorg)standaarden en richtlijnen.

#### 4.5 Zorgprofiel 5

Is er bij de patiënt sprake van een grotere hulpafhankelijkheid en meer effect door multimorbiditeit op de individuele belastbaarheid dan onder zorgprofiel 4 is beschreven, dan is zorgprofiel 5 passend. Hierbij is er een slechte prognose voor de kwaliteit van leven.

Informeer en adviseer de patiënt. De huisarts verwijst naar een bewegzorgprofessional voor een passende interventie.

De begeleiding is langdurig en intensief van aard. Een bewegzorgprofessional met deskundigheid op het gebied van beweging en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid en met ziektespecifieke expertise verleent de zorg op individuele basis binnen een multidisciplinaire setting.

De begeleiding en behandeling richten zich op het optimaliseren of stabiliseren van de bewegingsmogelijkheden van de patiënt. De bewegzorgprofessional analyseert en interpreteert de complexiteit van de multimorbiditeit in samenwerking met andere zorgprofessionals, en integreert de bevindingen in de uitvoering van de behandeling.

Een competente bewegzorgprofessional analyseert de fysieke conditie, het huidige en gewenste bewegingspatroon en de medische, fysieke en psychosociale beperkingen.

Een voorbeeld van een patiënt in zorgprofiel 5 is een oudere man met ernstige vitale beperkingen, multimorbiditeit, hartklachten, morbide obesitas, diabetes mellitus met insulineafhankelijkheid, rolstoelafhankelijkheid door amputatie onderbeen, retinopathie en beperkingen in de ADL. Hierbij is begeleiding door een bewegzorgprofessional met vaak specialistische expertise geïndiceerd, bijvoorbeeld een geriatriefysiotherapeut in een multidisciplinair team.

Waar van toepassing wordt gehandeld conform de relevante mono- en multidisciplinaire richtlijnen.

### 5. Zorgregistratie en dossiervorming

De minimaal te registreren parameters zijn vastgesteld voor het berekenen van de indicatoren voor patiënten met cardiometabole aandoeningen en astma/COPD (zie <https://www.nhg.org/themas/artikelen/kernsets-cardiometabole-aandoeningen-en-copdastma>, <https://www.nhg.org/themas/publicaties/download-indicatoren>). Voor de huisartsenpraktijk zijn 'kernsets' van indicatoren beschikbaar voor diabetes mellitus, CVRM, chronische nierschade, obesitas, astma bij volwassenen en COPD. In alle kernsets is een jaarlijkse vraag naar de lichaamsbeweging opgenomen.

Registreer aanvullend bij diabetes mellitus type 2, CVRM, chronische nierschade en obesitas:

- Advies lichaamsbeweging gegeven.

Leg dit eenmalig vast en herhaal op indicatie.

### 6. Samenwerking

Essentieel is een nauwe samenwerking en zorgafstemming tussen de huisartsenpraktijk en overige zorgprofessionals. In eerste instantie is de samenwerking tussen medewerkers van de huisartsenpraktijk en de bewegzorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn belangrijk. Maar ook de samenwerking met zorgprofessionals in de wijk en met wijkgerichte voorzieningen op het gebied van bewegen is cruciaal (zie hoofdstuk 1A, paragraaf 7 - *Sociale kaart*).

Voor de uitwisseling van gegevens tussen huisarts en fysiotherapeut is de richtlijn *Informatie-uitwisseling gegevens huisarts en fysiotherapeut* beschikbaar.

## 7. Literatuur

1. Generieke Zorgmodule Bewegen [in 2015 in ontwikkeling]
2. Chorus A. Bewegen in Nederland: Chronisch zieken. In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH (red). Trendrapport Bewegen en gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO, 2010.
3. Kemper HGC, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 2000; 78: 180-183.
4. Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Hopman-Rockzorg M. Bewegen in Nederland 2000-2005. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Hopman-Rock M. (Red.). Trendrapport Bewegen en gezondheid 2004/2005. Hoofddorp/Leiden: TNO, 2007.
5. Schmidt M, Absalah S, Nierkens V, Stronks K. Which factors engage women in deprived neighbourhoods to participate in exercise referral schemes? BMC Public Health 2008, 8:371. doi:10.1186/1471-2458-8-371.
6. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, 2012, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
7. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, 2013, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
8. NHG-Standaard COPD, 2015, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
9. NHG-Standaard Astma bij volwassenen, 2015, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
10. NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden, 2014, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
11. Ten Have M, De Graaf R, Monshouwer K. Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Trimbos-instituut, Utrecht, 2009
12. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
13. Conn VS. Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. Ann Behav Med. 2010 May;39(2):128-38.
14. Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Woods B. Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. Aging Ment Health 2010;14(6):652-69.
15. Mishra SII, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, Snyder C. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD007566. doi: 10.1002/14651858.CD007566.pub2.
16. Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C, Hind D, Malpass A, Dickens C. The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE 2013;8:e60532.

## 4. NHG-Zorgmodule *Roken*

### Kernboodschappen

- De huisartsenpraktijk kan vrijwel altijd patiënten begeleiden die willen stoppen met roken.
- Huisarts of praktijkondersteuner bespreken samen met de patiënt het meest passende zorgprofiel.
- Intensieve begeleiding met medicamenteuze behandeling en gedragsmatige ondersteuning is het meest effectief.

### 1. Inleiding

#### *Doel en doelgroep*

De in deze module beschreven handvatten voor de advisering en motivering van patiënten met gezondheidsrisico's als gevolg van hun rookgedrag zijn gebaseerd op de NHG-Standaard *Stoppen met roken* uit 2007 en de generieke zorgmodule *Stoppen met Roken*.<sup>1,2</sup>

De richtlijnen betreffen de begeleiding van zowel patiënten die zelf vragen hebben over (stoppen met) roken als degenen met klachten waarbij stoppen van roken van belang is. Ook in het voortraject naar het Preventieconsult is een stoppen-met-rokenadvies relevant: het wordt gegeven aan alle patiënten bij wie uit de vragenlijsten blijkt dat zij roken, ongeacht de hoogte van het cardiovasculair risico.

Stoppen met roken is van belang bij:

- Patiënten die de huisarts consulteren met aan roken gerelateerde klachten:
  - luchtwegen: hoesten, benauwdheid, rinitis, astma, COPD;
  - hart- en vaatziekten of een verhoogd risico hierop;
  - diabetes mellitus type 2;
  - keel- en maagklachten;
  - valrisico's;
  - ulcus cruris.
- Ouders van kinderen met astma en recidiverende infecties van de bovenste luchtwegen.
- Vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken of overwegen.
- Vrouwen met een kinderwens en zwangeren met hun partners.
- Patiënten bij wie onlangs een aan roken gerelateerde, ingrijpende diagnose is gesteld (bijvoorbeeld een acuut myocardinfarct, COPD, maligniteiten).

De NHG-Standaard *Stoppen met roken* bouwt voort op de *Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk* (H-MIS) en sluit niet meer geheel aan bij de jongste inzichten rond motiverende gespreksvoering.

Aanvullende informatie is te vinden bij het Trimbos-instituut en het Nationaal Expertisecentrum Tabaksverslaving ([www.rokeninfo.nl/professionals](http://www.rokeninfo.nl/professionals)).

Al weten veel patiënten wel dat stoppen met roken gezondheidsproblemen kan verminderen of voorkomen, het betekent voor hen een lastig proces waarin verschillende stappen nodig zijn voor het eindelijk definitief lukt. Advies op maat is van belang om de kans op succes te vergroten. Dit vergt vaak de inzet van meerdere zorgverleners. Uniformiteit in de adviezen en motivering, en afspraken over taakafbakening en regie zijn hierbij van belang.

### *Betrokken zorgverleners*

Alle zorgverleners geven rokende patiënten een kort stoppen-met-rokenadvies en wijzen hen op de mogelijkheden voor verdere begeleiding. Bij de begeleiding van het stoppen met roken zijn betrokken: huisartsen, praktijkondersteuners (somatiek en ggz), diëtisten, fysio- en oefentherapeuten en GZ- en eerstelijnspsychologen werkzaam in de generalistische basis-ggz.

Meestal zal de huisarts (of onder diens eindverantwoordelijkheid de praktijkondersteuner) de stoppen-met-rokenbehandeling uitvoeren en dus de zorg coördineren. Vaak is de praktijkondersteuner het aanspreekpunt voor de patiënt.

Ook andere eerstelijnsbehandelaars, zoals de GZ-/eerstelijnspsycholoog, kunnen inhoudelijk eindverantwoordelijk zijn, de zorgcoördinatie op zich nemen en aanspreekpunt voor de patiënt zijn, mits dit voor alle betrokken zorgverleners duidelijk is.

## **2. Achtergronden**

### *Roken en gezondheid*

Ongeveer 25% van de Nederlanders rookt. Naar schatting kan wereldwijd 12% van alle sterfte worden toegeschreven aan roken (16% onder mannen, 7% onder vrouwen).<sup>3</sup> Roken is de belangrijkste enkelvoudige oorzaak van ziekte (longkanker, COPD en coronaire hartziekten) en sterfte.<sup>1</sup> Naar schatting 21% van de verloren levensjaren is te wijten aan roken.

De meeste rokers zijn te vinden in de leeftijdsgroep 20- tot 30-jarigen: circa een derde van hen rookt. Beduidend minder ouderen roken; van de 75-plussers rookt slechts 10%. Dit komt deels doordat rokers eerder overlijden, maar ook doordat mensen op latere leeftijd niet zo gauw beginnen en vaker stoppen met roken.

Niet alleen rokers hebben een verhoogd risico op overlijden als gevolg van roken; ook ‘meerokers’ hebben ongeveer 25% meer kans op longkanker en hart- en vaatziekten. Bovendien veroorzaakt of verergert meeroken vooral bij kinderen luchtwegaandoeningen.

Andere gevolgen van roken kunnen zijn: erectiele disfuncties<sup>4</sup> en een verminderde vruchtbaarheid.

Rond zwangerschap en geboorte komen daar voor rokende vrouwen nog bij:

- een twee- tot driemaal verhoogde kans op kinderen met een laag geboortegewicht;
- 70% meer kans op vroeggeboorte;
- circa 60% meer kans op placenta praevia en solutio placentae;
- circa 50% meer kans op perinatale sterfte;
- circa tweemaal meer kans op wiegendood.

Ook als zwangere vrouwen ‘meeroken’ verhoogt dit de kans op deze ongunstige uitkomsten.<sup>5</sup>

Vrouwen die orale anticonceptiva gebruiken en meer dan 15 sigaretten per dag roken, hebben een 20 maal verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties. Bij matige rooksters (minder dan 15 sigaretten per dag) is dit risico 3,5 keer verhoogd. Bij niet-rokende pilgebruiksters is het risico tweemaal verhoogd.<sup>6</sup>

### *Specifieke bevolkingsgroepen*

Meer Turken dan Nederlanders roken, vooral Turkse mannen.<sup>7</sup> Sociale druk speelt hierbij een grote rol, evenals de gewoonte elkaar sigaretten aan te bieden. Ook het aantal rokende Turkse vrouwen groeit; zij zien dit als een vorm van emancipatie. Turkse en Marokkaanse vrouwen stoppen minder vaak tijdens de zwangerschap.<sup>7</sup>

Ook mensen met een lage sociaaleconomische status roken meer. Onder de 30- tot 39-jarigen rookt 56% van de laagopgeleide mannen tegen 31% van de hoogopgeleide mannen. Bij vrouwen is dit respectievelijk 53% en 25%.<sup>8</sup>

Zie ook Bijlage 7: *Roken door personen met een lage SES.*

### *Nicotineafhankelijkheid*

Tabak is zo verslavend vanwege een aantal eigenschappen:

- nicotine stimuleert het centrale zenuwstelsel;
- dopamine activeert het ‘beloningscentrum’ in de hersenen waardoor de roker genot ervaart;
- adrenaline heeft een oppeppend effect.

Rokers ervaren een lage dosis nicotine als stimulerend en concentratieverbeterend, en een hoge dosis als rustgevend. De werking van nicotine op het beloningssysteem is vergelijkbaar met heroïne en cocaïne. Mensen roken deels om de nicotineconcentratie op het gewenste peil te houden en deels om de ontwenningverschijnselen tegen te gaan: prikkelbaarheid, ongeduld, rusteloosheid, snakken naar een sigaret, slechte concentratie, slapeloosheid, hoofdpijn en toename van eetlust en gewicht.

Nicotineafhankelijkheid is als aandoening opgenomen in de ICD-10 en de DSM-5. De genoemde ontwenningverschijnselen ontstaan meestal twee tot twaalf uur na de laatste sigaret, met een piek na een tot drie dagen. De ontwenningverschijnselen duren meestal drie tot vier weken.

De psychische afhankelijkheid van nicotine (*craving*) houdt echter veel langer aan en is moeilijk te doorbreken. Een hypothese uit de cognitieve gedragstherapie is dat het ‘niet kunnen loslaten’ van roken staat voor ‘angst’; het roken is dan vermijdingsgedrag met als resultaat reductie van de angst. Ook sociale factoren kunnen het rookgedrag in stand houden of zelfs bevorderen en het stoppen met roken dus bemoeilijken.

