

# KAMG

Voor artsen Maatschappij + Gezondheid



## Leefstijl bespreken in de dagelijkse praktijk

Verkennde studie naar attitudes, motivaties en behoeften  
van zorgverleners werkzaam in de curatieve zorg

# Management samenvatting

## Aanleiding voor dit rapport

Een van de afspraken van het 2022 Integraal Zorg Akkoord (IZA) is de inzet op gezonde leefstijl integraal onderdeel uit laten maken van de reguliere zorg.<sup>1</sup> Het is belangrijk om te weten wat zorgverleners nodig hebben om dit doel realiteit te maken. Om die reden is in opdracht van team Praktijk Implementatie en Kwaliteit (onderdeel van de Coalitie Leefstijl in de Zorg) dit verkennend onderzoek uitgevoerd met het doel een antwoord te geven op de vraag: *“Wat zijn de attitudes, motivaties en behoeften van zorgverleners in de curatieve zorg ten aanzien van het bespreken van leefstijl met patiënten in de dagelijkse praktijk”*.

In het onderzoek zijn online semigestructureerde interviews gehouden met 14 tweede-/derdelijns verpleegkundigen en 15 eerstelijns fysiotherapeuten. Daarnaast zijn 25 eerder afgenomen interviews met derdelijns medisch specialisten geheranalyseerd. Uit deze analyse kwamen de volgende inzichten naar voren:



## Cognitieve overtuigingen van de geïnterviewde zorgverleners over het bespreken van leefstijl:

- + Overtuiging over **effecten op de lange termijn, relevantie en noodzaak** en gevoel van **verantwoordelijkheid** die het wel of niet bespreken van leefstijl beïnvloeden.
  - Behoeft: Meer aandacht voor leefstijl in extern beleid en richtlijnen.
- + **Samenwerking met externe partners** wordt van belang geacht, waarbij er wel onzekerheid is of iets opgepakt wordt en of de doorverwijzing van goede kwaliteit is.
  - Behoeft: Interdisciplinaire samenwerking omtrent leefstijl
- + Bespreken van leefstijl wordt als moeilijker ervaren wanneer: de **patiënt niet gemotiveerd** is, de **verwachtingen van de patiënt** anders zijn, of als er geen **vertrouwensband** is.
- + Professionals willen rekening houden met patiëntverschillen, zoals **patiëntkenmerken**, leefstijl **kennis van de patiënt**, en **financiële mogelijkheden** van de patiënt.
  - Behoeft: Informatiematerialen over leefstijl die zorgverleners aan patiënten mee kunnen geven.

## Emoties van de geïnterviewde zorgverleners bij het bespreken van leefstijl:

- + Angst dat het als **bemoeienis of beschuldigend** over komt waardoor de **zorgrelatie** beschadigd raakt.
- + Het levert **plezier** op als patiënten het gesprek over leefstijl waarderen en als het verbeteringen oplevert.

## Ervaren controle van de geïnterviewde zorgverleners over contextfactoren en zelfeffectiviteit:

- + **Gebrek aan tijd** werd genoemd als de grootste factor om leefstijl niet te bespreken; andere zaken krijgen prioriteit.
- + **Intern beleid** en een geprotocolleerde werkwijze werd gemist.
  - Behoeft: Leefstijlgesprekken als vast onderdeel van het interne beleid.
  - Behoeft: Uniforme registratie van leefstijldomeinen in het EPD.
- + Mening dat er **geen financiering** vanuit de basisverzekering beschikbaar is voor het uitgebreidere gesprek over leefstijl.
  - Behoeft: Financiële prikkels om leefstijl te bespreken tijdens een consult.
- + Kennis en vaardigheden voor het bespreken van leefstijl werden als nog onvoldoende ervaren.
- + Ontbreken van een **overzicht van mogelijke doorverwijsopties**.
  - Behoeft: Meer informatie voor zorgverleners over de relatie tussen leefstijl en klachten.
  - Behoeft: Overzicht van beschikbare doorverwijsopties.
  - Behoeft: Meer aandacht voor leefstijl binnen opleidingen.

## Geïnterviewde zorgverleners waren gemotiveerd door:

- + Intrinsieke factoren: 73% verpleegkundigen, 57% fysiotherapeuten, 64% medisch specialisten
- + Externe factoren: 27% verpleegkundigen, 43% fysiotherapeuten, 36% medisch specialisten

## Beschouwing en benodigde vervolgstappen

De interviews geven een eerste inzicht in de generieke en beroeps-specifieke behoeften van zorgprofessionals in het bespreken van leefstijl in de dagelijkse praktijk. Vanuit dit eerste inzicht, is het belangrijk om vervolgstappen te zetten waarmee zij beter ondersteund worden in hun rol om leefstijl bespreekbaar te maken. Dit is essentieel om leefstijl integraal onderdeel te maken van de zorg aan mensen met een klacht, aandoening of ziekte.

# Inhoud

Management samenvatting	2
Inleiding	5
Methode/werkwijze	6
Resultaten	7
Ervaren overtuigingen	8
Ervaren belemmering	12
Patiënt verschillen	14
Angst	16
Plezier	16
Context afhankelijkheid	18
Zelfeffectiviteit	22
Motivatie	24
Discussie	26
Verantwoording	28
Referenties	29
Bijlage	31



## Inleiding

Leefstijlfactoren zoals voeding, beweging, slaap, stress, alcohol en roken beïnvloeden immers het risico op vele chronische aandoeningen. Een gezonde leefstijl kan het risico op ziekte verkleinen waardoor de behoefte aan medische zorg minder wordt. Om die reden is dit als doelstelling opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat in september 2022 is gepubliceerd.<sup>1</sup> Leefstijl is één van de domeinen die volgens het IZA meer actie vereisen om de zorg toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Daarom is als één van de doelen opgenomen dat de inzet op gezonde leefstijl vanaf 1 januari 2025 integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte, zowel voor mensen met risico op ziekte als mensen met een ziekte. De Coalitie Leefstijl in de Zorg is ingesteld om dit doel realiteit te maken. Het team Praktijkimplementatie en Kwaliteit (PIEK) is een van de zeven teams uit deze coalitie, en richt zich op implementatie van leefstijl binnen de zorg.<sup>4</sup>

Zorgverleners spelen een belangrijke rol om de doelstelling op leefstijl uit het IZA te realiseren. Zij zijn degenen die leefstijl actief tot onderdeel maken van de zorg. Een eerste stap daarbij is het gesprek over leefstijl met de patiënt. Zorgverleners blijken echter vaak belemmeringen te ervaren, zoals tijdgebrek, beperkte kennis en vaardigheden, en gebrek aan zelfvertrouwen om leefstijl aan te kaarten.<sup>5-7</sup> Veel van het onderzoek naar deze ervaringen van zorgverleners heeft zich tot nu toe gericht op medisch specialisten en huisartsen, en op de bevorderende en belemmerende factoren die zij signaleren om het gesprek aan te gaan over leefstijl. Er is echter nog weinig bekend over hoe verpleegkundigen en fysiotherapeuten deze leefstijlgesprekken ervaren, noch over hun attitudes en motivatie met betrekking tot deze gesprekken, terwijl zij een belangrijk onderdeel zijn van de zorgpad van de patiënt.

Dit rapport, aan de hand van kwalitatief onderzoek, is gericht op de attitudes, motivaties en behoeften van zorgverleners omtrent het gesprek over leefstijl in hun dagelijks praktijk. Ons doel is om deze inzichten op te leveren zodat ondersteuning bij de implementatie van leefstijl in de curatieve zorg hier gericht op kan aansluiten. Daarbij richten we ons op drie beroepsgroepen: artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen.

