



BEELD: M. VAN NUNEN

PROFESSIONELE GEZELLIGHEID

Ontspannen groepsbijeenkomsten om leefstijl te beïnvloeden

‘Wie heeft er nog iets leuks te vertellen?’, zo begint de praktijkondersteuner de groepsbijeenkomst voor diabetespatiënten. Over die openingszin is nagedacht. De bijeenkomsten moeten positief, interactief en gezellig zijn. Precies het tegenovergestelde van wat de meeste voorlichting tot nog toe was.

MARTIJN VAN NUNEN

Het Academisch Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord heeft een lange traditie in de zorg voor diabetespatiënten. Begin jaren zeventig was Jaap Berkhout een van de eerste huisartsen in Nederland die in de eerste lijn structureel en systematisch diabeteszorg ging leveren. Berkhout zag direct dat de huisarts dat niet alleen kon: vanaf het begin was er dan ook samenwerking met de wijkverpleegkundige en de diëtiste. De diabeteszorg werd geconcentreerd in het consultatiebureau. Patiënten zaten centraal in de boxenruimte; in de drie spreekkamers eromheen hielden wijkverpleegkundige, huisarts en diëtiste hun consulten. Daar gingen de patiënten dus een voor een naar binnen om vervolgens in de centrale ruimte te wachten op het volgende consult.

Bij de projectevaluatie kwam het wachten in die ruimte - waar diabetespatiënten bij elkaar zaten - ongevraagd als beste uit de evaluatie. Het was er gezellig. De patiënten hadden daar geen diabetes, maar alleen ‘een beetje suiker’.

De gezelligheid, daar gingen we destijds aan voorbij: dat was niet professioneel.

ANKERPUNTEN

Vanaf de jaren zeventig wordt voortdurend gezocht naar en geëxperimenteerd met wat de beste behandeling en begeleiding van diabetespatiënten zou kunnen zijn. Het is steeds duidelijker dat als de dokter een groot deel van de behandeling en verantwoordelijkheid overneemt, het gewicht en het HbA1c van de patiënt meestal stijgt.

Met de komst van de computer zijn alle risicofactoren beter geïnventariseerd. Het verloop in de tijd is nu makkelijk zichtbaar te maken. Ook laten praktijk en literatuur zien hoe belangrijk leefstijlveranderingen voor diabetespatiënten zijn. Inmiddels heeft vrijwel elke diabetespatiënt een gedigitaliseerd risicoprofiel en worden bij alle patiënten jaarlijks de ogen gecontroleerd, de buikomvang gemeten en de kreatinineklaring berekend. Diabetespatiënten krijgen medicamenteus maatwerk: ieder heeft zijn eigen statine, het starten met ACE-remmers

SAMENVATTING

- *Het veranderen van leefstijlfactoren is moeilijk, maar voor risicopatiënten als diabetespatiënten wel zeer belangrijk.*
- *Het Academisch Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord deed een pilot om het rendement van de voorlichting aan diabetespatiënten te verbeteren.*
- *Kern hiervan was dat groepsvoorlichting gericht op het veranderen van leefstijlfactoren beter werkt dan individuele voorlichting, mits er sprake is van een multidisciplinaire en integrale aanpak.*
- *Groepsbijeenkomsten werken beter als de sfeer goed en ontspannen is.*

begint op tijd en zo nodig wordt begonnen met insuline.

En tóch gaat het vaak niet goed. Belangrijk en gewenst gedrag als gezond eten, afvallen, voldoende bewegen en stoppen met roken zijn namelijk veel meer dan leefstijlveranderingen. Het zijn de ankerpunten in diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement. Maar hoe krijg je patiënten zo ver?

SCHOOLS

In samenwerking met de afdeling Gezondheidsvoorlichting (GVO) van de universiteit Maastricht en in het kader van EuroAction, een groot Europees interventieonderzoek, zijn de praktijkondersteuners van Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord in september 2004 getraind in het geven van voorlichting. Het stoppen-met-rokenprogramma is geïmplementeerd en *motivational interviewing* deed haar intrede. Het succes was beperkt. Ook telefonische reminders en positieve feedback hadden maar beperkt resultaat. Tegelijkertijd werd de groep risicopatiënten groter: in 2003 telde de praktijk 398 diabetespatiënten (prevalentie: 5,5 procent); in 2005 waren dat er 522 (prevalentie: 7,1 procent).