Het aantal sigaretten dat iemand rookt en het gegeven of iemand kort na het ontwaken een sigaret opsteekt bepalen de mate van nicotineafhankelijkheid. Deze twee factoren wegen mee in het advies over medicamenteuze ondersteuning bij het stoppen met roken. Ook is het belangrijk de mate van psychische afhankelijkheid mee te nemen in het behandelingsplan.

### *Motivatie en behandeling*

Volwassenen noemen als belangrijkste redenen om te stoppen met roken:<sup>1</sup>

- de gezondheid niet langer willen schaden (49%);
- gezondheidsklachten (15%);
- achteruitgang in conditie (10%);
- de partner stopt (19%).

Jongeren vinden gezondheidsredenen minder belangrijk (22%); zij stoppen vooral omdat ze roken niet meer lekker vinden (23%).<sup>1</sup>

De motivatie van de roker om te stoppen is bepalend voor het succes van de behandeling: hoe gemotiveerder iemand is, hoe groter de kans dat de stoppoging slaagt.

### *Roken en voeding*

Mensen komen gemiddeld 2,5 tot 6 kilo aan als zij stoppen met roken.<sup>1</sup> Daarom is ondersteuning bij goede eetgewoonten belangrijk (geen strikte diëten, extra lichaamsbeweging).

### *Behandelingseffect bij stoppen met roken*

- Een kort stoppen-met-rokenadvies van een arts is effectief: 1 op de 40 patiënten stopt op grond hiervan definitief.<sup>1</sup>
- De meeste medicamenteuze behandelingen verdubbelen het aantal gestopte rokers van 7-10% naar 17-22%.<sup>9</sup>
- Als er geen gedragsmatige ondersteuning is dan stopt 11% van de rokers; is die ondersteuning er wel dan stijgt dit aantal naar 14% (1-3 minuten), 19% (4-30 minuten) en 27% (31-70 minuten).<sup>9</sup>

- De elektronische sigaret (e-sigaret) geeft een vergelijkbaar stoppercentage als nicotinevervangende medicatie (7-9% gestopt na 6-12 maanden). De langetermijneffecten zijn nog niet bekend. Nadelen zijn dat de e-sigaret niet is geregistreerd als geneesmiddel, de kwaliteit van de producten onvoldoende is gegarandeerd en dat stoppogingen met een e-sigaret doorgaans niet gedragsmatig worden ondersteund. Ook jongeren gebruiken e-sigaretten. Het is niet uitgesloten dat e-sigaretten als opstap naar ‘gewoon roken’ fungeren, maar hier zijn weinig aanwijzingen voor.<sup>10</sup>
- Bewegingsoefeningen verminderen de drang naar een sigaret, maar ook ontwenningssverschijnselen als depressie, prikkelbaarheid, rusteloosheid en concentratiestoornissen.<sup>11,12</sup>

### 3. Richtlijnen diagnostiek

#### 3.1 Aankaarten

Vraag alleen naar het roken als hiervoor een aanleiding is. Sluit daarbij aan bij de klachten, aandoeningen en vragen van de patiënt (zie §1 - *Doel en doelgroep*).

#### 3.2 Inventariseren

Vraag aan patiënten bij wie u het rookgedrag in kaart wil brengen of zij roken en leg de rookstatus vast in het dossier (zie §5 - *Zorgregistratie en dossiervorming*).

Leg aan de patiënt uit dat iedereen die rookt een verhoogd gezondheidsrisico loopt. Bij de ene aandoening is duidelijker hoe groot dit risico is dan bij de andere. Maak het persoonlijke risico van de patiënt op COPD en HVZ inzichtelijk met behulp van risicomodellen ([www.testuwriscico.nl](http://www.testuwriscico.nl)) en de Fletchercurve ([http://download.nhg.org/FTP\\_NHG/PatAfbeeldingen/html/R3/index.html](http://download.nhg.org/FTP_NHG/PatAfbeeldingen/html/R3/index.html)). Ook over de risico's van roken tijdens zwangerschap en pilgebruik bestaan cijfers (zie §2 - *Achtergronden*).

#### 3.3 Exploreren motivatie tot gedragsverandering

De motivatie van de patiënt is doorslaggevend voor de slagingskans van het stoppen met roken. Zo nodig is het dus belangrijk om die motivatie te verhogen (zie ook §4.2 - *Kort stoppen-met-rokenadvies* en §4.3 - *Korte motiverende interventie*).

Ga samen met de patiënt – mits hij daarvoor toestemming geeft – na in hoeverre hij overweegt te stoppen:

- Zou u willen stoppen met roken?
- Wat zijn voor u de drie belangrijkste redenen om te stoppen?
- Hoe belangrijk is het voor u om te stoppen met roken (geef aan op een schaal van 0-10). Vraag bij een lage score waarom de patiënt het minderen of stoppen niet/minder belangrijk vindt.
- Stel dat u zou besluiten te stoppen met roken, hoe zou u dat aanpakken? Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (op een schaal van 0-10). Ga na waarom de patiënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen?

Vat samen, reflecteer op de antwoorden van de patiënt en probeer een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen. Vraag:

- Wat vindt u dat er moet veranderen en hoe denkt u dit te gaan doen?
- Zou u hierbij hulp willen hebben?
- Weet u welke vormen van hulp mogelijk zijn?

Als de patiënt op dit moment niet wil stoppen met roken:

- Vraag of u de patiënt (eventueel schriftelijk) nadere informatie mag geven over het stoppen met roken.
- Benadruk dat de patiënt altijd op een later moment op zijn rookgedrag mag terugkomen.

### 3.4 Evaluatie

Afhankelijk van de rookstatus en de situatie is er sprake van een roker die:

- gemotiveerd is om te stoppen met roken;
- overweegt te stoppen met roken;
- ongemotiveerd is te stoppen met roken.

## 4. Richtlijnen beleid

De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënt zijn het uitgangspunt voor de behandeling.

Bespreek samen met de patiënt de mogelijkheden voor ondersteuning vanuit de praktijk, wijk en regio en via internet. Mogelijke vormen van ondersteuning zijn: zelfhulp, korte motiverende interventie, of intensieve ondersteunende interventies. De ondersteuning kan telefonisch, digitaal of face-to-face, en individueel of in groepsverband worden gegeven. Hoe intensiever de behandeling (langere duur en hoger aantal contactmomenten en vervolgspraken), hoe groter de effectiviteit.

Ga samen met de patiënt na welk zorgprofiel het best passend is (zie **[tabel 1]**) op grond van diens voorkeuren, zelfmanagementvaardigheden en eerdere ervaringen met behandelingen.

**Tabel 1 Samenvatting zorgprofielen**

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
1. Uitsluitend zelfmanagement <ul style="list-style-type: none"><li>• Voorkeur patiënt</li><li>• Voldoende zelfmanagementvaardigheden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënt gaat zelf aan de slag met zijn leefstijl</li><li>• Relevante informatie <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a></li><li>• Bij voorkeur intensieve ondersteuning in groepsprogramma's (GGD en thuiszorginstellingen) en programma's met individuele (telefonische) coaching (<a href="http://www.rokeninfo.nl">www.rokeninfo.nl</a>).</li><li>• Andere websites: <a href="http://www.medipro.nl">www.medipro.nl</a>; <a href="http://www.rokendebaas.nl">www.rokendebaas.nl</a></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li><li>• Eventueel vervolgspraak</li></ul>
2. Kort stoppen-met-rokenadvies	Voorlichting en bewust maken van de gezondheidsrisico's: <ul style="list-style-type: none"><li>• op een duidelijke, krachtige en op de persoon afgestemde manier;</li><li>• met nadruk op het belang van het stoppen met roken voor de toekomstige gezondheid;</li><li>• met een relatie naar de huidige ziekten, risicofactoren of klachten van de patiënt.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Huisarts</li><li>• Praktijkondersteuner</li><li>• Andere zorgverleners in eerste en tweede lijn</li></ul>
3. Korte motiverende interventie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bewust maken van gezondheidsrisico's</li><li>• Motiverende gespreksvoering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Huisarts</li><li>• Praktijkondersteuner</li><li>• Andere zorgverleners in eerste of tweede lijn</li></ul>



	<p>Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de nadelen van roken en de voordelen van niet roken;</li> <li>• de relevantie van het stoppen met roken;</li> <li>• de risico's van de patiënt;</li> <li>• mogelijke barrières bij het stoppen met roken - wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden;</li> <li>• alternatieven voor de prettige effecten van tabak.</li> </ul>		
4. Intensieve ondersteunende interventie	<p>Intensieve behandeling bij het stoppen met roken</p> <p>Bespreek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de nadelen van roken en de voordelen van niet roken;</li> <li>• de relevantie van het stoppen met roken;</li> <li>• de risico's van de patiënt;</li> <li>• de mogelijke barrières bij het stoppen met roken - wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden;</li> <li>• alternatieven voor de prettige effecten van tabak;</li> <li>• het opstellen van een behandelingsplan met onder meer de stopdatum en vervolcontacten;</li> <li>• de farmacologische ondersteuning door de huisarts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisarts</li> <li>• Praktijkondersteuner</li> <li>• Andere zorgverleners in eerste of tweede lijn</li> <li>• Check zo nodig het Kwaliteitsregister Stoppen met roken</li> </ul>	
5. Gespecialiseerde behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complexe verslavingsproblematiek</li> <li>• Patiënt is al onder behandeling in de verslavingszorg</li> <li>• Ernstig verslaafde rokers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensieve behandeling bij het stoppen met roken</li> <li>• Behandelingsplan opstellen</li> <li>• Farmacologische ondersteuning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespecialiseerde GGZ (verslavingszorg)</li> </ul>

#### 4.1 Zelfmanagement

Help patiënten op weg die op eigen gelegenheid willen stoppen met roken en daarvoor voldoende vaardigheden hebben. Verwijs hen naar adequate informatie en online hulpprogramma's:

- Op [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) zijn adviezen te vinden over stoppen met roken, afgestemd op mensen die gemotiveerd zijn om te stoppen, die dat overwegen of die al gestopt zijn. Deze informatie is gebaseerd op de standaard en de zorgmodule.
- Op [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl) is achtergrondinformatie te vinden over (stoppen met) roken, begeleidingsvormen, lokale zorgverleners en vergoedingen.
- Ook [www.medipro.nl](http://www.medipro.nl) en [www.rokendebaas.nl](http://www.rokendebaas.nl) bevatten informatie over (stoppen met) roken.
- Het effect van zelfhulpmaterialen is beperkt. Vanwege de effectiviteit heeft intensieve ondersteuning de voorkeur; dit kan in groepsprogramma's van de GGD's en thuiszorginstellingen, of via programma's met individuele (telefonische) coaching ([www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)).

- Informatie over zorgverleners in de buurt is te vinden op [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl). Deze website verwijst echter ook naar organisaties en zorgverleners die naast bewezen effectieve interventies ook bijvoorbeeld lasertherapie en andere niet-bewezen effectieve behandelingen aanbieden.

Plan eventueel een vervolgspraak in ter evaluatie als de patiënt dat wenst. Benadruk dat bij onvoldoende succes andere vormen van begeleiding of behandeling kunnen worden ingezet.

#### *4.2 Kort stoppen-met-rokenadvies*

Geef alle rokers een kort stoppen-met-rokenadvies; dat is effectief gebleken en kost weinig tijd. Breng dit advies op een duidelijke, sterke en op de persoon afgestemde manier, met nadruk op het belang van stoppen voor de toekomstige gezondheid. Leg waar mogelijk een relatie naar de risicofactoren, klachten of ziekten die de patiënt op dat moment heeft.

Bespreek de mogelijkheden van ondersteuning, ongeacht de motivatie van de roker om te stoppen. Dit kan eventueel in een vervolgconsult gebeuren. Als de patiënt niet gemotiveerd is, vraag dan of later op het stoppen met roken mag worden teruggekomen en geef aan dat de patiënt ook altijd zelf op zijn rookgedrag mag terugkomen.

#### *4.3 Korte motiverende interventie*

Als de patiënt overweegt te stoppen met roken maar nog niet voldoende is gemotiveerd, bespreek dan:

- de nadelen van roken en de voordelen van niet roken;
- het belang van stoppen met roken;
- de gezondheidsrisico's van de patiënt;
- eventuele barrières; wijs hierbij op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden;
- alternatieven voor het genot van tabak.