***Ons doel is om deze inzichten op te leveren zodat ondersteuning bij de implementatie van leefstijl in de curatieve zorg hier gericht op kan aansluiten.***

# Methode/werkwijze

## Opzet van het onderzoek

In dit verkennende kwalitatieve onderzoek zijn 29 online interviews afgenomen met verpleegkundigen (n=14) en fysiotherapeuten (n=15). Daarnaast zijn 25 eerder afgenomen interviews met medisch specialisten opnieuw geanalyseerd met een focus op attitude, motivaties en behoeften. Zorgverleners - daarmee bedoelen we verpleegkundigen, fysiotherapeuten en medische specialisten - waren werkzaam in de eerste, tweede of derde lijn en hadden in deze functie direct patiëntcontact. Ze werden geworven via nieuwsbrieven, persoonlijke uitnodigingen en via LinkedIn. Geïnteresseerde zorgverleners kregen een informatiebrief en konden deelnemen na schriftelijke toestemming te hebben gegeven.

## Dataverzameling

De interviews voor medisch specialisten werden gehouden tussen januari en juni 2021, en tussen april en juni 2024 voor verpleegkundigen en fysiotherapeuten. De interviews waren semigestructureerd aan de hand van een vooraf opgestelde topic guide voor vragen over attitudes, motivaties en behoeften.<sup>8</sup> De topic guide uit 2021 is met een aantal wijzigingen opnieuw gebruikt voor de interviews in 2024. De opnames werden vervolgens uitgewerkt met behulp van transcriptiesoftware Amberscript.<sup>9</sup>

## Modellen

Constructen zoals attitudes en motivatie zijn complex, en theoretische modellen kunnen nuttig zijn om ze meer structuur en duidelijkheid te geven. Hoewel er meerdere modellen bestaan, richten wij ons op twee die het beste bij onze onderzoeksvraag passen. Een model van Van Aalderen-Smeets, Walma van der Molen en Asma (2011) richt zich op attitudes.<sup>10</sup> De auteurs verdelen attitude in drie categorieën: de cognitieve opvattingen (ervaren *overtuigingen*) van zorgverleners over leefstijlinterventies, emoties zoals *plezier* en *angst*, en controle-aspecten zoals *zelfeffectiviteit* en de *contextafhankelijkheid*. Deze laatste factoren bepalen in hoeverre zorgverleners zich in staat voelen om leefstijlgesprekken succesvol te implementeren in hun dagelijkse praktijk en hoe omstandigheden hen hierin beïnvloeden. De Self-Determination Theory (SDT) van Ryan en Deci (2017) is een bekend framework voor motivatie.<sup>11</sup> Ze beschrijven het als een spectrum, dat loopt van amotivatie (het ontbreken van motivatie), via gecontroleerde motivatie (gedreven door externe druk, zoals richtlijnen of protocollen) tot autonome motivatie (gedreven door persoonlijke overtuiging of plezier). Deze twee frameworks helpen om de brede psychologische concepten van 'attitudes' en 'motivatie' te structureren.

## Data-analyse

De factoren attitudes, motivatie en behoefte zijn op verschillende wijzen geanalyseerd. De interviews met de medische specialisten kwamen vanuit eerder onderzoek van het Amsterdam UMC, maar werden opnieuw gecodeerd voor deze studie. De analyse werd hiermee op dezelfde manier uitgevoerd voor elk transcript, oud en nieuw. Alle transcripten zijn voor het onderdeel 'Attitudes' gecodeerd op basis van de 2011 theoretisch model van van Aalderen-Smeets, Walma van der Molen en Asma (*bijlage Figuur 1*).<sup>10</sup> 'Motivatie' is gecodeerd op basis van de Self-Determination Theory van Ryan en Deci (*bijlage Figuur 2*).<sup>11</sup> 'Behoeften' zijn open gecodeerd en coderingen zijn samengevoegd tot overkoepelende begrippen wanneer er veel overlap in de initiële codes was. De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van de softwareprogramma's Atlas.ti en MaxQDA.<sup>12,13</sup>

# Resultaten

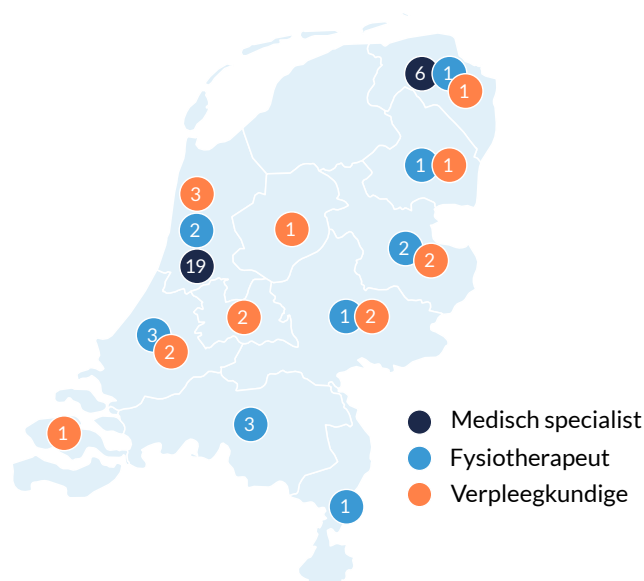
Voor dit rapport (aan de hand van kwalitatief onderzoek) presenteren we de resultaten van interviews met 54 deelnemers, onder wie 15 verpleegkundigen, 14 fysiotherapeuten en 25 medisch specialisten. Tabel 1 geeft de karakteristieken weer van de geïnterviewden, met in *Figuur 1* een overzicht van de provincie waar de geïnterviewde werkzaam is. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 45 jaar. Vrouwen vormden de meerderheid van de verpleegkundigen (87%) en fysiotherapeuten (79%), terwijl ze de minderheid vormden onder de medisch specialisten (24%). Alle medisch specialisten waren actief in de derdelijnszorg, en alle fysiotherapeuten waren actief in de eerstelijnszorg. Verpleegkundigen waren werkzaam in alle drie de zorgniveaus, met de meerderheid in de tweede- en derdelijnszorg.

*Figuur 2* laat de verschillende attitudes in de domeinen cognitieve overtuigingen, emotionele ervaringen en ervaren controle zien. Onder tabel en figuur wordt verdere toelichting gegeven op de attitudes, wat de invloed is op de motivatie omtrent bespreken van leefstijl in de dagelijkse praktijk en wat behoeftes zijn voor de toekomst.

**Tabel 1:** Karakteristieken van geïnterviewde zorgverleners per type zorgverlener

	Verpleegkundigen	Fysiotherapeuten	Medisch specialisten	Totaal
N	15	14	25	54
Gemiddelde leeftijd (variantie)	42,8 (25-57)	47,4 (33-62)	44,6 (30-66)	44,8 (25-66)
Geslacht, vrouw (N, %)	13 (87%)	11 (79%)	6 (24%)	30 (56%)
Eerstelijnszorg (N, %)	2 (13%)	14 (100%)	0 (0%)	16 (30%)
Tweedelijnszorg (N, %)	6 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (11%)
Derdelijnszorg (N,%)	7 (47%)	0 (0%)	25 (100%)	32 (59%)

**Figuur 1:** Provincie waar de verschillende geïnterviewde professionals werkzaam zijn in Nederland.



# Ervaren overtuigingen

## Overtuigingen omtrent langetermijneffecten

Verpleegkundigen en fysiotherapeuten geloven over het algemeen in de positieve impact van leefstijlgesprekken op de gezondheid van patiënten. Echter, onder verpleegkundigen en medisch specialisten zijn de meningen verdeeld. Sommige verpleegkundigen geven aan dat met leefstijlgesprekken een slechte gezondheid van hun patiënten kan worden voorkomen, maar anderen zijn er niet zeker van dat hun advies leidt tot veranderingen in de leefstijl van patiënten. Toen een verpleegkundige werd gevraagd of patiënten de gemaakte leefstijlafspraken volgen, antwoordde zij:

*“Natuurlijk niet, maar dat doet geen enkele patiënt. Volgens mij is de gemiddelde therapietrouw 20 procent. Als een huisarts mij iets zegt, doe ik het zelf ook niet altijd. Dat verwacht ik dus ook helemaal niet.”*

Binnen de groep medisch specialisten zijn sommigen overtuigd van de effecten van leefstijlverandering op lange termijn, terwijl anderen hier sceptischer over zijn. Het al dan niet beschikbare wetenschappelijk bewijs voor specifieke aandoeeningen en patiëntengroepen in relatie tot leefstijl heeft ook veel invloed op deze overtuigingen. Verpleegkundigen en medisch specialisten die wel geloven in de impact van leefstijl op de lange termijn, erkennen dat het een grote opgave is voor patiënten om hun leefstijl te veranderen en dat dit niet voor iedereen haalbaar is. Desondanks vinden zij het de moeite waard om hierin te investeren, voor de patiënten bij wie het wel lukt.