Het kon voorkomen dat een praktijkondersteuner op een ochtend zes keer hetzelfde voorlichtingsverhaal vertelde.

Leren hoe je verantwoord kunt meedoen aan het buffet van je schoondochter

Ook werd de individuele voorlichting van praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, huisarts en diëtiste ervaren als saai, belerend en betuttelend. 'Je doet het nooit goed', was de verzuchting van een diabetespatiënt die al maanden haar best deed en nog steeds niets voldeed aan de standaard.

Dat moest anders. Er was een beter antwoord nodig op de toenemende behoefte aan geïntegreerde zorg voor mensen met chronische aandoeningen, waarbij leefstijl een rol speelt.

In september 2004 is gestart met groepsvoorlichting: klassikaal, schools en uiteindelijk weinig effectief. De ervaringen elders waren min of meer gelijk. Multidisciplinaire groepstherapieën waren niet bekend. Door goed te luisteren naar de patiënten en te kijken wat er in de GVO-literatuur bekend is, zijn we

tot het idee gekomen dat bij diabetespatiënten multidisciplinaire, integrale, interactieve groepsbijeenkomsten die ook nog gezellig zijn, waarschijnlijk het best zullen werken.

GEMOEDELIJK

Gezelligheid is van belang omdat een goede sfeer in de groep motiverend en inspirerend kan werken. In ons gezondheidscentrum is in oktober 2005 een pilot gestart om te zien of het werkt. De patiënten zijn geselecteerd uit de eigen populatie en moesten meer dan drie risicofactoren hebben: overgewicht, een slecht dieet en weinig bewegen scoren hoog.

Met deze patiënten zijn groepsbijeenkomsten belegd, aangestuurd door een diëtiste en een praktijkondersteuner en telkens gevolgd door een beweegprogramma. Dit vindt plaats in de fysiotherapie ruimte van het gezondheidscentrum, zodat aan het eind van de bijeenkomst het praten naadloos kan overlopen in bewegen. Zo nodig geeft de fysiotherapeut advies.

De bijeenkomsten lijken gemoedelijk en ongestructureerd, maar inhoudelijk is op een systematische wijze aandacht besteed aan alle aspecten die bij diabeteszorg van belang zijn; goede voorlichting met betrekking tot hygiëne

(vooral de voeten), gezonde voeding, bewegen, stoppen met roken, alcoholconsumptie et cetera.

TIPS EN TRUCS

De groepsinteractie werkt stimulerend: deelnemers vertellen over hun successen en teleurstellingen en wisselen tips en trucs uit: hoe je verantwoord kunt meedoen aan het buffet van je schoondochter, dat kersenvlaai minder 'erg' is dan paté en dat iemand weer op woensdagmiddag durft te gaan kienen, omdat ze niet meer elke traktatie hoeft af te slaan ('ik hoor er weer bij').

De meeste deelnemers waren verrast over wat er allemaal 'mocht': de diëtiste bleek lang niet zo streng als men aanvankelijk dacht en de praktijkondersteuner was van alle markten thuis. De bijeenkomsten werden gezelliger:

patiënten brachten 'verantwoorde' taart mee voor bij de koffie, de kilo's gingen eraf en de stappentellers gaven meer verrichte arbeid aan. Alle deelnemers deden hun best om onder leiding van de fysiotherapeut op een verantwoorde manier gezond te bewegen. In overleg met de therapeut bepaalde elke deelnemer zijn eigen huiswerk.

De pilot is geslaagd: multidisciplinaire interactieve groepsbijeenkomsten voor diabetici, gericht op het veranderen van leefstijl, werken dus. Natuurlijk is er het besef dat dit een experimentele situatie was. Systematisch onderzoek is nodig zijn om deze aanpak beter te onderbouwen, maar vooralsnog lijkt het alleszins een betere weg dan de individuele aanpak of de monodisciplinaire groepsvoorlichting die tot voor kort bij het gezondheidscentrum werd gegeven. En de kosten-batenanalyse is duidelijk: de kosten voor een groepsbijeenkomst van tien personen zijn lager dan wanneer iedereen telkens bij drie hulpverleners een individueel consult heeft. Ziektekostenverzekeraar CZ heeft al laten weten zeker geïnteresseerd te zijn. ■

drs. M. van Nunen,
huisarts, Academisch Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord

Correspondentieadres: m.vannunen@hag.unimaas.nl,
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.