## Korte motivatieverhogende interventie

- Lok veranderingstaal uit: bespreek de nadelen van roken en de voordelen van niet roken. Toon begrip voor de functie van roken.
- Maak het zo persoonlijk mogelijk en leg uit waarom het juist voor deze patiënt belangrijk is om te stoppen.
- Bespreek de risico's voor deze specifieke patiënt (bijvoorbeeld impotentie, astma, schade tijdens zwangerschap) en benadruk dat *light*-sigaretten de risico's niet verkleinen. Noem ook de langetermijnrisico's (bijvoorbeeld HVZ, COPD, kanker) en de risico's van meerroken voor de kinderen en omgeving.
- Maak ook de voordelen van stoppen met roken zo persoonlijk mogelijk: betere gezondheid en conditie, betere smaak en reuk, geld, goed voorbeeld voor de kinderen, goed voor de huid.
- Vraag naar eventuele barrières, rekening houdend met de sociale achtergrond (zie ook Bijlage 7 – *Roken door personen met een lage SES*).
- Wijs op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden:
  - Wijs op nicotinevervangende middelen tegen ontwenningssverschijnselen.
  - Benadruk dat angst voor falen of een dalende motivatie een gewone reactie is en adviseer de patiënt om zichzelf te belonen.
  - Benadruk bij angst voor gewichtstoename het belang van goede eetgewoonten. Ontraad strikte diëten en stimuleer extra lichaamsbeweging. Vertel dat enige gewichtstoename normaal is, maar dat het gewicht na een tijdje stabiliseert. Bied ondersteuning aan.
  - Stimuleer het zoeken van steun in de eigen omgeving en bied hierbij ondersteuning aan. Maak afspraken voor (eventueel telefonische) follow-up.
- Plaats andere dingen tegenover het genot van tabak, bijvoorbeeld lichaamsbeweging.

Overleg met de patiënt over verdere begeleiding na bespreking van bovenstaande punten. Vraag een patiënt die onvoldoende is gemotiveerd voor begeleiding of hierop later mag worden teruggekomen en geef aan dat de patiënt ook altijd zelf op zijn rookgedrag mag terugkomen.

### 4.4 Intensieve ondersteunende interventie

Het meest effectief is een gecombineerde aanpak bij stoppen met roken, bestaande uit een gedragsmatige en medicamenteuze behandeling. De huisarts is verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie in de huisartsenpraktijk.

## Intensieve ondersteunende interventie

- Vraag hoeveel sigaretten de patiënt gemiddeld per dag rookt en of hij de eerste sigaret meestal binnen dertig minuten na het ontwaken opsteekt. Overweeg medicatie (nicotinevervangende middelen) als de patiënt tien of meer sigaretten per dag rookt. Iemand die meer dan twintig sigaretten per dag rookt en de eerste sigaret binnen dertig minuten na het ontwaken opsteekt, is sterk nicotineafhankelijk; een hoge dosis nicotinevervangende middelen is dan waarschijnlijk effectiever.
- Bespreek waardoor eventuele eerdere stoppogingen zijn mislukt en hoe dit is te voorkomen.
- Bespreek hoe de roker een moeilijk moment kan herkennen en daarop kan anticiperen:
  - Geef zo nodig medicamenteuze ondersteuning voor ontweningsverschijnselen.
  - Benadruk dat angst voor falen of een dalende motivatie een gewone reactie is en adviseer de patiënt om zichzelf te belonen. Ontraad tijdelijk tabaksgebruik: opnieuw beginnen (al is het maar één sigaret) maakt het alleen maar lastiger om weer te stoppen.
  - Benadruk bij angst voor gewichtstoename het belang van goede eetgewoonten. Ontraad strikte diëten en stimuleer extra lichaamsbeweging. Vertel dat enige gewichtstoename normaal is, maar dat het gewicht na een tijdje stabiliseert. Bied ondersteuning aan.
  - Stimuleer het zoeken van steun in de eigen omgeving en bied hierbij ondersteuning aan. Maak afspraken voor (eventueel telefonische) follow-up.
- Plaats andere dingen tegenover het genot van tabak, bijvoorbeeld lichaamsbeweging.
- Maak samen met de patiënt een stopplan:
  - Spreek een stopdatum af en adviseer dan zelfs geen halve sigaret meer te nemen.
  - Laat de roker sociale steun regelen: vertel het iedereen en probeer samen met de partner te stoppen.
  - Laat de patiënt partners, ouders, vrienden en collega's om steun vragen.
  - Laat tabak verwijderen op plaatsen waar de roker komt.
  - Bespreek hoe te anticiperen op moeilijke momenten.
  - Adviseer persoonsgerichte medicatie bij meer dan tien sigaretten per dag en leg uit waarom dit de kans of succes verhoogt. Evalueer het effect van de medicatie.
- Plan (eventueel telefonische) vervolcontacten: het eerste binnen een week na de stopdatum; het tweede binnen een maand, het derde na drie maanden en het vierde na een halfjaar (afgestemd op de behoefte van de patiënt). Acties zijn:
  - Vier het succes.
  - Heeft de patiënt toch gerookt, evalueer dan waarom en probeer commitment te krijgen om toch helemaal te stoppen. Zie terugvallen als een 'leermoment'.
  - Bespreek de moeilijke momenten en hoe hierop te anticiperen.
  - Evalueer de medicatie en overweeg eventueel intensievere behandeling.

Het *Kwaliteitsregister Stoppen met roken* beschrijft de competenties waaraan zorgverleners moeten voldoen voor het aanbieden van stoppen-met-rokeninterventies (zie Bijlage 8 – *Kwaliteitsregister Stoppen met roken*).

In principe zijn huisarts of praktijkondersteuner somatiek of ggz de behandelaars. Als de huisartsenvoorziening of zorggroep de begeleiding niet kan bieden, is ook behandeling mogelijk door een andere zorgverlener in de eerste lijn. In het Kwaliteitsregister kan op locatie worden gezocht naar zorgverleners die intensieve ondersteunende interventies aanbieden.

De tweede lijn verwijst patiënten bij wie een hart- en vaatziekte of COPD is gediagnosticeerd veelal binnen de tweede lijn voor stoppen-met-rokenbehandelingen. Begeleiding door een longverpleegkundige of stoppen-met-rokenpoli heeft echter geen meerwaarde: die bieden dezelfde zorg als een getrainde praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk.

De stoppen-met-rokenbehandeling bestaat uit:

- ondersteuning met medicatie bij meer dan tien sigaretten per dag of als de patiënt dit wenst (zie kader *Medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken*);
- bespreking van eerdere mislukte stoppogingen: ga de oorzaken hiervan na en overleg hoe herhaling hiervan kan worden tegengegaan;
- bespreking van de functie van tabak en alternatieven hiervoor;
- opstelling van een stopplan, samen met de roker;
- planning van (eventueel telefonische) vervolcontacten in overleg met de patiënt.

De acties in de follow-up van de behandeling zijn: vier het succes, bespreek de moeilijke momenten en evalueer de farmacotherapie. Als er sprake is van terugval, evalueer dan de oorzaken hiervan en overweeg een intensievere behandeling.

### **Medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken**

Geef medicamenteuze ondersteuning bij meer dan tien sigaretten per dag of als de patiënt dat wenst:

- eerste keuze zijn nicotinevervangende middelen;
- op verzoek van de patiënt of na eerdere mislukte pogingen met nicotinevervangende middelen: nortriptyline, bupropion of varenicline, eventueel gecombineerd met nicotinevervangende middelen.

Het kan zinvol zijn bij de behandeling rekening te houden met de sociale achtergrond van migranten en mensen met een lage SES (enkele praktische tips zijn te vinden in Bijlage 7 – *Roken door personen met een lage SES*).

De huisarts kan verwijzen voor aanvullende behandeling in de generalistische basis-ggz bij (een vermoeden van) comorbiditeit, zoals stemmings- en angststoornissen en stoornissen in de impulscontrole, naast of samenhangend met de nicotineafhankelijkheid.

#### *4.5 Gespecialiseerde behandeling*

De huisarts overweegt behandeling in de gespecialiseerde ggz (verslavingszorg):

- bij ernstige verslaving of complexe problematiek (bijvoorbeeld een combinatie met verslaving aan alcohol of drugs);
- als de patiënt al onder behandeling is van de verslavingszorg voor een andere verslaving;
- bij rokers bij wie begeleiding in de huisartsenpraktijk of de generalistische ggz niet effectief waren.

Overleg hierover met de regionale instelling, onder meer vanwege de wachttijden.

### **5. Zorgregistratie en dossiervorming**

Vastgesteld zijn de minimaal te registreren parameters voor het berekenen van de indicatoren voor patiënten met cardiometabole aandoeningen en astma/COPD (zie <https://www.nhg.org/themas/artikelen/kernsets-cardiometabole-aandoeningen-en-copdastma>, <https://www.nhg.org/themas/publicaties/download-indicatoren>). Ook is een kernset indicatoren beschikbaar voor diabetes mellitus, CVRM, chronische nierschade, obesitas, astma bij volwassenen en COPD.

Over roken zijn de volgende parameters in alle kernsets indicatoren opgenomen:

- Rookstatus: ja – voorheen – nee (eenmalig bij nooit-rokers en jaarlijks bij (voorheen-)rokers).
- Stoppen-met-rokenadvies gegeven (jaarlijks bij rokers).

In de kernset indicatoren bij COPD wordt tevens vastlegging aanbevolen van:

- Rookhistorie (aantal pakjaren, vijfjaarlijks bij rokers).

## 6. Literatuur

1. NHG-Standaard Stoppen met roken, 2011, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
2. Zorgmodule Stoppen met Roken, 2009, [http://www.partnershipstopmetroken.nl/wp-content/uploads/2013/01/ZorgmoduleStoppenmetRoken\\_PartnershipStopmetRoken\\_2009.pdf](http://www.partnershipstopmetroken.nl/wp-content/uploads/2013/01/ZorgmoduleStoppenmetRoken_PartnershipStopmetRoken_2009.pdf)
3. Trimbos-instituut. Factsheet Roken een aantal feiten op een rij, 2015. [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)
4. NHG-Standaard Erectiele disfunctie, 2008, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
5. NHG-Standaard Preconceptiezorg, 2011, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
6. NHG-Standaard Anticonceptie, 2011, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
7. RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. [http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/#reference\\_7058](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/#reference_7058)
8. Stivoro en NIGZ. Waar roken nog de norm is. Samenvatting van review naar bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en migranten op lokaal niveau. Den Haag/Woerden: Libertas Grafische Communicatie, 2005.
9. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. European smoking cessation guidelines. [www.ensp.org](http://www.ensp.org).
10. Trimbos-instituut. Factsheet Elektronische sigaret, 2014. [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)
11. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction*. 2007;102(4):534-43.
12. Roberts V, Maddison R, Simpson C, Bullen C, Prapavessis H. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology* 2012;222(1):1-15.

## 5. NHG-Zorgmodule Leefstijl *Voeding*

### Kernboodschappen

- Advisering en motivering bij voedingsproblematiek behoren primair tot het domein van huisartsen, praktijkondersteuners (somatic en ggz) en diëtisten.
- Huisarts en praktijkondersteuner geven algemene voedingsadviezen; de diëtist geeft individuele en gespecialiseerde dieetbehandelingen.
- GZ- en eerstelijnspsychologen, fysio- en oefentherapeuten hebben op indicatie een rol bij gedragsverandering respectievelijk beweging.
- Huisarts en praktijkondersteuner bespreken het best passende zorgprofiel met de patiënt.

### 1. Inleiding

#### *Doel en doelgroep*

Deze module biedt handvatten bij de leefstijladviesing aan en motivering van patiënten met vragen, risicofactoren en chronische ziekten.

De richtlijnen zijn van toepassing op volwassen patiënten met behoefte aan informatie over gezonde voeding of bij wie het aanleren van een gezond voedingsgedrag onderdeel van de behandeling vormt. Eetstoornissen vallen buiten het bestek van de module.

### Voedingsgedrag

Het totaal van wat, wanneer, waar, met wie, waarom en hoe iemand eet vormt diens voedingsgedrag. Grofweg zeven factoren zijn hierop van invloed:

- biologische determinanten (waaronder leeftijd, geslacht, etniciteit, genetische aanleg, medicijngebruik);
- fysieke omgeving (waaronder aanwezigheid en toegankelijkheid van voedsel);
- economische omgeving (waaronder betaalbaarheid van gezonde producten);
- sociaal-culturele omgeving (waaronder economische status, geloofsovertuiging, invloed van belangrijke mensen);
- psychologische determinanten (waaronder zelfvertrouwen, emoties, geestelijke gezondheid);
- persoonlijke en gedragsdeterminanten (waaronder vaardigheden, gewoonten, smaak);
- politieke omgeving (waaronder wet- en regelgeving).

Als iemand zijn voedingsgedrag moet aanpassen vanwege risicofactoren of chronische ziekten, spelen deze factoren mee in de gedragsverandering.