Sommige verpleegkundigen en fysiotherapeuten zijn van mening dat preventieve zorg, zoals leefstijlgesprekken, kan helpen om negatieve gevolgen voor patiënten in de toekomst te voorkomen en tegelijkertijd de zorgkosten kan verlagen. Een verpleegkundige merkte op:

*“Ik vind dat de focus momenteel erg ligt op het genezen van dingen die er al zijn. Ik denk dat de focus ook meer zou kunnen naar het voorkomen van dingen. Leefstijl speelt daar een rol in. Ik denk dat we daar in het ziekenhuis nog wel veel winst te behalen hebben, omdat je daarmee mensen hun eigen verantwoordelijkheid geeft. Ze hebben dan meer zelfregie over hun gezondheid. Daarmee voorkom je dat de drukte op de zorg nog hoger wordt.”*

Sommige zorgverleners merken dat langdurige opvolging nodig is om leefstijlverandering te ondersteunen. Een aantal verpleegkundigen en medisch specialisten voelen echter dat zij niet de mogelijkheden hebben om dit te doen, bijvoorbeeld als patiënten na een korte opname weer vertrekken of als ze patiënten slechts 1 à 2 keer per jaar zien. Een verpleegkundige reflecteerde:

*“Dat maakt het alweer lastiger, dat ik ze er niet verder bij kan ondersteunen dan wat voorlichting geven en ze daarover te informeren en te verwijzen. Verder dat ik het niet kan evalueren of niet bij de interventies zelf kan ondersteunen.”*

Daartegen voelen sommige fysiotherapeuten dat zij zich in een unieke positie bevinden om leefstijl aan te pakken, vanwege de frequentie waarmee ze patiënten zien. Een fysiotherapeut legde uit:

*“In mijn werk als fysiotherapeut heb ik wat vaker contact met mensen, meestal minstens twee, drie, vier keer of zelfs meer. Naarmate je ze vaker ziet, kan je ook wat verder ingaan op stressfactoren. Ze komen*



*ook pas later aan bod, dus niet meteen bij het eerste contactmoment, maar soms wel bij het derde of vierde. Dan beginnen ze te praten en dat kan je dan goed met ze bespreken.”*

Echter, sommige fysiotherapeuten melden ook dat ze patiënten grote veranderingen in hun leefstijl zien maken na korte gesprekken.

## Overtuigingen omtrent relevantie en noodzaak

Zorgverleners uit alle geïnterviewde beroepsgroepen vinden leefstijl op de een of andere manier relevant voor bijna elke patiënt, omdat veel ziektebeelden en veel risicofactoren hieraan gerelateerd zijn. In feite merken een aantal fysiotherapeuten op dat zonder verbetering van de leefstijlfactoren van de patiënt, ze niet zeker kunnen zijn dat hun behandeling daadwerkelijk effect zal hebben op de patiënten.

*“Je kan mensen hier in de praktijk behandelen, maar als zij dermate slecht eten, niet of weinig slapen of gigantisch veel stress hebben - laten we zeggen, 80 uur per week aan het werk zijn en er is totaal geen balans in leefstijl en belastbaarheid, een disbalans van het dagelijks leven - dan kan ik ook niet verwachten dat mijn behandeling heel effectief gaat zijn.”*

Slechts enkele medisch specialisten vinden dat dit onderwerp ver buiten de kliniek hoort, maar de meesten zien een plek voor het bespreken van leefstijl in de behandeling. Fysiotherapeuten voelen over het algemeen niet de behoefte om leefstijl te bespreken met elite-atleten, in de veronderstelling dat zij dit al prioriteit geven.

De geïnterviewde zorgverleners zijn van mening dat leefstijl relevanter en noodzakelijker is voor mensen met een aandoening zoals COPD, hart- en vaatziekten, dan voor andere, zoals patiënten met acute klachten. Meerdere medisch specialisten geven als voorbeeld dat het noodzakelijk kan zijn omdat naast medicatie en/of opereren het veranderen van de leefstijl de kansen op herstel drastisch beïnvloedt. Daartegen vinden verpleegkundigen en fysiotherapeuten het minder relevant en noodzakelijk voor patiënten met acute verwondingen of voor patiënten die met zeer specifieke problemen komen, zoals medicatie kwesties. Echter, sommige verpleegkundigen en fysiotherapeuten geloven dat leefstijl voor elke patiënt relevant is: “... een klacht ontstaat nooit zomaar”. Een verpleegkundige reflecteerde: “...wat is een niet leefstijl gerelateerd probleem? Ik denk dat als je lang genoeg kijkt, dat het vanzelf wel leefstijl gerelateerd is.”

Sommige verpleegkundigen vinden dat bepaalde “one-size-fits-all” leefstijladviezen – hoe legitiem ook – overbodig kunnen aanvoelen om aan patiënten door te geven. Bijvoorbeeld, elke patiënt weet dat roken ongezond voor hen is. Desondanks voelen sommige verpleegkundigen nog steeds dat het hun plicht is om dergelijke standaardadviezen met patiënten te delen.

## Overtuigingen omtrent verantwoordelijkheid

Veel verpleegkundigen beschouwen leefstijlgesprekken als een belangrijk onderdeel van hun rol als zorgverleners, vooral als het gaat om leefstijlaspecten die sterk verband houden met de aandoeningen of klachten van patiënten. Omdat velen niet de mogelijkheid hebben om patiënten op te volgen en hen te begeleiden bij leefstijlveranderingen, vinden sommige verpleegkundigen dat hun rol op het gebied van leefstijl meer gericht is op bewustwording, signalering of doorverwijzing. Echter, ook verpleegkundigen die patiënten gedurende hun gehele ziekenhuistraject zien (en dus goed gepositioneerd zijn om leefstijl ter sprake te brengen) vinden het niet echt hun rol om patiënten het hele traject te coachen. Dit vinden

zij vaak de taak van andere professionals, en ze verwijzen de patiënten dan naar hen. Verpleegkundigen zijn het min of meer erover eens dat het de verantwoordelijkheid van de patiënt is om adviezen in hun leven toe te passen of zelf verwijsaanbevelingen op te volgen. Een verpleegkundige merkte op:

*“Los van dat ik adviezen meegeef, kan ik ze niet in dat traject begeleiden. Als ze willen stoppen met roken, adviseer ik om naar een huisarts te gaan. Als ze gewicht willen verliezen, dan adviseer ik ze om naar een diëtist te gaan, om ze daarbij te helpen of te gaan sporten en meer te gaan bewegen. Uiteindelijk zijn dat dingen die ze zelf moeten doen en waar ik niet constant controle op heb, of dat gebeurt. Je geeft adviezen en ik evalueer het, maar ik ben niet degene die de interventies ertoe inzet, behalve ze adviseren of ze te verwijzen.”*

Fysiotherapeuten geloven over het algemeen dat het geven van bewegingsgerelateerde leefstijladviezen een essentieel onderdeel van hun behandeling is. Leefstijl adviezen die niet gerelateerd zijn aan beweging vinden zij minder hun verantwoordelijkheid. Immers was voor dit soort adviezen weinig aandacht tijdens hun opleiding:

*“In de opleiding hebben wij daar niet tot nauwelijks iets over gehad, waardoor het nog niet helemaal als mijn taak voelt bij alle aandoeningen.”*

Een andere fysiotherapeut merkte echter op dat, hoewel het geen formeel onderdeel van hun opleiding was, dat niet betekent dat ze geen verantwoordelijkheid moeten nemen als het gaat om leefstijl. Daarnaast vinden sommige fysiotherapeuten dat zij zelf een “voorbeeldfunctie” moeten hebben en hun patiënten moeten laten zien wat een gezonde leefstijl inhoudt. Wanneer niet-bewegingsgerelateerde leefstijl onderwerpen ter sprake komen, leiden sommige fysiotherapeuten het gesprek weer terug naar beweging. Anderen kiezen ervoor om patiënten door te verwijzen naar andere zorgprofessionals zoals diëtisten of huisartsen. Ze geven soms aan dat hun gevoel van verantwoordelijkheid eindigt bij een suggestie: het is aan de patiënten om het zelf te organiseren.

De vraag wie verantwoordelijk is voor leefstijl in de behandeling van patiënten is een veelbesproken onderwerp bij medisch specialisten. Alle medisch specialisten gaven aan dat dit onduidelijk is en de meningen zijn verdeeld wie nu precies de verantwoordelijkheid draagt om het gesprek over leefstijl te beginnen met patiënten. Een groot deel van de geïnterviewde medisch specialisten vindt dat leefstijl thuishoort bij huisartsen en de eerste lijn. Een veelgehoord argument is dat zij de spin in het web zijn en makkelijker in contact kunnen blijven met patiënten en andere betrokkenen. Een tweede groep noemt de patiënt als hoofdverantwoordelijke: zij zijn degene die het heft in eigen handen moeten nemen en die rol zich moeten toe-eigenen. Een aantal medisch specialisten geeft aan dat het in ieder geval niet in de derde lijn hoort.

### **Behoeft: Meer focus op leefstijl in extern beleid en richtlijnen**

Sommige verpleegkundigen en fysiotherapeuten uiten dat zij behoefte hebben aan een werkgever en een overheid die meer aandacht geeft aan preventieve zorg, inclusief leefstijl, in plaats van het huidige curatieve model. Een verpleegkundige merkte daarbij op dat de organisaties die zich wel met leefstijl bezighouden, zich voornamelijk op artsen richten, niet op verpleegkundigen. Een fysiotherapeut stelde voor dat een meer expliciete opname van leefstijl in bestaande richtlijnen of de ontwikkeling van leefstijl-specifieke richtlijnen hen zou helpen om leefstijl met patiënten te bespreken:

*“Ik denk ook dat er vanuit onze beroepsgroep - [...] - nog veel meer aandacht moet zijn voor leefstijl. Misschien wel een richtlijn leefstijl wat in elke verslaglegging moet worden meegenomen. Dat het in elk [...] consult aan de orde moet komen. In ieder geval bij de anamnese, omdat we steeds meer weten hoe ongezond bepaalde dingetjes zijn. Dat het nog veel belangrijker is dat wij dat echt als onze taak gaan zien.”*

## Overtuigingen omtrent samenwerking met externen

Verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten geloven dat doorverwijzingen een belangrijk onderdeel vormen van het leefstijlvraagstuk. Voor fysiotherapeuten betreft dit doorverwijzingen voor niet-beweeggerelateerde leefstijlonderwerpen, en voor sommige maakte het in huis halen van een diëtist het gemakkelijker om voedingsgesprekken in consulten op te nemen en doorverwijzingen te stroomlijnen.

Zorgverleners ervaren problemen met doorverwijzen, zowel gedeeld als uniek voor hun eigen beroepsgroep. Een aantal verpleegkundigen en medisch specialisten hebben twijfels bij de kwaliteit en betrouwbaarheid van regionale leefstijlinitiatieven. Een verpleegkundige reflecteerde:

*“Er is namelijk ook een beetje wildgroei als het gaat om leefstijl. Iedereen kan zich coach noemen of kan zomaar iets gaan doen met leefstijl, waarvan de evidence niet altijd even duidelijk is of waarvan je niet zo goed weet waar een patiënt dan terecht kan.”*

Als er wordt doorverwezen door medisch specialisten is dit naar de huisarts, waarbij het vaak onduidelijk blijft of daar ook actie op wordt ondernomen:

*“Al die concrete dingen die je noemde over die organisaties, weet ik natuurlijk niet. Ik verwijs dan breder naar de huisarts, die weet wat er in de regio is, dus dat doe ik eerder... Als ik informatie heb - ja, het enige wat ik kan doen is zeggen, ‘kijk naar die website’, maar dan weet ik ook niet of mensen het dan doen.”*

Sommige fysiotherapeuten zien leefstijlcoaches als concurrentie, omdat ze overlappende taken zien.

### Behoeft: Interdisciplinaire samenwerking

Sommige fysiotherapeuten noemden ook de behoefte aan meer interdisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners. Veel fysiotherapeuten hebben een hechte samenwerking binnen hun eigen praktijk; bijvoorbeeld, velen hebben diëtisten in huis en vinden dit erg nuttig voor het bespreken en coördineren van leefstijlgerelateerde zorg. Echter, ze missen dat niveau van zorgsamenwerking met zorgprofessionals buiten hun praktijk. Een fysiotherapeut merkte op:

*“Ik vind over het algemeen, dat we nog veel meer zouden moeten samenwerken en doorverwijzen en moeten overleggen met elkaar. Dat is wel iets. Ik heb bijvoorbeeld nu hele korte lijntjes in een praktijk waar meerdere disciplines samenwerken met een diëtiste. Echt hele korte lijntjes. Ik zie haar binnenlopen en we sturen haar berichtjes via Siilo. Als het gaat over stress, voeding, bewegen. Ik zou kortere lijntjes willen onderling.”*

# Ervaren belemmering

## Motivatie van de patiënt

Hoe zorgverleners leefstijlgesprekken aanpakken wordt beïnvloed door hun inschattingen over de motivatie van patiënten. Veel verpleegkundigen en fysiotherapeuten geloven dat het zinloos is om leefstijl aan te spreken als ze de indruk hebben dat een patiënt niet gemotiveerd is of niet openstaat voor verandering. Eén verpleegkundige noemde dit zelfs “trekken aan [het dode red.] paard”. Het is makkelijker voor hen als patiënten actief om advies vragen en zo tonen dat ze gemotiveerd zijn. Dan gaan de gesprekken makkelijker.

Zorgverleners schatten de motivatie van patiënten in op basis van specifieke tekenen van desinteresse, zoals verbale en non-verbale signalen, een algemene houding van “het zal wel”, het maken van excuses of grappen, het benoemen van andere prioriteiten, of wanneer zij merken dat patiënten vastzitten in bepaalde gedragspatronen of zich in een slachtofferrol bevinden. Een aantal fysiotherapeuten gaven aan dat ze motivatie inschatten op basis van het ziektebeeld van een patiënt. Zo geloven sommigen van hen dat patiënten met comorbiditeiten moeilijker te motiveren zijn dan degenen met specifieke gezondheidsproblemen, zoals een hartaanval. Een fysiotherapeut merkte op dat hij mensen met diabetes als minder gemotiveerd ziet, met de redenering dat als ze gemotiveerd waren voor een gezonde leefstijl ze waarschijnlijk geen diabetes zouden hebben ontwikkeld. Bovendien veronderstellen sommige fysiotherapeuten dat patiënten met een lagere sociaaleconomische status (SES) moeilijker te motiveren zijn dan degenen met een hogere SES, deels vanwege de uitdagende omgeving.