### Eetstoornissen

In beginsel vallen eetstoornissen buiten het bestek van deze module. De diagnostiek van eetstoornissen is verre van eenvoudig. Op diverse momenten in het zorgtraject is het van belang te inventariseren of er sprake is van een eetstoornis: bij de diagnostiek, bij onvoldoende resultaat van de behandeling en bij terugval. Dan is het goed om kennis te hebben van eetstoornissen (zie de NHG-Standaard *Obesitas*, noot 42 *Binge-eating disorder* en noot 43 *Dieet en eetstoornissen*).<sup>3</sup>

## *Inhoud*

Deze module geeft handvatten voor:

- het in kaart brengen van opvattingen over en gedrag aangaande voeding;
- het motiveren tot gedragsverandering;
- het op maat adviseren en behandelen van de individuele patiënt op basis van diens leefstijlevaluatie en risico-inventarisatie.

Bij dit alles wordt uitgegaan van gezamenlijke besluitvorming door huisartsen, andere zorgverleners en patiënten.

Het adviseren en motiveren van de patiënt rond voeding is een vorm van preventie. Te onderscheiden zijn:

- geïndiceerde preventie, het werkkterrein van huisarts en praktijkondersteuner;
- zorggerelateerde preventie met een ziektespecifieke invulling, het werkkterrein van de diëtist al dan niet met specialistische expertise. Als de zorgvraag dit vergt kan psychologische en fysio- of oefentherapeutische hulp worden ingezet. Heldere (eerstelijns)samenwerkingsafspraken moeten de zorg stroomlijnen.

De adviezen en aanbevelingen in deze module zijn gebaseerd op de *Richtlijnen goede voeding*, de *Zorgmodule Voeding* (ontwikkeld door meerdere partijen die betrokken zijn bij voeding en chronische ziekten) en de relevante NHG-Standaarden, multidisciplinaire richtlijnen en afgeleide producten.<sup>1-4</sup>

## *Betrokken zorgverleners*

Deze module richt zich specifiek op huisartsen, praktijkondersteuners (somatiek en ggz) en diëtisten. Daarnaast spelen GZ- en eerstelijnspsychologen, en fysio- en oefentherapeuten op indicatie een rol bij gedragsverandering respectievelijk beweging.

Meestal is de huisarts inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de voedingsgerelateerde zorg bij de zorgprofielen 1 en 2; de diëtist is dit bij de zorgprofielen 3 en 4.

Spreek met de patiënt af wie de coördinatie van de zorg op zich neemt en wie als aanspreekpunt zal fungeren; meestal is dit degene die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de voedingsgerelateerde zorg. Bij zorgprofielen 1 en 2 kan ook de praktijkondersteuner (onder inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de huisarts) de zorg coördineren en fungeren als aanspreekpunt. Van dit alles kan in samenspraak met de patiënt worden afgeweken, mits dit duidelijk wordt gecommuniceerd naar alle betrokken zorgverleners.

## **2. Achtergronden**

Een gezonde voeding betekent het geruime tijd volhouden van een adequate inname van voedingsstoffen en een gebalanceerd voedingspatroon. De voeding moet voldoende energie, bouwstoffen (vooral eiwitten) en regulerende stoffen (vitamines, mineralen, voedingsvezels) bevatten. Naast een goede voeding is ook voldoende lichaamsbeweging een essentieel onderdeel van een gezonde leefstijl.



## Richtlijnen goede voeding<sup>2</sup>

### *Kwalitatieve aanbevelingen voor gezonde voeding*

- Zorg voor gevarieerde voeding.
- Eet dagelijks ruim groente, fruit en volkorengraanproducten.
- Eet regelmatig (vette) vis.
- Gebruik zo min mogelijk producten met veel verzadigde vetzuren en enkelvoudige transverzadigde vetzuren.
- Gebruik zo min mogelijk voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers of veel voedingszuren.
- Beperk het gebruik van keukenzout.
- Wees matig met alcohol.

### *Kwantitatieve streefwaarden voor volwassenen met een normaal en stabiel lichaamsgewicht*

- Eet dagelijks 150-200 gram groente en 200 gram fruit.
- Eet dagelijks 30-40 gram voedingsvezels, vooral aanwezig in groente, fruit en volkorengraanproducten.
- Eet wekelijks tweemaal 100-150 gram vis, waarvan ten minste eenmaal vette vis.
- Gebruik niet vaker dan 7 maal per dag voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers of veel voedingszuren.
- Gebruik niet meer dan 6 gram keukenzout per dag.
- Drink niet meer dan 2 standaardglazen (mannen) of 1 standaardglas (vrouwen) alcohol per dag.

### *Aanbeveling voor voldoende lichaamsbeweging als onderdeel van een gezonde leefstijl*

- Beweeg ten minste 5 maal per week maar bij voorkeur dagelijks minstens een half uur matig intensief (bijvoorbeeld stevig lopen, fietsen of tuinieren).

### *Specifieke groepen*

Bepaalde kwetsbare groepen verdienen extra aandacht, ongeacht de aanwezigheid van risicofactoren of chronische ziekten:

- ouderen;
- mensen met een donkere huidskleur;
- vrouwen tijdens de zwangerschap of lactatie.

Denk hierbij aan vochtinname (bij ouderen), invloed en effect van geneesmiddelen op voeding en vice versa, ondervoeding en slikproblemen.

Van een ongezonde voeding is sprake bij een te grote of te kleine inname van voedingsstoffen en een verstoorde balans. Ongezonde voeding staat in verband met het ontstaan van (chronische) ziekten: het RIVM berekende dat jaarlijks ongeveer 40.000 nieuwe gevallen van diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten en kanker zijn toe te schrijven aan een ongezond voedingspatroon.<sup>5</sup> Het gezondheidsverlies is vergelijkbaar met roken. In de berekening van het RIVM werd zout niet meegenomen, maar inname van meer dan 6 gram zout per dag zorgt voor nog meer gezondheidsverlies.

Ook het Nationaal Kompas Volksgezondheid geeft cijfers van de belangrijke bijdragen die overgewicht en enkele voedingsfactoren leveren aan gezondheidsverlies.<sup>6</sup>

### *Migranten en voeding*

De voedingsgewoonten van migranten kunnen afwijken, waarbij de sociale context vaak een rol speelt (zie Bijlage 9 – *Migranten en voeding*).

### *Bewegen en voeding*

Een goede voedingstoestand wordt bepaald door inname en gebruik van energie, eiwitten en andere voedingsstoffen. Disbalans heeft meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren, klinische resultaten en ziekteverloop.

Lichaamsbeweging hangt nauw samen met de voedingstoestand. Bij enkele aandoeningen (overgewicht en obesitas, diabetes mellitus type 2 en ernstige COPD) is het goed om beweging, voeding en de gedragscomponent gecombineerd in te zetten. Ook bij CVRM kan een gecombineerde leefstijlinterventie ingezet worden.

### *Gezondheidswinst door een goede voeding*

Om het voedingsgedrag van de patiënt te beïnvloeden is vertaling van de *Richtlijnen goede voeding* naar diens niveau en leefwereld essentieel. De betrokken zorgverleners moeten hiertoe over specifieke vaardigheden beschikken. Voedingsadviezen die tot gedragsverandering moeten leiden hebben alleen kans op succes bij voldoende motivatie en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ook is alleen gezondheidswinst te verwachten als de patiënt de gedragsverandering langere tijd kan volhouden en dit heeft consequenties voor (de duur van) de begeleiding. Daarom is het van belang dat ook de zorgverleners gemotiveerd blijven, ervan uitgaand dat niet elke patiënt in staat is zijn gedrag te veranderen.

## **3. Richtlijnen diagnostiek**

In aanmerking voor leefstijldiagnostiek komen patiënten met:

- risicofactoren voor hart- en vaatziekten (waaronder roken, verhoogde bloeddruk, hyperlipidemie en obesitas);
- diabetes mellitus type 2;
- hart- en vaatziekten;
- COPD;
- andere chronische ziekten waarbij voedingsadvisering deel uitmaakt van de behandeling.

Maak bij de diagnostiek onderscheid tussen het aankaarten en inventariseren van de leefstijlfactoren, de risico-inventarisatie en het exploreren van de motivatie tot gedragsverandering.

De patiënt wordt beschouwd als een volwaardige partner, met eigen verantwoordelijkheid.

### *3.1 Aankaarten*

Informeer naar de behoefte aan leefstijladvisering, in het bijzonder op het gebied van voeding. Houd hierbij rekening met eventuele weerstand bij de patiënt (schaamte, schuld, verdriet of frustratie). Breng de leefstijl op een niet-veroordelende manier ter sprake en toon begrip voor de verleidingskracht van ongezonde voeding, die soms moeilijk is te weerstaan.

### *3.2 Inventariseren*

Vraag toestemming aan de patiënt om diens leefstijlfactoren te inventariseren. Hierbij kunnen ook de voor- en nadelen van een eventuele gedragsverandering aan de orde komen (gebruik eventueel de *Eetscore*: een korte vragenlijst gericht op de *Richtlijnen goede voeding*, zie [www.eetscore.nl](http://www.eetscore.nl)).

Vraag naar de volgende aspecten:

- voedingsgewoonten, -patroon en -gedrag;
- lichaamsbeweging, slaapgedrag, stress, roken, gebruik van alcohol en drugs;
- voorgeschiedenis, gewichtsverloop in de laatste jaren (zowel over- als ondervoeding), dieetgeschiedenis;
- kennis van en opvattingen over een ongezonde leefstijl en de consequenties daarvan;
- kennis van voeding (samenstelling, producten), lees- en taalvaardigheid;
- psychosociale en omgevingsfactoren (sociaaleconomisch, etnisch, cultureel).

Inventariseer om het gezondheidsrisico te kunnen inschatten tevens:

- risicofactoren voor hart- en vaatziekten: verhoogde bloeddruk, hyperlipidemie, obesitas (BMI hoger dan 30), buikomvang bij een BMI hoger dan 25 (man > 102 cm; vrouw > 88 cm);
- hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longaandoeningen of andere relevante gezondheidsproblemen;
- familiegeschiedenis, waaronder familiale obesitas, diabetes mellitus type 2, COPD en hart- en vaatziekten;
- medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen daarvan (waaronder effect op smaak en eetlust).

### 3.3 Exploreren van de motivatie tot gedragsverandering

De motivatie tot gedragsverandering verschilt in de tijd, per persoon en per situatie. Ga samen met de patiënt na in hoeverre die overweegt zijn voedingsgedrag te veranderen:

- In hoeverre zou u uw voedingsgedrag willen veranderen?
- Wat zijn voor u de drie belangrijkste redenen om dit te doen?
- Hoe belangrijk is het voor u om uw voedingsgedrag te veranderen (geef aan op een schaal van 0-10). Vraag bij een lage score waarom de patiënt het minderen of stoppen niet/minder belangrijk vindt.
- Stel dat u zou besluiten uw voedingsgedrag aan te passen, hoe zou u dat aanpakken? Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (op een schaal van 0-10). Ga na waarom de patiënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen?

Vat de antwoorden van de patiënt samen en reflecteer hierop. Probeer hiermee een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen.

Vraag eventueel ook naar:

- Wat vindt u dat er moet gaan veranderen en hoe denkt u dit te gaan aanpakken?
- In hoeverre zou u hierbij hulp willen hebben?
- Weet u welke vormen van hulp mogelijk zijn?

Als de patiënt op dit moment zijn voedingsgedrag niet wil of kan aanpassen:

- Vraag of u de patiënt (eventueel schriftelijk) nadere informatie mag geven over zijn voedingsgedrag.
- Benadruk dat de patiënt altijd op een later moment op zijn voedingsgedrag mag terugkomen.

### 3.4 Evaluatie

Ga samen met de patiënt na welk zorgprofiel het best passend is op basis van bovenbeschreven inventarisaties, de motivatie tot gedragsverandering, de zelfmanagementvaardigheden, eerdere ervaringen met behandelingen en de voorkeuren van de patiënt.

Er zijn vier zorgprofielen mogelijk

#### 1. Uitsluitend zelfmanagement

Dit zorgprofiel is bedoeld voor patiënten met een laag risico en met voldoende kennis, vaardigheden en motivatie om zelf de leefstijl te kunnen aanpakken. Dit kan ook gaan om patiënten die eerder succesvol zijn begeleid en behandeld. Er zijn geen zorgverleners betrokken bij de begeleiding in dit zorgprofiel; wel blijft de huisartsenvoorziening toegankelijk voor vragen of problemen.

#### 2. Algemeen voedingsadvies

Dit zorgprofiel is bedoeld voor patiënten met risicofactoren en aandoeningen waarbij een algemeen voedingsadvies onderdeel is van de behandeling, bijvoorbeeld patiënten met een matig risico op hart- en vaatziekten. Het gaat hier om advisering door huisarts of praktijkondersteuner conform de *Richtlijnen goede voeding*.

### 3. *Individuele dieetbehandeling*

Dit zorgprofiel is bedoeld voor patiënten met risicofactoren en ziekten waarbij dieetbehandeling een essentieel onderdeel van de behandeling is, bijvoorbeeld:

- patiënten bij wie algemene voedingsadviezen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid;
- patiënten met diabetes mellitus type 2 of met ernstige chronische nierschade.