Als verpleegkundigen en fysiotherapeuten een gebrek aan motivatie bij de patiënt veronderstellen, als de gesprekken als een strijd voelen, of als ze het gevoel hebben dat patiënten niet op hun advies ingaan, houden sommigen ermee op. Een verpleegkundige vertelde:

*“Bij andere mensen stuit je tegen een muur van onbegrip of het niet willen accepteren. Die me echt voor gek verklaren dat ik het heb over roken, want hun opa van 90 rookt toch nog steeds. Bij sommige mensen kom je er gewoon niet doorheen. Ik probeer altijd in te schatten: waar zit de eigen motivatie en waar kan ik iemand aanzetten? Als ik op een muur van neen stuit, dan geef ik dat terug aan de huisarts en hou ik erover op.”*

Andere verpleegkundigen vinden het echter wel belangrijk om leefstijl te benoemen, ook als ze denken dat een patiënt misschien niet gemotiveerd is. Een aantal fysiotherapeuten gaan niet echt in gesprek over leefstijl, tenzij de patiënt er expliciet om vraagt. Duidelijk is dat als een patiënt wel gemotiveerd is en hulp wil, zorgverleners hierin willen voorzien.

## Verwachtingen van de patiënt

Verpleegkundigen en fysiotherapeuten melden dat de verwachtingen van patiënten een aanzienlijke impact kunnen hebben op het verloop van leefstijlgesprekken: het gaat moeilijker als dit niet in lijn is met de verwachtingen van patiënten over het soort zorg dat ze zullen ontvangen. Bij verpleegkundigen en medische specialisten leeft vooral het sentiment dat patiënten van hen verwachten dat zij hun klachten zullen oplossen en ze medicatie zullen voorschrijven of een operatie zullen aanbevelen. Fysiotherapeuten merken dat patiënten meestal verwachten advies te krijgen over beweging en dat gericht is op het oplossen van een specifieke klacht. Sommige verpleegkundigen ervaren dat dit kan leiden tot weerstand tegen leefstijladvies wanneer patiënten zich hierdoor niet geholpen voelen. Een

verpleegkundige merkte bijvoorbeeld op dat het bespreken van leefstijl als reactie op klachten over slapeloosheid soms woede oproept bij patiënten die een voorschrift voor slaappillen verwachten.

Sommige fysiotherapeuten maken zich ook zorgen dat patiënten ontevreden zijn als er in het consult te veel aandacht is voor leefstijl. Veel patiënten weten niet dat fysiotherapeuten ook advies kunnen geven over leefstijl die niet gerelateerd is aan beweging of specifieke klachten. Daardoor zijn patiënten minder geneigd om vragen over leefstijl te stellen, waardoor dit vaak niet besproken wordt. Een fysiotherapeut meldde dat ze het makkelijker vindt om leefstijl te bespreken wanneer patiënten voorbereid zijn op een “breder” perspectief op gezondheid tijdens hun bezoek.

### **Zorgverlener-patiënt vertrouwensband**

Verpleegkundigen en fysiotherapeuten vinden het gemakkelijker om leefstijl aan te pakken nadat ze vertrouwen hebben opgebouwd met een patiënt. Om deze reden bespreken sommigen de leefstijl niet tijdens het eerste consult. Voor fysiotherapeuten is dit vooral van belang bij niet-bewegingsgerelateerde leefstijladviezen die patiënten misschien niet van een fysiotherapeut verwachten en als confronterend kunnen ervaren.

# Patiënt verschillen

## Patiënt karakteristieken

Verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten passen soms hun aanpak aan op basis van de karakteristieken van een patiënt. Naast motivatie zijn andere voorbeelden hoe lang iemand al ziek is en/of behandeld wordt, een hoge leeftijd, een beperkte levensverwachting, aannames over fitheid op basis van fysieke eigenschappen, of wanneer iemand onder grote invloed van de omgeving lijkt te staan.

Toen het over leeftijd van de patiënt ging, merkte sommige verpleegkundigen op dat ze leefstijlgesprekken bij jongere mensen op dezelfde manier zouden aanpakken als oudere mensen. Sommige fysiotherapeuten vinden het uitdagend om leefstijlveranderingen aan te kaarten vanwege langdurige gewoonten, terwijl anderen geloven dat het juist belangrijk is voor oudere volwassenen.

Ook patiëntkenmerken zoals gewicht, rookstatus en alcoholstatus beïnvloeden de aanpak, waarbij verpleegkundigen soms minder geneigd zijn leefstijl te bespreken met ogenschijnlijk gezonde patiënten. Een verpleegkundige legde een verband tussen fitheid, zelfzorg, kennis en financiële middelen. Ze merkte op:

*“De fittere patiënten zullen automatisch minder vragen over [bewegen] hebben, want die zorgen goed voor zichzelf om fit te blijven. Er is veel winst behalen in die groep die dat allemaal niet doet. Maar die heeft geen idee en waarschijnlijk ook niet het geld, de middelen om daar wat aan te veranderen.”*

Een medisch specialist merkte op dat ze hun behandeling aanpassen op basis van het gewicht van de patiënt:

*“Het is ook zo dat bij obesitas de manier waarop we mensen behandelen aanpassen. Als iemand kanker heeft, wil je binnen vier weken opereren. Dat is geen window waarin je relevante gewichtsverandering tot stand kan brengen die effect gaat hebben op je manier van handelen.”*

De aandoening van een patiënt heeft ook invloed. Verpleegkundigen vinden het moeilijker om leefstijlgesprekken te voeren als de patiënt cognitieve beperkingen of comorbiditeit heeft. Sommige fysiotherapeuten merken ook op dat de moeilijkheid van leefstijlgesprekken kan afhangen van hoe lang een patiënt met zijn of haar ziekte leeft. Een fysiotherapeut merkte, toen hij het had over leefstijlgesprekken met zijn diabetespatiënten, dat het de gesprekken makkelijker maakt:

*“...als mensen pre-diabeet zijn. Of net gediagnosticeerd zijn. Die zijn nog kneedbaar. Ik ervaar dat ze dan sneller dingen oppakken. Sneller dingen willen wijzigen. Het roer om willen gooien, want ze willen het niet. Terwijl 25 jaar gediagnosticeerde diabeten hebben het allemaal wel een keer gehad.”*

Sommige verpleegkundigen vrezen dat het niet gepast is om leefstijl ter sprake te brengen als de patiënt net een ernstige diagnose heeft gekregen of in een instabiele omgeving verkeert.

## Kennis van de patiënt

Verpleegkundigen en medische specialisten constateren dat er patiënten zijn met weinig kennis van leefstijl en beschikbare hulpmiddelen. Fysiotherapeuten merken dat dit het moeilijker maakt om met hen in gesprek te gaan over leefstijl. Een fysiotherapeut merkte op:

*“Ik vind het lastig omdat mensen vanuit hun context een idee hebben over wat een gezonde levensstijl is... [Wanneer] je bijvoorbeeld roken neemt: ‘ja, mijn opa die is ook 100 geworden en die rookte’ of ‘ja, slecht eten, anderen doen het ook’... Dat vind ik echt heel erg lastig om op een goede manier over te brengen.”*

Hierbij gaven enkele medisch specialisten ook aan dat zij ervaren dat met name de risicoperceptie wisselend is onder patiënten. Ook gezondheidsvaardigheden werd aangekaart door medische specialisten. Wanneer patiënten niet in staat zijn de informatie te begrijpen, een juiste inschatting te maken over de risico's en eventuele adviezen toe te passen, maakt dit het lastig om leefstijl te bespreken. Het fungeert ook regelmatig als een barrière om dit te doen. Een medisch specialist legde uit:

*“Ja, er is een barrière: natuurlijk kennistekort, bevattingsvermogen, health literacy. Er is een grote barrière in dat risico begrip en omgaan met risico's. Dat gaat veel verder dan alleen het begrip van het getalsmatige van het risico, wat overigens ook heel erg beperkt is.”*

Verpleegkundigen en fysiotherapeuten maken inschattingen van de kennis van een patiënt aan de hand van indicatoren zoals hoe ze over leefstijl praten (bijvoorbeeld als ze niet weten welke voedingsmiddelen eiwitten bevatten). Ze doen ook aannames over patiënten hun kennisniveau op basis van SES. Eén verpleegkundige beschreef dat ze verschillende taal en technieken gebruikte bij patiënten met een lagere SES in vergelijking met patiënten met een hogere SES. Bovendien vinden sommigen dat taal- en culturele barrières de leefstijlgesprekken kunnen compliceren. In plaats van leefstijlgesprekken te vermijden, passen verpleegkundigen meestal hun aanpak aan op basis van het kennisniveau van de patiënt.