Deze patiënten komen in aanmerking voor een individuele behandeling door een diëtist ([www.artsenwijzer.info/](http://www.artsenwijzer.info/)).

### 4. *Gespecialiseerde dieetbehandeling*

Dit zorgprofiel is bedoeld voor patiënten met complexe aandoeningen of problemen, en voor patiënten die onvoldoende baat hadden bij een individuele dieetbehandeling. Gespecialiseerde diëtisten binnen een multidisciplinair zorgverlenersteam verlenen deze intensieve zorg. De huisartsenvoorziening blijft zorg verlenen bij lichamelijke en psychische problemen, al dan niet gerelateerd aan de dieetbehandeling.

De zorgprofielen 1 en 2 behoren tot de geïndiceerde preventie; de zorgprofielen 3 en 4 betreffen zorggerelateerde preventie (met ziektespecifieke interventies).

Zorgverleners kunnen gemotiveerd afwijken van de bovengenoemde stappen.

## 4. Richtlijnen beleid

Huisarts of diëtist stellen samen met de patiënt een behandelingsplan op, afhankelijk van het zorgprofiel en met oog voor de doelen van de patiënt. Houd hierbij rekening met comorbiditeit en de gevolgen van verandering van voeding en voedingsgedrag.

Behalve de huisarts, praktijkondersteuner en (gespecialiseerde) diëtist kunnen op indicatie ook GZ- en eerstelijnspsychologen en fysio- en oefentherapeuten een rol hebben in zorgprofiel 2, 3 en 4. Hierbij gaat het om gedragsverandering respectievelijk beweging bij voedingsgerelateerde zorg.

### Tabel 1 Samenvatting zorgprofielen

(zie ook het *Stroomschema Zorgprofielen* in de *Zorgmodule Voeding*

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Voedingszorg/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Zorgmodule%20Voeding%20Stroomschema%20Zorgprofielen%20en%20Competenties.pdf>):

Zorgprofiel	Inhoud zorgprofiel	Betrokken zorgverleners
1. Uitsluitend zelfmanagement <ul style="list-style-type: none"><li>• Voorkeur patiënt</li><li>• Voldoende zelfmanagementvaardigheden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënt gaat zelf aan de slag met zijn leefstijl</li><li>• Relevante informatie en begeleiding via online hulpprogramma's (<a href="http://www.thuisarts.nl/gezonde-levensstijl/ik-wil-gezond-eten">http://www.thuisarts.nl/gezonde-levensstijl/ik-wil-gezond-eten</a>; <a href="http://www.voedingscentrum.nl">www.voedingscentrum.nl</a>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geen</li><li>• Eventueel vervolgfpraak</li></ul>
2. Algemeen voedingsadvies	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bewust maken van gezondheidsrisico's</li><li>• Leggen van relatie tussen leefstijl en ziekte</li><li>• Indien nodig motiveren tot leefstijlverandering</li><li>• Streef naar stapsgewijze, haalbare kleine aanpassingen</li><li>• Leg behandelingsdoelen vast</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Huisarts</li><li>• Praktijkondersteuner</li><li>• Vervolgafspraken in overleg met de patiënt</li></ul>
3. Individuele dieetbehandeling	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dieetbehandeling gericht op voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die met</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diëtist</li><li>• Vervolgafspraken in overleg met de patiënt</li></ul>

	voeding samenhangen of daardoor worden beïnvloed	
4. Gespecialiseerde dieetbehandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespecialiseerde dieetbehandeling gericht op voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die met voeding samenhangen of daardoor worden beïnvloed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespecialiseerde diëtist</li> <li>• Vervolgafspraken in overleg met de patiënt</li> </ul>

Zelfmanagement is bij alle zorgprofielen belangrijk: de patiënt moet zelf de *Richtlijnen goede voeding* of de voorschriften van een gespecialiseerd dieet in het dagelijks leven toepassen. Zelfmanagement stelt de patiënt in staat om zijn ongezonde leefstijl te verbeteren en zo de ervaren kwaliteit van leven te verhogen.

De ondersteuning richt zich op het stimuleren van mensen bij het zelf besluiten nemen en uitvoeren, en op het versterken van het vertrouwen in eigen kunnen.

#### 4.1 Uitsluitend zelfmanagement

Dit zorgprofiel gaat ervan uit dat de patiënt in staat is zelf zijn risicofactoren te beperken en zo nodig zijn voeding aan te passen. Help de patiënt op weg bij het aanpassen van zijn voedingsgedrag door hem te verwijzen naar adequate informatie en online hulpprogramma's. Centraal hierin staan de *Richtlijnen goede voeding*.

Voorlichtingsmaterialen van het Voedingscentrum kunnen nuttig zijn. De website [www.voedingscentrum.nl](http://www.voedingscentrum.nl) is overzichtelijk en bevat onder meer tests die tevens een informatieve functie hebben. Ook op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) is informatie te vinden over gezonde voeding ('Ik wil gezond eten').

Maak een vervolgafpraak ter evaluatie van de zelfmanagementervaringen afhankelijk van de wens van de patiënt. Als blijkt dat deze zijn gedrag niet zelfstandig kan aanpassen, dan kan hij doorstromen naar zorgprofiel 2.

#### 4.2 Algemeen voedingsadvies

In dit zorgprofiel staan de algemene gezondheid en gezondheidsrisico's centraal. Ga samen met de patiënt na hoe deze algemene voedingsadviezen in het dagelijks leven kan inpassen. De adviezen maken deel uit van algemene leefstijlverandering waarin niet alleen voeding aan de orde komt.

Ga tijdens het consult in op de gezondheidsrisico's van de patiënt en de mogelijkheden die te verminderen door aanpassing van de voeding. Leg de nadruk op stapsgewijze, haalbare, kleine aanpassingen opdat de patiënt deze op langere termijn kan volhouden.

Het is van belang dat de patiënt zelf is betrokken bij het stellen van doelen. Luister hierbij goed naar de patiënt en neem afstand van eigen normen en waarden. Dit voorkomt dat de patiënt weerstand opbouwt tegen de verandering en verhoogt diens motivatie. Maak bij dit alles gebruik van motiverende gespreksvoering.

Maak in samenspraak met de patiënt vervolgafspraken. In het begin van het begeleidingstraject zal dit frequenter nodig zijn dan later (bijvoorbeeld eerst maandelijks, later halfjaarlijks). Informeer ook naar de leefstijlverandering bij tussentijds spreekuurbezoek om andere redenen.

#### 4.3 Individuele dieetbehandeling

In dit zorgprofiel verleent een diëtist op indicatie zorg op maat. De diëtist moet zijn opgeleid op hbo-niveau en geregistreerd zijn in het kwaliteitsregister ([www.nvdietist.nl](http://www.nvdietist.nl); [www.kwaliteitsregisterparamedici.nl](http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl)).

De individuele dieetbehandeling draagt bij aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die samenhangen met voeding of hierdoor worden beïnvloed.

De diëtist bepaalt in samenspraak met de patiënt de voedingsaanpassing, met oog voor diens omstandigheden. Dit is onontbeerlijk voor het volhouden van het dieet. De diëtist biedt bovendien ondersteuning aan bij het integreren van het dieet in de leefwijze en het sociale leven van de patiënt. Omdat een dieet vaak ingrijpende gevolgen heeft voor het dagelijkse leef- en eetpatroon, is begrip en begeleiding nodig. Bovendien is het motiveren en stimuleren van de patiënt essentieel.

De diëtist maakt in samenspraak met de patiënt vervolgspraken. Als de doelstellingen van de behandeling zijn bereikt, volgt rapportage en terugverwijzing naar de huisarts. Ter afsluiting van de behandeling bespreekt de diëtist het voedingsadvies op langere termijn met de patiënt, eventueel met verdere ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk.

Als de doelstellingen niet worden gehaald, kan de patiënt doorstromen naar zorgprofiel 4.

#### *4.4 Gespecialiseerde dieetbehandeling*

In dit zorgprofiel verleent een gespecialiseerde diëtist intensieve zorg, afgestemd op de patiënt en diens specifieke risicofactoren of ziekte. De diëtist moet zijn opgeleid op hbo-niveau en geregistreerd zijn in het kwaliteitsregister ([www.nvdiëtist.nl](http://www.nvdiëtist.nl); [www.kwaliteitsregisterparamedici.nl](http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl)).

Bij de gespecialiseerde dieetbehandeling gaat het om langdurige en intensieve begeleiding van patiënten met complexe aandoeningen of comorbiditeit, waarbij het aanpassen van het voedingsgedrag noodzakelijk is. Ook psychosociale omstandigheden kunnen een gespecialiseerde dieetbehandeling vergen.

De zorg richt zich op een optimale voedingsinname binnen de mogelijkheden van de ziekte. Het tonen van begrip en een intensieve begeleiding zijn essentieel bij het leren omgaan met de ziekte en het inpassen van voedingsadviezen in het dagelijkse eet- en leefpatroon. Soms is een levenslange begeleiding door een diëtist nodig. Het dieet kan dan aanpassing behoeven door het beloop van de ziekte of het ouder worden.

Als de doelstellingen van de behandeling zijn bereikt en er een langdurig stabiele situatie is, volgt terugverwijzing naar een niet-gespecialiseerde diëtist of de huisarts. In dit geval moeten er wel duidelijke afspraken zijn gemaakt over consultatie en verwijzing.

### **5. Zorgregistratie en dossiervorming**

Vastgesteld zijn de minimaal te registreren parameters voor het berekenen van de indicatoren voor patiënten met cardiometabole aandoeningen en astma/COPD (zie <https://www.nhg.org/themas/artikelen/kernsets-cardiometabole-aandoeningen-en-copdastma>, <https://www.nhg.org/themas/publicaties/download-indicatoren>). Ook is een kernset beschikbaar voor diabetes mellitus type 2 (nieuwe versie), CVRM, chronische nierschade, obesitas, astma bij volwassenen en COPD. Hierin zijn ook de specifieke parameters over voeding en voedingszorg opgenomen.

In alle kernsets van indicatoren wordt aanbevolen lengte, gewicht, BMI en voedingspatroon te registreren. De geadviseerde registratiefrequentie wisselt. Soms wordt aanbevolen om andere factoren te registreren, bijvoorbeeld de middelomtrek, of ‘voedingsadvies gegeven’. Ook kan worden geadviseerd aanvullend laboratoriumonderzoek te doen (lipiden, glucose, nierfunctie et cetera).

## 6. Samenwerking

Afhankelijk van de complexiteit en de gewenste intensiteit van de zorg kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn. De algemene voedingsadvisering is gebaseerd op de *Richtlijnen goede voeding*, evenals voorlichting en verwijzing naar online hulpprogramma's. Ziektespecifieke adviezen en informatiematerialen moeten bij elkaar aansluiten.

Win advies in over het materiaal dat de huisartsenpraktijk wil gebruiken bij de betrokken diëtist. Stem ook af wie welke rol neemt in de advisering en begeleiding van de patiënt.

### Samenwerking bij de leefstijladvisering over voeding

- De *huisarts* inventariseert globaal de leefstijlfactoren van de patiënt en diens leefomgeving (gezin, werk, et cetera). Hij maakt de leefstijl bespreekbaar, verduidelijkt de gezondheidsrisico's daarvan en kaart aan dat wellicht gespecialiseerde hulp nodig is.
- De *praktijkondersteuner* geeft basisinformatie over gezonde voeding, eventueel gericht op de specifieke aandoening, begeleidt de patiënt naar gedragsverandering en monitort de effecten van het gedrag op de chronische aandoening(en).
- De *diëtist* is bij zorgprofiel 3 en 4 behandelaar.
- Bij zorgprofiel 1 en 2 is de diëtist het aanspreekpunt voor de huisartsenpraktijk. Hij kan een rol spelen bij de deskundigheidsbevordering en adviseren over het juiste voorlichtingsmateriaal en passende zelfmanagementtools. Hij spreekt met de huisartsenpraktijk af welke voedingszorg wordt geboden en welke criteria een rol spelen bij keuze tussen de vier zorgprofielen op geleide van de richtlijnen en zorgstandaarden en de specifieke kenmerken van de (lokale) patiëntengroepen.

Bij de keuze voor zorgprofiel 2 spelen de competenties en de beschikbaarheid van de praktijkondersteuner een rol, maar ook de complexiteit van de zorg. Zo nodig kan de diëtist ook in dit zorgprofiel een prominente functie hebben.

Het is belangrijk dat het gehele behandelingsteam dezelfde uitgangspunten hanteert opdat de patiënt eenduidige informatie, adviezen en begeleiding ontvangt. Dit is ook van belang voor een goede motivatie van de patiënt.

Zet waar nodig de aanbevelingen uit deze module in een lokaal of regionaal overleg om in werkspraken over bereikbaarheid, consultatie, informatieoverdracht en samenwerking.

## 7. Literatuur

1. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag, 2006.
2. NHG-Standaard Obesitas, 2010, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
3. LESA Ondervoeding, 2010, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
4. Zorgmodule voeding 2012.  
[http://www.partnerschapovergewicht.nl/site\\_files/uploads/Zorgmodule%20Voeding%20Amsterdam%202012.pdf](http://www.partnerschapovergewicht.nl/site_files/uploads/Zorgmodule%20Voeding%20Amsterdam%202012.pdf)
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. Bilthoven, 2004.
6. Hilderink HBM (RIVM). Ziektelast in DALY's: Wat is de bijdrage van risicofactoren? 5 juni 2014  
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-bijdrage-van-risicofactoren>

## 6. Totstandkoming van de NHG-Zorgmodules Leefstijl

### 6.1 Ontwikkeling van de NHG-Zorgmodules Leefstijl

#### *Inventarisatie van knelpunten*

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de NHG-Zorgmodules Leefstijl zijn in focusgroepbijeenkomsten knelpunten van alle betrokken partijen geïnventariseerd.

Bij *zorgverleners* konden de knelpunten worden onderverdeeld in:

- Het zorgaanbod:
  - gebrek aan aandacht voor preventie/voorkeur voor curatieve oplossingen;
  - gebrek aan overzicht van en verantwoordelijkheid voor de sociale kaart;
  - onoverzichtelijk zorgaanbod, onderlinge onbekendheid van zorgverleners.
- De samenwerking:
  - gebrek aan inzicht in elkaars competenties;
  - gebrek aan een vast aanspreekpunt;
  - gebrek aan continuïteit in leefstijladvisering;
  - complexe en stoeve schakel tussen zorgnetwerk en sociaal wijkteam;
  - gebrek aan integratie van verschillende leefstijladviezen;
  - gebrekkige afspraken over (terug)verwijzing van patiënten.

*Patiënten* gaven de volgende knelpunten aan:

- De adviezen sluiten niet aan bij de eigen leefwereld en taal.
- Mogelijke laaggeletterdheid blijft onontdekt.
- Gebrekkige motivatie voor leefstijlverandering.

#### *Belangenverstrengeling*

Alle kernwerkgroepleden en klankbordgroepleden hebben een KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Deze verklaringen zijn in te zien bij de webversie van de NHG-Zorgmodules Leefstijl op [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

### 6.2 Betrokken partijen

De NHG-Zorgmodules Leefstijl zijn tot stand gekomen met bijdragen van de volgende beroepsorganisaties in de eerste lijn, patiëntenorganisaties en instituten:

- Diabetes Vereniging Nederland (DVN)
- GGD GHOR Nederland
- De Hart&Vaatgroep
- InEen
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP, fusievereniging van de Nederlandse Vereniging Voor Psychotherapeuten (NVVP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen LVE))
- Longfonds (voorheen Astma Fonds)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), sectie verslaving
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVvPO)
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)
- Nederlandse Obesitas Vereniging (NOV)



- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
- Platform Vitale Vaten
- Trimbos-instituut
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners

### 6.3 Samenstelling van de werkgroepen

#### Samenstelling kernwerkgroep

Naam	Affiliatie/instelling
Mw. drs. J.A.M. van Balen	Huisarts, teamleider, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap NHG
Prof.dr. J.J. van Binsbergen	Huisarts niet-praktiserend, emeritus hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde, afgevaardigde namens het NHG
R. Borkus	Programmacoördinator, afgevaardigde namens de NPCF (1 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. K. Bornebroek	Senior Beleidsmedewerker, afgevaardigde namens de NPCF
Dr. N.H. Chavannes	Huisarts te Zeist, senior onderzoeker Leids Universitair Medisch Centrum, afgevaardigde namens het NHG
Mw. drs. A.J. van Emst	Psycholoog, gedragskundige, afgevaardigde namens het NIP
Dr. J.J.X.R. Geraets	Fysiotherapeut, wetenschappelijk medewerker NHG tot 1 mei 2014, afgevaardigde namens het NHG sinds 1 mei 2014
Mw. C. Hallensleben	Praktijkverpleegkundige, afgevaardigde namens de V&VN
Mw. drs. H. Mulder-Mertens	Beleidsadviseur, afgevaardigde namens het KNGF (sinds april 2014)
Mr. M.E.M. Nuyten	Beleidsmedewerker, afgevaardigde namens het KNGF (1 <sup>e</sup> vergadering)
S. Olthof	Fysiotherapeut, afgevaardigde namens het KNGF
Mw. T.A. Remijnse	Diëtist, beleidsadviseur, afgevaardigde namens de NVD
Mw. drs. A. van Stralen	Psycholoog (eerstelijns/GZ), afgevaardigde namens de LVVP (samenvoeging LVE en NVVP)
Mw. drs. N. Valken	Huisarts, afgevaardigde namens het NHG
Mw. drs. L. de Vries	Huisarts, wetenschappelijk medewerker, afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap NHG
Mw. L.A. Wind	Huisarts, kaderhuisarts GGZ, afgevaardigde namens het NHG

De kernwerkgroep is in de periode oktober 2013 - november 2014 8 keer bijeengekomen.

## Samenstelling Klankbordgroep

Naam	Affiliatie/instelling
Mw. S. Akihary	Beleidsmedewerker, afgevaardigde namens de VvOCM (2 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. J.A.M. van Balen	Huisarts, teamleider, afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap NHG
Mw. E.S.E. Barents	Beleidsadviseur, afgevaardigde namens de DVN (1 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. D.C. Bloemkolk	Beleidsadviseur, afgevaardigde namens de Hart&Vaatgroep
Mw. drs. M. Croes	Wetenschappelijk medewerker, afgevaardigde namens het Trimbos-instituut (2 <sup>e</sup> vergadering)
Dr. B. Holverda	Senior projectleider, afgevaardigde namens het Longfonds
Drs. M. Koornneef	Senior adviseur, afgevaardigde namens het NISB (2 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. I.G.A. Lottman	Beleidsmedewerker, afgevaardigde namens GGD GHOR Nederland
Mw. R.M. van der Meer	Onderzoeker/verpleegkundige, afgevaardigde namens Stivoro (1 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. M. de Regt	Beleidsmedewerker, afgevaardigde namens ROS-netwerk/LVG
Mw. C.G. de Ridder	Praktijkondersteuner, voorzitter en afgevaardigde van de NVvPO
D. Schaars	Adviseur, afgevaardigde namens het NISB (1 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. A.M. Strijbis	Projectmanager en secretaris, afgevaardigde namens het Platform Vitale Vaten
Mw. N. Willems	Beleidsadviseur belangenbehartiging, afgevaardigde namens de DVN (2 <sup>e</sup> vergadering)
Mw. drs. G. de Witte	Beleidsmedewerker, afgevaardigde namens de VvOCM (1 <sup>e</sup> vergadering)
Mevrouw drs. L. de Vries	Huisarts, wetenschappelijk medewerker, afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap NHG

De klankbordgroep heeft in totaal 2 keer vergaderd (september 2013 en september 2014).

Inhoudelijke belangen werden gemeld door: dr. N.H. Chavannes (principal investigator ZonMw-project 171002203, the RECODE Study: ‘Randomized clinical trial on Effectiveness of integrated COPD management in primary care’ ; principal investigator “eVITA COPD Study”, investigating critical success factors in e-health implementation, subsidized by Care Within Reach Foundation (ZBB) ; co-applicant “Implementatie Zorgstandaard Astma& COPD in 2e lijn”, subsidized by PICASSO for COPD, cooperation between Pfizer, Boehringer Ingelheim and Caphri; principal Investigator “QUEST Study: Questionnaires on hEalth Status by Telemedicine”, subsidized by an unrestricted research grant of GlaxoSmithKline; co-applicant “PRACTISS: Pulmonary Rehabilitation of Asthma and COPD: a Trial of sustained Internet-based Self-management Support”, subsidized by Netherlands Asthma Foundation) en J.A. van Stralen (scholingsmodule in de ODHIN studie: studie naar Optimizing Delivery Health Care Interventions en het verzorgen van trainingen Motivational Interviewing). De overige werkgroepleden hebben geen belangenverklaring aangegeven.

De kern- en klankbordgroep werden ondersteund door de volgende NHG-medewerkers:

- Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Mirjam van der Zwan, secretaresse, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

- Ton Drenthen, teamleider Preventie en Patiëntenvoorlichting, afdeling Implementatie
- Vroon Pigmans, teamleider Implementatiematerialen, afdeling Implementatie
- Eldine Oosterberg, aandachtsfunctionaris Etnische en culturele diversiteit, afdeling Implementatie
- Job den Boer, wetenschappelijk medewerker Implementatiematerialen, afdeling Implementatie
- Ans Stalenhoef, eindredacteur NHG, afdeling Marketing en Communicatie
- Dorry Cox, teamleider digitale media, afdeling Marketing en Communicatie
- Ellen Olbers, medewerker digitale media, afdeling Marketing en Communicatie
- Annet Janssen, communicatieadviseur, afdeling Marketing en Communicatie

## 6.4 Commentaar en autorisatie

In augustus 2014 zijn de NHG-Zorgmodules Leefstijl voor commentaar gestuurd naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen. Dertien commentaarformulieren zijn geretourneerd.

Ook een aantal referenten becommentarieerden de NHG-Zorgmodules Leefstijl, te weten:

- L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsmedewerker Beleid & Ontwikkeling, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging;
- dr. M. Nelissen, senior apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik;
- M. Danz, apotheker, Farmacotherapeutisch Kompas, namens het Zorginstituut Nederland;
- Dr. H. Philips, huisarts en voorzitter werkgroep Richtlijnen, namens de Vlaamse vereniging van huisartsen Domus Medica;
- J.C. Korver, huisarts in Zeist, A. Borgdorff, projectmanager Stadmaatschap Utrecht, R. Behr, huisarts in Nijmegen e.o. en kaderarts Astma/COPD, S. Hoogedeure, coördinator zorgprogramma's van zorggroep Het Huisartsenteam, allen namens InEen;
- prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen;
- dr. R.A. Kraaijenhagen, namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie;
- C. Veen, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie;
- M.N. Nabibux, namens de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie;
- S. Akihary, beleidsmedewerker, namens de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck;
- M. Koornneef, M. Aalbers en T. van de Wert, allen namens het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen;
- A.M. Strijbis, namens het Platform Vitale Vaten;
- D. Bloemkolk, namens de Hart&Vaatgroep;
- N. Willems, beleidsadviseur, namens de Diabetesvereniging Nederland;
- C. de Ridder, voorzitter, namens de Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners;
- M. Croes, wetenschappelijk medewerker, namens het Trimbos-Instituut;
- B. Holverda, projectleider, namens het Longfonds;
- I.G.A. Lottman, beleidsmedewerker Lokaal gezondheidsbeleid, namens de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio Nederland;
- M. Leijen, sociaal verpleegkundige, S. van Dalen, verpleegkundige preventie en A.F. van der Graaf, wijkverpleegkundige, allen namens de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland;
- P. Visser, GZ-psycholoog, namens het Nederlands Instituut van Psychologen;
- C.L.J. Bouten, bestuurslid, namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
- mr. H. Post, teammanager Kwaliteit, namens de Patiëntenfederatie NPCF;
- C. Bolleers, namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten;
- prof.dr. L. Mathus-Vliegen, MDL-arts, AMC Amsterdam;
- B. Wieman, diëtist Careyn Utrecht en diverse huisartsenpraktijken/gezondheidscentra in Utrecht;
- T. Dapper, huisarts in Tienhoven en Universiteit Wageningen;

- A. Konsten, psycholoog praktijkcentrum De Greev;
- D. Koetsier, huisarts in Amsterdam en kaderhuisarts hart- en vaatziekten;
- P.G.J. Greeven, klinisch psycholoog;
- Mulder, praktijkverpleegkundige, Gezondheidscentrum Marne in Amstelveen;
- J. de Jong, longverpleegkundige, bestuurslid Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Longverpleegkundigen,
- W. Buesink, longconsulent, Zorggroep Oude IJssel;
- L. Schweitzer, manager 1<sup>e</sup> lijn en preventie, Arkin in Amsterdam.

Naamsvermelding hierboven betekent niet dat een referent de modules inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

In het voorjaar van 2015 werden de NHG-Zorgmodules Leefstijl bestuurlijk goedgekeurd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en werd een verklaring van geen bezwaar gegeven door alle organisaties die vertegenwoordigd waren in de kernwerkgroep te weten:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP, fusievereniging van de Nederlandse Vereniging Voor Psychotherapeuten (NVVP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen LVE))
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), sectie verslaving
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

# Bijlage 1. Man-vrouwverschillen in leefstijl

Bij de Tweede Nationale Studie is aan 5% van de patiënten (n = 19.685) van de deelnemende huisartsenpraktijken gevraagd om deel te nemen aan een interview over gezondheid. De respons was 64,5%.