### **Behoeft: Informatiematerialen voor patiënten**

Een aantal verpleegkundigen en fysiotherapeuten merkte op dat directe toegang tot begrijpelijke informatie die ze patiënten kunnen aanbieden handig zou zijn. Dit materiaal kan patiënten aanmoedigen om zelfstandig na te denken en te leren over leefstijl, waardoor deze gesprekken makkelijker zouden worden. Dit kan eruitzien als fysieke hand-outs (leefstijlgerelateerde A4'tjes of mappen met tips en trucs), of internetbronnen om patiënten naar te verwijzen.

## **Mogelijkheden van de patiënt**

De kosten van leefstijlveranderingen, zoals gezonde voeding en sportschoollidmaatschappen, kunnen hoog zijn. Verpleegkundigen maken zich zorgen dat patiënten hun aanbevelingen mogelijk niet kunnen betalen, en sommige passen hun advies aan op basis van de financiële situatie van patiënten. Bovendien vinden een aantal verpleegkundigen en fysiotherapeuten dat een ondersteunend thuisnetwerk ook belangrijk is bij het aanbrengen van leefstijlveranderingen, en sommige fysiotherapeuten vinden het moeilijker om patiënten te motiveren als dit er niet is. Een verpleegkundige merkte op:

*“Soms zitten [patiënten] in een setting waar hun partner en kinderen roken. Dat is natuurlijk heel lastig om als eenling je leefstijl aan te pakken, als je thuis in de setting bent waar die motivatie en dat begrip nog niet zo is, dan zou je het hele systeem moeten meenemen.”*

Enkele medisch specialisten omschrijven de beperkte middelen waar een deel van hun patiënten mee te maken heeft. Leefstijl heeft daardoor bijvoorbeeld geen prioriteit, omdat financiële zorgen op de voorgrond staan. Anderzijds beschrijven zij ook hoe gebrek aan financiële middelen of vervoer ook de toegang ontzegt tot een geschikt regionaal leefstijlinitiatief.

## Angst

Voor een aantal verpleegkundigen en artsen geldt dat ze zich soms zorgen maken dat een leefstijladvies door sommige patiënten als bemoeienis beschouwd wordt. Zij willen niet dat een dergelijke opvatting van de patiënt dan negatieve gevolgen heeft op hun relatie. Verpleegkundigen hechten veel waarde aan de vertrouwensrelatie die ze met patiënten hebben, vooral met degenen voor wie ze gedurende een lange behandelingsperiode zorgdragen. Het is voor hen belangrijk om leefstijlonderwerpen - die patiënten als gevoelig en persoonlijk kunnen ervaren - met zorg aan te pakken, om te voorkomen dat hun relatie met de patiënt beschadigd raakt.

Medisch specialisten gaven aan dat in sommige gevallen het veel tijd en energie heeft gekost om een bepaald niveau van vertrouwen en therapietrouw te bereiken. Het aankaarten van leefstijl werd daarmee gezien als iets wat daaraan kon afdoen. Ook gaven enkele medisch specialisten aan dat zij bang waren beschuldigend over te komen wanneer ze leefstijl zouden aankaarten. Enkele jonge medisch specialisten gaven aan dat het voor hen ook ongemakkelijk kon voelen om patiënten die al jaren met overgewicht leven daarop aan te spreken. Ook het schaden van de autonomie en de patiënt een eigen keuze geven werden genoemd. Een medisch specialist gaf aan:

*“Soms kan overgewicht om bepaalde redenen [...] het kan toch wel dat je daar schroom voor voelt om dat te bespreken. Als mensen bijvoorbeeld zichzelf of niet zo dik vinden, of al eerder hebben aangegeven in het gesprek dat niet zo problematisch te vinden, dan voel ik tenminste wel barrière om daarover te beginnen en te zeggen dat ze dat moeten veranderen. Of als het een levenslang probleem is, dat ze als kind wel overgewicht hadden en dat je nu dan als jong broekie gaat vertellen dat ze het helemaal anders moeten doen. Of twintig kilo eraf moeten sporten, dat is best lastig.”*

Het gevoel van een gebrek aan waardering na het werken met patiënten aan leefstijl is ook een demotiverende factor voor sommige verpleegkundigen.

## Plezier

Leefstijlgesprekken leveren vaak positieve ervaringen op bij de verpleegkundigen en fysiotherapeuten, bijvoorbeeld als patiënten het op prijs stellen dat zij zich om hun welzijn bekommeren. Sommige patiënten zijn geïnteresseerd in de effecten van leefstijlverbeteringen op hun gezondheid en hopen deze hiermee zonder geneesmiddelen te kunnen verbeteren. Ze zijn vaak blij om te zien waar ze invloed kunnen uitoefenen op hun eigen gezondheid. Bijzonder motiverend is het als patiënten met een succesvolle leefstijlverbetering beter regie over hun leven kunnen voeren. Een verpleegkundige merkte op:

*“Wat het voor mij leuk maakt, is dat je goede effecten ziet en dat het ook erg de patiënt zelf weer in zijn kracht zet. Het is cliché, maar die is ermee bezig, die pakt problemen op, die is er dan eigenaar van. Die kan ook trots zijn dat die zelf die verbetering teweeg heeft gebracht en resultaten behaalt. Dat maakt het voor mij altijd weer de moeite waard.”*

Deze succesverhalen tonen de effectiviteit van de leefstijlgesprekken en kunnen het hele team motiveren, ook de medisch specialisten gaven aan dat de succesverhalen een motivatie waren.



Verpleegkundigen ervaren plezier in de samenwerking met collega's om leefstijl in de patiëntenzorg te integreren. Deel uitmaken van een team waar de sterke punten van elk lid gewaardeerd en aangemoedigd worden, bevordert effectieve probleemoplossing. Het vertrouwen dat iedereen vergelijkbare zorgdoelen deelt, is motiverend. Daarentegen kan alleen werken aan leefstijlkwesties leiden tot gevoelens van isolatie. Een verpleegkundige reflecteerde over haar team:

*“De samenwerking is dus ontzettend goed. Iedereen staat ook open om mee te denken en feedback te geven... Ook mijn leidinggevende zei: eigenlijk moeten we kijken of we de collega's nog meer kunnen betrekken. Die zijn echt heel erg open voor vernieuwing in het algemeen. Dat is echt heel fijn.”*

Fysiotherapeuten ervaren voldoening in het werken met gemotiveerde patiënten. Ze genieten van het proces van samenwerken met de patiënt en het zien van hun vooruitgang. Succesvolle behandelingen bevorderen een gevoel van partnerschap; het is een samenwerking in plaats van een voorschrift. Ze genieten ook oprecht van het bewegen met hun patiënten. Een fysiotherapeut reflecteerde op een leefstijlprogramma dat haar praktijk vroeger uitvoerde:

*“Wij hadden in het verleden in onze praktijk een programma ‘Kinderen in Beweging’. Dat was een programma voor overgewicht bij kinderen en de beperkende factor waren de ouders. Je kon met kinderen geweldige dingen doen en ze heel erg leuk laten bewegen.”*



# Context afhankelijkheid

## Tijd en prioriteit

Verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten geven allemaal aan dat gebrek aan tijd voor hen de grootste factor van invloed is op het wel of niet bespreken van leefstijl. Sommige verpleegkundigen en fysiotherapeuten geloven ook dat betekenisvolle leefstijlveranderingen meer voortdurende zorg vereisen dan ze kunnen bieden, aangezien gedragsverandering veel meer tijd en moeite kost dan het behandelen van een klacht.

Verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten gaven ook aan dat ze moeite hadden om leefstijlgesprekken prioriteit te geven. Verpleegkundigen moeten zich aan bestaande zorgprotocollen houden, wat hun controle over de prioriteiten en duur van afspraken beperkt. Sommige verpleegkundigen passen zich aan door leefstijl in korte momenten tijdens andere klachtgerelateerde gesprekken aan te kaarten in plaats van volledige consulten te voeren. Medisch specialisten vinden dat het bespreken van uitslagen, het beantwoorden van vragen, en bevorderen van therapietrouw vaak hoger op de agenda staan dan leefstijl. Fysiotherapeuten hebben moeite om leefstijlgesprekken tijdens het eerste consult te integreren, aangezien andere activiteiten die directer verband houden met de klacht van de patiënt prioriteit krijgen. Hoewel fysiotherapeuten doorgaans langere afspraken hebben dan medisch specialisten, voelen ze zich nog steeds onder druk om zowel de klacht als de leefstijl aan te pakken. Een fysio merkte op:

*"... ik heb 25 minuten voor een patiënt. Dat is voor zo'n gesprek niet voldoende, want in die 25 minuten moet ik ook nog iets doen, want die patiënt komt niet alleen maar met mij praten over leefstijl. Dan heb ik een ontevreden klant, die naar buiten loopt en denkt: ja, mijn fysio heeft alleen maar een beetje zitten praten over roken en over voeding. Dan zijn ze natuurlijk niet tevreden."*

Enkele medisch specialisten noemen dat het gesprek over leefstijl aangaan meer voorbereiding en uitzoekwerk vraagt, bijvoorbeeld om te kijken welke opties er zijn en wat werkt voor welke patiënten. Een medisch specialist legde uit:

*"Ik geef gewoon duidelijk voorlichting wat de invloed is van roken of alcohol op hun ziekte. Een heleboel mensen weten dat niet eens, dus enerzijds voorlichting en anderzijds probeer ik een beetje uit te diepen waarom het niet lukt en wat de onderliggende problemen erbij zijn. En een beetje motiverende gespreksvoering, maar we zien die mensen één keer in de drie maanden misschien, en dan heb je eigenlijk tien minuten. Dat is gewoon onvoldoende."*

## Intern beleid

Een samenhangende teamvisie helpt verpleegkundigen en fysiotherapeuten leefstijl aan te kaarten omdat het ondersteunend en motiverend is als teams op één lijn zitten wat betreft prioriteiten. Bijvoorbeeld, een fysiotherapeut merkte op dat het integreren van Positieve Gezondheid in teamvergaderingen het gemakkelijker maakte om deze principes bij patiënten toe te passen. Wanneer verpleegkundigen zich niet gesteund voelen door hun teams, vermindert dit hun motivatie om leefstijl aan te pakken, omdat ze het gevoel hebben dat hun inspanningen niet worden erkend en niet worden beloond. Een verpleegkundige meldde dat ze soms leefstijlgesprekken overslaat vanwege de individuele inspanning die nodig is om voor het belang ervan te pleiten.

Actieve betrokkenheid van het management bij het integreren van leefstijl in de praktijk is ook cruciaal voor verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Het bevordert leefstijl als een belangrijk onderwerp binnen het team en moedigt hen aan om het met patiënten te bespreken.

Sommige verpleegkundigen en medisch specialisten voelen een gebrek aan prioritering van leefstijl binnen intern beleid. Medisch specialisten vertelden dat er regelmatig een klein project of een pilot is, wat daarna weer verdwijnt. Structurele inbedding in zorgpaden en protocollen ontbreekt in de academische ziekenhuizen, en een medisch specialist merkte op:

*“Op dit moment is die rol [van leefstijl] nog heel klein, omdat we het niet standaard hebben ingebouwd in onze zorgpaden. We hebben wel een tijdje een leefstijlloket gehad in het ziekenhuis, waarbij we ook vanaf de poli mensen laagdrempelig konden verwijzen. Er lag toen een soort klein notitieblokje met blaadjes erop, zodat je ze kon verwijzen en waar ze zich konden melden. Daar is wel gebruik van gemaakt, maar dat heeft daarna niet direct vervolg gekregen in de patiëntenzorg. Terwijl ik wel zie dat dit een hele goede stap zou zijn om te incorporeren in de zorg, omdat er meer is dan de artrose of de infectie. Er zit een patiënt aan vast met een eigen verhaal, dus dat is de psychosociale component, maar er zit ook een patiënt aan vast met een medisch-technische component. En leefstijl gaat een beetje over allebei.”*

Sommige verpleegkundigen gaven aan dat ze leefstijl nog steeds bespreken ondanks een gebrek aan ondersteuning vanuit hun werkomgeving. Een verpleegkundige vertelde:

*“Ik doe dit, omdat ik hierdoor persoonlijk gemotiveerd ben en ik het belangrijk vind. Het is niet dat ik het vanuit de organisatie mee krijg dat dit echt besproken moet worden, ze helpen ons daar niet in. Ik vind dat het echt wel op breder niveau veel meer aandacht mag krijgen, want we zijn met z'n allen heel erg gericht op behandeling. Dan is het leed al geschied.”*

Geprotocolleerde werkprocessen verminderen de ruimte voor verpleegkundigen om leefstijl met een patiënt te kunnen bespreken naast de hierin verplichte onderwerpen. Ook maakt het gebrek aan een duidelijk protocol het voor sommige verpleegkundigen moeilijker om leefstijl met patiënten bespreekbaar te maken. Gewoonlijk vinden verpleegkundigen het daarom gemakkelijker om leefstijladvies ter sprake te brengen wanneer het algemener toepasbaar is. Bijvoorbeeld, stoppen met roken wordt voor elke patiënt als gezonder beschouwd. Een verpleegkundige merkte op:

*“Mensen moeten rekening houden met de zoutintake, hartpatiënten bijvoorbeeld en diabetespatiënten hebben weer specifieke richtlijnen. Soms zie ik door de bomen het bos niet meer daarin. Bijvoorbeeld met adviezen over bewegen en stoppen met roken vind ik dat weer makkelijker. De adviezen zijn wat concreter en generaliseerbaar naar meerdere mensen.”*

Een verpleegkundige merkte op dat onzekerheid over welke andere gezondheidsdisciplines zich met leefstijl bezighielden, wegens onduidelijke rapportage in patiëntendossiers, haar terughoudend maakte om het ter sprake te brengen. Het maakt het moeilijker voor verpleegkundigen om leefstijl aan te pakken als er geen samenhangende visie bestaat over het belang van leefstijl tussen de verschillende zorgdisciplines. Ze merken op dat dit resulteert in een gebrek aan coördinatie in de zorg. Leefstijlgesprekken zullen effectiever zijn als patiënten dezelfde aanbevelingen en waarden horen binnen hun zorgnetwerk. Een verpleegkundige uitte zijn zorgen als volgt:

*“... ik help een patiënt van slaapmedicatie af. Ik heb er goed mee gesproken en getraind. De patiënt is klaar en gaat naar de huisarts. De patiënt zegt: ik slaap toch niet zo goed. De huisarts zegt: hier heb je slaappillen. Als we het niet met zijn allen doen, dan lukt het ook lastiger. Het is dan moeilijker om vast te houden. Een huisarts staat ontzettend onder druk. Ik denk dat die helemaal geen tijd heeft om dit uitgebreid te doen. Ik bedoel het dus niet direct als beschuldiging, maar dat maakt het lastig.”*

### **Behoeftte: Leefstijl in het interne beleid opnemen**

Een aantal zorgverleners benoemen dat een gezamenlijke visie binnen het team, de afdeling, of het ziekenhuis over het belang van leefstijl hen zou helpen om gesprekken te voeren. Verpleegkundigen omschrijven dat speciale organisatievormen zoals leefstijlloketten of – poli’s binnen ziekenhuizen kunnen helpen bij de consolidatie van leefstijlgerelateerde informatie en verwijzingsopties.