Vrijwel alle risicofactoren betreffende leefstijl komen meer voor bij mannen (zie [tabel 1]). Vrouwen consulteren de huisarts vaker dan mannen (zie [tabel 2]). Mannen die roken consulteren de huisarts minder vaak dan mannen die niet roken (jaarlijks 3,08 keer bij rokende mannen; 4,28 keer bij niet-rokende mannen. Bij vrouwen geldt het omgekeerde (6,26 keer bij rokende vrouwen; 5,74 keer bij niet-rokende vrouwen).<sup>1</sup>

Er zijn verschillende aangrijpingsmomenten om leefstijlfactoren bij jonge vrouwen aan te kaarten:<sup>2</sup>

- gebruik van anticonceptiva;
- preconceptieadvies;
- zwangerschap.

Een goed aangrijpingsmoment bij vrouwen ouder dan 30 jaar is baarmoederhalsscreening; bij oudere mannen en vrouwen is dat multimorbiditeit en de daarmee samenhangende polyfarmacie.

**Tabel 1 Percentage risicofactoren naar geslacht in drie leeftijdsgroepen<sup>1</sup>**

Leeftijdsgroep	Risicofactor	Mannen (%)	Vrouwen (%)
<b>Jong (8-22 jaar)</b>  Man: 47% (n = 263, gemiddelde leeftijd 20,13 jaar) Vrouw: 53% (n = 292, gemiddelde leeftijd 19,76 jaar)	Roken	42	33
	Alcoholmisbruik*	11	5
	Overmatig alcoholgebruik*	25	6
	Onvoldoende beweging	41	43
	Overgewicht	17	13
<b>Middelbaar (45-49 jaar)</b>  Man: 43% (n = 437, gemiddelde leeftijd 46,97 jaar) Vrouw: 57% (n = 568, gemiddelde leeftijd 46,99 jaar)	Roken	41	37
	Alcoholmisbruik*	12	7
	Overmatig alcoholgebruik*	16	11
	Onvoldoende beweging	43	37
	Overgewicht	57	40
<b>Oud (70-74 jaar)</b>  Man: 43% (n = 229, gemiddelde leeftijd 71,98 jaar) Vrouw: 57% (n = 307, gemiddelde leeftijd 71,89 jaar)	Roken	24	14
	Alcoholmisbruik*	4	0
	Overmatig alcoholgebruik*	8	3
	Onvoldoende beweging	37	54
	Overgewicht	60	61

\*Alcoholmisbruik:  $\geq 2$  positieve antwoorden op de CAGE-vragenlijst; overmatig alcoholgebruik:  $> 21$  alcoholconsumpties per week bij mannen en  $> 14$  alcoholconsumpties per week bij vrouwen

**Tabel 2 Percentage mannen en vrouwen dat de huisarts consulteert naar leeftijdsgroep<sup>1</sup>**

Leeftijdsgroep	Consultatie huisarts $\geq 1$ keer per jaar		Consultatiefrequentie per jaar	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
<b>Jong (8-22 jaar)</b>	60 (n = 161)	82 (n = 244)	1.8	4.0
<b>Middelbaar (45-49 jaar)</b>	72 (n = 316)	83 (n = 473)	3.3	5.0
<b>Oud (70-74 jaar)</b>	82 (n = 191)	87 (n = 273)	5.8	8.6

## Literatuur

1. Vos HMM, Schellevis FG, Van den Berkmortel H, Van den Heuvel LGAM, Bor HHJ, Lagro-Jansen ALM. Does prevention of risk behaviour in primary care require a gender specific approach? *Fam Pract* 2013;30:179-84.
2. Vos HMM. Risk factors in women's health in different stages of life [dissertation]. Den Haag: Uitgeverij Vera, 2014.

# Bijlage 2. Motiverende gespreksvoering

## Nascholing

Het goed inzetten van motiverende gespreksvoering vergt training. Een mogelijke nascholing is:

- NHG-cursussen *Motiverende gespreksvoering* voor huisarts en praktijkondersteuners (één tot vijf dagdelen, algemeen en gericht op overmatig alcoholgebruik).

Het NHG biedt overigens ook een Leergang *Zelfmanagement* aan (vier dagdelen).

Zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org) > scholing voor meer informatie.

## Informatie op internet

- Motiverende gespreksvoering (een degelijk inleidend artikel): <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/44474-motiverende-gespreksvoering-motivational-interviewing-mi.html#wat-is-motiverende-gespreksvoering>
- Cora Bartelink. Motiverende gespreksvoering (een artikel over een literatuuronderzoek naar de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering): [http://www.nji.nl/nl/%28311053%29-nji-dossierDownloads-Watwerkt\\_Motiverendegespreksvoering.pdf](http://www.nji.nl/nl/%28311053%29-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf)
- Sergio van der Pluijm. Makkelijk mensen motiveren door motiverende gespreksvoering (een kort informatief artikel over meerdere toepassingsgebieden): <http://www.menscentraal.nl/tag/motiverende-gespreksvoering/>

## Boeken over motiverende gespreksvoering

- Miller WR en Rollnick S. *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen*. Derde editie. Gorincem: Ekklesia, 2014.
- Rollnick S, Miller WR en Butler CC. *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt*. Gorincem: Ekklesia, 2014.
- Pauline Dekker, Wanda de Kanter. *Motiveren kun je leren. Gidsen naar gezond gedrag, hét handboek voor hulpverleners*. Amsterdam: Thoeris, 2010.

# Bijlage 3. Zelfmanagement

## Ondersteuning bij zelfmanagement

De zorgverlener die de patiënt wil ondersteunen bij diens zelfmanagement, zet ‘de vijf A’s’ in:

- *Achterhalen.* Inventariseer en exploreer de ervaringen van de patiënt met zijn ziekte(n) en de behandeling, maar ook diens kennis, verwachtingen, overtuigingen en het omgaan met de ziekte en de gevolgen daarvan. Voorbeeldvragen uit de Zorgmodule Zelfmanagement zijn:<sup>1</sup>
  - Wat vindt u belangrijk in het leven? Wat staat op dit moment voorop?
  - Wat betekent de ziekte voor u? En voor uw omgeving, werk en sociale activiteiten?
  - Hoe gaat u op dit moment om met de eisen die de ziekte aan u stelt (bijvoorbeeld de medicatie-inname)?
  - Kunt u doen wat voor u belangrijk is? Zo nee, wat zijn dan uw belemmeringen?
  - Wat wilt u graag aanpakken? Staat u open voor verandering?Werk desgewenst met het SCEGS-model.<sup>2</sup>
- *Adviseren.* Informeer de patiënt en sluit hierbij aan bij de informatie die bij het *Achterhalen* naar voren is gekomen. Geef zo nodig informatie die vanuit medisch oogpunt belangrijk is.
- *Afspreken.* Bepaal doelen en benoem acties. Doelen moeten antwoord geven op vragen als: ‘Wat wilt u bereiken?’ en ‘Waarom is dat belangrijk voor u?’. Ook moeten doelen motiverend zijn voor de patiënt en houvast bieden om momenten dat het moeilijk gaat (weten waarvoor je het doet). Formuleer acties concreet en in gedragstermen: ‘Wat gaat u precies doen?’ Vaak zijn er meerdere opties om het gewenste doel te bereiken.
- *Assisteren.* Bied ondersteuning bij het uitvoeren van de afgesproken acties. Maak hierbij desgewenst gebruik van technieken uit *Problem solving treatment*: anticipeer op mogelijke problemen bij de uitvoering, bedenk hier oplossingen voor en schakel zo nodig hulp in. Er zijn sterke aanwijzingen dat vertrouwen in het eigen vermogen om bepaalde doelen te bereiken in grote mate het succes van zelfmanagement bepaalt. Dit zelfvertrouwen kan worden versterkt door:<sup>3</sup>
  - Versterking van de vaardigheid om in actie te komen. Betrek de patiënt actief bij de gedragsverandering en het maken van actieplannen. Laat de patiënt zelf specifieke acties formuleren, bijvoorbeeld: ‘Komende dinsdag en donderdag loop ik voor de lunch het park rond.’ Vraag vervolgens hoe zeker de patiënt op een schaal van 0-10 is dat hij het plan volbrengt. Is de score lager dan een 7, maak dan gebruik van *problem solving* technieken of stel het plan bij.
  - Keuze van een rolmodel. Laat de patiënt een succesvol rolmodel kiezen dat voor hemzelf herkenbaar is; bijvoorbeeld bij migranten een rolmodel uit hetzelfde land van herkomst en van hetzelfde geslacht. Maak gebruik van filmpjes, training door ervaren medepatiënten en groepsessies waarin onderlinge steun is te vinden.
  - Herinterpretatie van symptomen. Help de patiënt andere verklaringen voor zijn klachten te vinden; dit kan helpen bij het uitproberen van alternatief gedrag. Als bijvoorbeeld een patiënt ziet dat vermoeidheid ook kan komen door een slechte conditie, is hij meer geneigd om in beweging te komen.
  - Gevoeligheid voor de ‘groepsnorm’. Als een patiënt een groepsbewegingsprogramma volgt en ziet dat anderen positieve effecten bemerken, zal de neiging groter zijn om zelf ook meer te gaan bewegen.
- *Arrangeren.* Spreek met de patiënt af wie wat gaat doen, inclusief andere zorgprofessionals. Hoe (telefonisch, e-mail, consult) wordt teruggekomen op de acties en wanneer wordt geëvalueerd of de doelen zijn bereikt?



## Zelfmanagementvaardigheden van de patiënt<sup>3</sup>

Om een goede zorgverlener voor zichzelf te zijn, oftewel een goede zelfmanager, heeft de patiënt enkele vaardigheden nodig:

- Probleemoplossend vermogen.
- Besluitvaardigheid. Kan de patiënt beslissingen nemen? Bijvoorbeeld een hartpatiënt die zich afvraagt hoe zwaar hij zich mag inspannen bij het hardlopen.
- Inzet van hulpbronnen. Weet de patiënt bijvoorbeeld de weg te vinden naar lotgenoten en patiëntenverenigingen? Kan hij betrouwbare informatiebronnen op internet en gemeentelijke voorzieningen raadplegen?
- Vormgeven aan de relatie met de zorgverlener. Idealiter is er sprake van een samenwerkingsrelatie. Kan de patiënt goed aangeven welke problemen hij tegenkomt bij zijn zelfmanagement? Bied ondersteuning door informeren, superviseren en coachen.
- Actievaardigheid. Kan de patiënt de stap maken van intenties naar uitvoering? Bied ondersteuning door samen met de patiënt actieplannen te maken.
- 'Self tailoring'. Kan de patiënt zijn gedrag aanpassen en zijn zelfmanagementvaardigheden flexibel inzetten als de omstandigheden dat vragen?

## Aansluiten bij de patiënt

Voor de motivatie tot gedragsverandering en het aanleren van de benodigde zelfmanagementvaardigheden is het van belang dat de zorgverlener:

- aansluit bij de problemen die de patiënt ervaart;
- aansluit bij de doelen die de patiënt wil bereiken.

De doelstellingen van de zorg worden vaak vanuit de (medische) optiek van de zorgverlener bepaald. De problemen van een patiënt met diabetes zijn bijvoorbeeld zijn hoge bloedsuiker, overgewicht en te hoge bloeddruk, waardoor hij risico's heeft op diabetische complicaties en hart- en vaatziekten. Om die tegen te gaan is de zorg meestal gericht op het omlaagbrengen van bloedsuiker, gewicht en bloeddruk.

Dit sluit vaak niet goed aan bij de problemen die de patiënt ervaart; die moet bijvoorbeeld vaak naar het toilet, of hij heeft last van schaamte en minderwaardigheidsgevoelens of problemen met bewegen. De patiënt heeft dus veeleer sociaal-maatschappelijke en emotionele problemen en zal gemakkelijker gemotiveerd raken als de zorgprofessional daarbij kan aansluiten.

Als de problemen die de patiënt ervaart en de medische problemen die de zorgprofessional constateert niet overeenstemmen en ook niet op één lijn te brengen zijn na het informeren van de patiënt, zal het voor de zorgverlener altijd de vraag moeten zijn waar dat dan in zit. Ervan uitgaande dat vrijwel niemand zijn gezondheid moedwillig schaadt, moeten er mechanismes zijn waardoor de patiënt in zijn ongezonde gedrag volhardt. Het is aan de zorgprofessional die mechanismes op te sporen, bijvoorbeeld met behulp van motiverende gesprekstechnieken.

## Literatuur

1. Zorgmodule Zelfmanagement.  
<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zorgmodule-zelfmanagement-1-0.pdf>
2. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.
3. Lorig KR, Halsted PH, Holman R. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. Ann Behav Med 2003;26(1):1-7.

## Bijlage 4. Leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden

Let bij de leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden op onderbeschreven aspecten.

### *Achtergrond en referentiekader van de patiënt*

Zorg dat u (enigszins) bekend bent met de etnische en sociaal-economische achtergrond en het referentiekader van de patiënt. Denk daarbij aan:

- kennis van de Nederlandse taal;
- opleiding;
- kennis of gedachten over de eigen ziekte of risicofactoren;
- de invloed van de sociale omgeving (wat weet en denkt de familie ervan?);
- het dagelijkse voedings- en bewegingspatroon.

### *Afstemming van de communicatie*

Pas bij laaggeletterden uw taalgebruik aan:

- spreek in korte zinnen;
- gebruik geen beeldspraak;
- maak gebruik van illustraties;
- breng niet meer dan drie boodschappen in een consult;
- vraag de patiënt te herhalen wat u heeft gezegd.

Overweeg bij migranten of inschakeling van een tolk nodig is (zie *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*. [http://www.pharos.nl/documents/doc/kwaliteitsnorm\\_tolkgebruik-.pdf](http://www.pharos.nl/documents/doc/kwaliteitsnorm_tolkgebruik-.pdf)).

### *Aanpassing aan de leefwereld van de patiënt*

Probeer zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij de leefwereld van de patiënt:

- stem uw adviezen af op de mogelijkheden van de patiënt;
- formuleer uw adviezen zo praktisch mogelijk, bijvoorbeeld: 'wandelen elke dag na het avondeten een halfuur; dat is het hele park rond.'

### *Patiëntgericht werken*

Stem uw werkwijze af op de individuele patiënt (zoals bedoeld in het Individueel zorgplan):

- besteed veel tijd aan het bespreken van hetgeen de patiënt belangrijk vindt, wat deze wel en niet wil aanpakken en welke belemmeringen er zijn bij het opvolgen van de leefstijladviezen;
- geef positieve bekrachtiging, ook als het om heel kleine stapjes voorwaarts gaat.

### *Organisatie van groepsbijeenkomsten*

Organiseer groepsbijeenkomsten waarin patiënten bijvoorbeeld samen kunnen bewegen en koken, en waarin zij voorlichting krijgen over een gezonde leefstijl.

### **Handige websites**

Op onderstaande websites is goede aanvullende informatie te vinden:

- <http://www.huisarts-migrant.nl/index.php/gezondheidsvaardigheden-laaggeletterden-analfabetisme/> (informatie voor een betere herkenning van het niveau van geletterdheid).
- <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/gezondheidsvaardigheden> (praktische tips voor het omgaan met laaggeletterdheid en geringe leefstijlvaardigheden).
- LHV Toolkit Laaggeletterdheid. LHV/NHG/Pharos 2011. <https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid> (voorlichtingsmaterialen waaronder folders over bewegen, voeding en roken in het Turks, Papiament en Arabisch).

- <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/gezondheidsvaardigheden/toolkit> (een overzicht van hulpmaterialen die kunnen worden ingezet bij patiënten met beperkte leefstijlvaardigheden).
- <http://www.huisarts-migrant.nl/index.php/taalbarriere-anderstaligen-op-uw-spreekuur/> (informatie over de communicatie met anderstaligen).

### **Verdere verdieping**

Meer informatie over de leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden is te vinden in de publicaties:

- Communicatietips beperkte gezondheidsvaardigheden. Vilans, 2013.
- Oosterberg E, Bakx J, Van Bommel H, Elbrink S. Visueel voorlichtingsmateriaal voor laaggeletterden. Tijdschrift voor praktijkondersteuning 2012;6:150-4.

Het NHG biedt een Masterclass Achterstandswijken aan van vier tot acht dagdelen: [www.nhg.org](http://www.nhg.org) > scholing.

## Bijlage 5. Bewegingsnormen

### Nederlandse Norm Goed Bewegen (NNGB):

- *Volwassenen (19-55 jaar)*: dagelijks (zomer en winter) minstens een halfuur minimaal matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal 5 dagen per week. Matig intensief betekent voor volwassen bijvoorbeeld stevig wandelen (5 km per uur) of fietsen (15 km per uur).
- *Ouderen (55+)*: een halfuur matig intensief bewegen op minimaal 5 maar liefst 7 dagen per week. Matig intensief betekent voor ouderen bijvoorbeeld wandelen (3-4 km per uur) of fietsen (10 km per uur).

### *Krachtenorm:*

Alleen van toepassing op ouderen (55+): minimaal 2 keer per week krachtoefeningen.

### *Fitnorm:*

Van toepassing op alle leeftijdscategorieën: ten minste 3 keer per week gedurende minimaal 20 minuten intensieve activiteit teneinde de cardiovasculaire conditie op peil te houden.

### *Combinorm:*

Iemand voldoet aan de combinorm als hij ten minste voldoet aan óf de NNGB óf de Fitnorm. Deze combinorm is meestal het uitgangspunt van het beleid.

### *Inactiviteit:*

Van toepassing op volwassenen (18+): niet voldoende actief (minstens 30 minuten matig intensieve lichamelijke activiteit) op geen enkele dag per week.

### Nederlandse Richtlijn Gezond Bewegen (NRGB)

De NNGB maakt op niet al te lange termijn plaats voor de NRGB, die veel zal lijken op de huidige combinorm. Veranderingen ten opzichte van de huidige NNGB zijn:

- Er komt één norm voor volwassenen inclusief ouderen, plus een aparte norm voor jeugdigen.
- Het accent verschuift naar zwaar intensieve beweging.
- Er komt meer aansluiting bij de internationale normen.
- Een richtlijn wordt toegevoegd over spierversterking gekoppeld aan beweging
- Een richtlijn wordt toegevoegd over het beperken van langdurig zitten en het daartoe inbouwen van korte beweegmomenten.

### Meer informatie

Op onderstaande website zijn de actuele beweegnormen te vinden:

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/normen-van-lichamelijke-in-activiteit/>

## **Bijlage 6. Migranten en bewegen**

Uit diepte-interviews (n = 33) met Amsterdamse vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst komt naar voren:

- Lichamelijke activiteit wordt vooral geassocieerd met sport en niet zo snel met dagelijkse activiteiten als traplopen.
- Sommige vrouwen van de eerste generatie zijn nooit naar school geweest, hebben nooit gymles gehad. Zij hebben dan ook weinig motorische vaardigheden en daardoor geen plezier in bewegen. Het is moeilijk voor hen geschikte activiteiten te vinden.
- Verwijzing door de huisarts geeft legitimatie aan sportbeoefening.

### **Literatuur**

Van 't Riet H, Dijkshoorn H, Corstjens R, Berkhouwer L. Gezonde leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 40 jaar. GG&GD Amsterdam, cluster EDG: Drukkerij De Bij, 2005.

# Bijlage 7. Roken door personen met een lage SES

## Ongunstige factoren

Bij mensen met een lage sociaal-economische status (SES) beïnvloeden de volgende factoren het stoppen met roken in negatieve zin:

- *Attitude*: roken wordt vaak gezien als een van de weinige pleziertjes in het leven en als mechanisme om met stress om te gaan. De gezondheidsrisico's kent men wel, maar die beïnvloeden nauwelijks de intentie om te stoppen.
- *Sociale invloed*: roken is een belangrijk onderdeel van de sociale interacties en geldt als norm. Er heerst geen stoppen-met-rokencultuur en er zijn weinig voorbeelden van succesvolle stoppers. Er is geen sociale steun bij stoppen, eerder tegenwerking en isolement.
- *Zelfeffectiviteit*: de zelfeffectiviteit bij en de intentie tot stoppen met roken zijn gering. Er is neiging tot uitstel van het stoppen tot een niet nader bepaald moment in de toekomst, maar er is weinig vertrouwen dit moment ooit te bereiken. Stoppen gebeurt vaak niet-gepland en het terugvalpercentage is hoog.

## Rol van de zorgverlener

De zorgverlener kan inspelen op het belang van de sociale invloed:

- Bij verschillende migrantengroepen heeft individueel stoppen de voorkeur boven het stoppen in groepen. De familie hoeft er dan niet van te weten en er is geen gezichtsverlies als het niet lukt.

Het geven van telefonische ondersteuning bij gebrek aan sociale steun uit de directe omgeving .

- De Ramadan kan voor moslims een goede aanleiding vormen om te stoppen.
- Nadruk op het meerroken door kinderen kan binnen gezinnen wellicht de sociale norm beïnvloeden.

## Literatuur

Stivoro en NIGZ. Waar roken nog de norm is. Samenvatting van review naar bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en allochtonen op lokaal niveau. Den Haag/Woerden: Libertas Grafische Communicatie, 2005.

## Bijlage 8. Kwaliteitsregister Stoppen met roken

Veel zorgverzekeraars hanteren opname in het Kwaliteitsregister Stoppen met roken als voorwaarde voor contractering van zorgverleners die stoppen-met-rokenprogramma's aanbieden. Het register geldt niet voor de advisering en motivering die behoren tot de reguliere huisartsenzorg.

Het Kwaliteitsregister (zie <http://www.partnershipstopmetroken.nl/kwaliteitsregister/>) is ontwikkeld door het *Partnership Stop met Roken* en is gebaseerd op de Zorgmodule *Stoppen met Roken*.

Het Kwaliteitsregister stelt de volgende voorwaarden aan zorgverleners:

- kennis van de epidemiologie van roken;
- kennis van verslavingsgedrag bij roken;
- kennis van de gezondheidsrisico's van roken;
- kennis van effectieve stoppen-met-rokeninterventies (gedragmatig en farmacologisch) en het kunnen doorverwijzen in verband met de medicatie;
- kennis van het regionale aanbod;
- kennis van preventiemaatregelen, zoals het op de hoogte zijn van actualiteiten over stoppen met roken;
- het goed kunnen interpreteren van signalen van comorbiditeit en zo nodig doorverwijzen;
- het kunnen signaleren van psychische en lichamelijke comorbiditeit met mogelijke consequenties voor het stoppen met roken (bijvoorbeeld doorverwijzen);
- vaardigheid in de begeleiding van stoppen met roken volgens een of meer methoden die effectief zijn bevonden in de CBO-richtlijn *Behandeling van tabaksverslaving*;
- bij farmacologische ondersteuning: kennis van de werking van de medicatie en mogelijkheden tot verwijzing bij complicaties;
- ervaring met het geven van stoppen-met-rokenbehandelingen;
- vaardigheid in het intercollegiaal communiceren.

Voor opname in het Kwaliteitsregister moet een zorgverlener gerichte scholing hebben gevolgd en een erkende stoppen-met-rokenbegeleiding hebben uitgevoerd. Erkende nascholingen zijn de NHG-cursus én -vervolgcursus *Starten met stoppen*.

## Bijlage 9. Migranten en voeding

De voedingsgewoonten van migranten zijn op enkele punten gezonder dan die van Nederlanders, zo blijkt uit een aantal kleinschalige onderzoeken. Migrantten eten bijvoorbeeld vaker groente en fruit. Ongunstig daarentegen zijn een overmatig vetgebruik en onregelmatige eetpatronen waarbij het ontbijt vaak wordt overgeslagen.<sup>1</sup>

De sociale waarde van maaltijden speelt een belangrijke rol bij voedingspatronen. Gastvrijheid betekent voor Turkse en Marokkaanse families vooral het aanbieden van voldoende voedsel.<sup>1</sup> Het is moeilijk om zich 'anders' dan de sociale omgeving te gedragen, zoals bij het volgen van een dieet. Mensen ervaren dan weinig sociale steun en zijn bang voor geroddel.<sup>2</sup>

Uit diepte-interviews (n = 33) met Amsterdamse vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst kwam naar voren:<sup>3</sup>

- De algemene kenmerken van een gezond voedingspatroon zijn bekend: niet te vet en niet te zoet. De praktische kennis om dit toe te passen ontbreekt echter. Veel vrouwen willen de bereidingswijze van traditionele gerechten niet veranderen vanwege de smaak. De wensen van andere gezinsleden spelen daarbij een belangrijke rol.
- Er is weinig kennis over het menselijk lichaam en gezondheid. De vrouwen hebben vaak weinig zelfvertrouwen en zijn zich onvoldoende bewust van de relatie tussen leefgewoonten en gezondheid.
- Het gevoel geen invloed te kunnen uitoefenen op de eigen gezondheid draagt bij aan de hoge prevalentie van overgewicht. Deel van de vrouwen wijt het overgewicht aan externe oorzaken en schuift de verantwoordelijkheid voor gedragsverandering af naar de zorgverlener, of gebruikt smoesjes om het gedrag niet te hoeven veranderen.
- Veel vrouwen eten vanwege psychische problemen en om emotionele redenen. Gewichtstoename heeft een negatieve impact op hun gevoel van eigenwaarde, wat weer tot meer eten leidt.

### Literatuur

1. Nicolau M, Nierkens V, Middelkoop BJC. Culturele diversiteit in voeding en overgewicht. Ned Tijdschr Geneesknd 2013;157:A5807.
2. Jansen YJFM, Uitewaal PJM, Wijsman-Grootendorst A, Geelhoed-Duijvestijn PHLM. Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leefstijladviezen door allochtone diabetici. Ned Tijdschr Geneesknd 2011;155:A3117.
3. Van 't Riet H, Dijkshoorn H, Corstjens R, Berkouwer L. Gezonde leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar. GG&GD Amsterdam, cluster EDG: Drukkerij De Bij, 2005.