### **Behoeftte: Uniforme registratie van leefstijl**

Een aantal verpleegkundigen en fysiotherapeuten zouden leefstijl graag een geïnstitutionaliseerd onderdeel maken van de patiëntenzorg. Als het een vast onderdeel is van wat zorgverleners uitvragen, dan zal het ervoor zorgen dat leefstijl bij elke patiënt wordt behandeld. Een uniforme registratie van verleende leefstijlgerelateerde zorg kan helpen om aan het team duidelijk te maken dat dit belangrijk is en welke onderwerpen al zijn behandeld. Uiteindelijk zal dit bijdragen aan samenhangende en efficiënte zorg.

## **Financiering**

Fysiotherapeuten en medisch specialisten vinden beide dat de mogelijkheid om leefstijlfactoren aan te pakken grotendeels afhankelijk is van de verzekering, zowel het basispakket als de aanvullende dekking. Fysiotherapeuten zijn van mening dat leefstijlgerelateerde behandelingen dan ook door verzekeringsmaatschappijen gedekt zouden moeten worden. Echter, veel leefstijlgesprekken richten zich op preventie, waarbij de voordelen moeilijker concreet aan te tonen zijn. Als gevolg hiervan vinden veel fysiotherapeuten dat veel verzekeringspolissen onvoldoende zijn om leefstijlkwesties effectief aan te pakken:

*“Veel mensen zijn van de verzekering afhankelijk terwijl de verzekering heel erg gelimiteerd is, heel erg gericht is op een aantal zittingen, heel curatief behandelen en met weinig aandacht voor leefstijl... ik denk dat preventie uiteindelijk zichzelf oplevert, maar dat is heel moeilijk te bewijzen. Je kunt het bijna niet bewijzen.”*

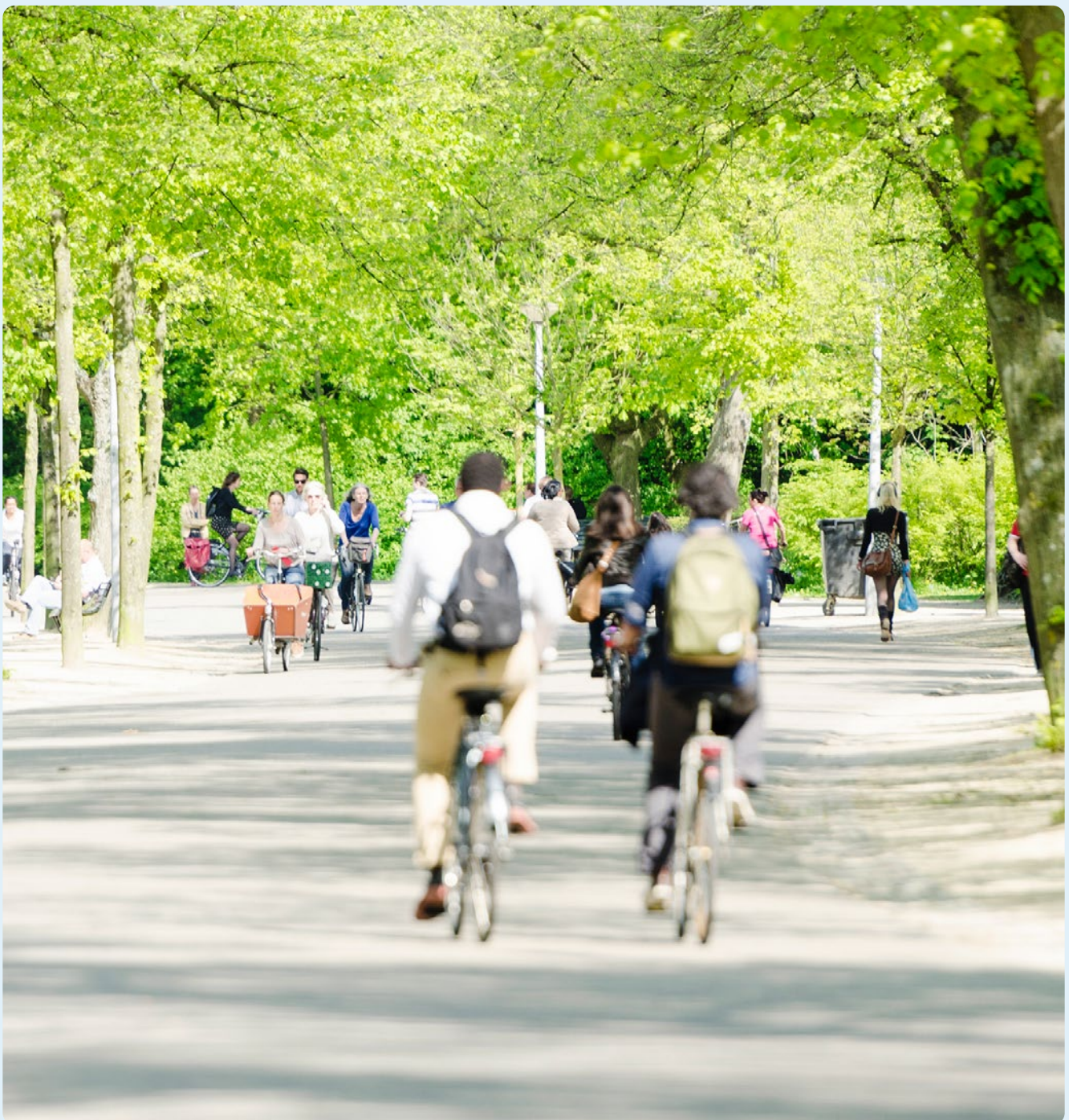
Onder enkele medisch specialisten heerst de overtuiging dat een groot deel van het regionale aanbod van leefstijlinterventies voor veel patiënten niet toegankelijk is, met als belangrijkste reden dat het basispakket van de zorgverzekering de zorg niet zal dekken, en patiënten niet de bijkomende kosten kunnen of willen dragen.

Voor verpleegkundigen werd voornamelijk de eigen vergoedingsstructuur van diagnose behandelcodes (DBC's) benoemd. Zij ervaren dat deze structuur hen ontmoedigt om preventie aan te pakken, omdat ze pas betaald worden nadat er een klacht ontstaat. Een verpleegkundige vertelde dat hij geen vervolcontact meer heeft met patiënten over leefstijl nadat hun primaire klacht is opgelost. Hij merkte op:

*“Je probeert de cliënten zo snel mogelijk weer zelfredzaam te krijgen en dan zou ik ze daarna nog extra moeten bezoeken om dat te continueren. Maar dat lukt niet zo gauw. Dan zou ik daar een extra indicatie voor moeten maken, zodat ik daar ook tijd en geld voor krijgt.”*

### **Behoeftte: Financiële prikkels om leefstijl te bespreken tijdens het consult**

Een aantal fysiotherapeuten reflecteerde dat een toename van de financiering van preventieve zorg hen zou kunnen aanmoedigen om het bredere leefstijlgesprek in hun praktijk op te nemen, zodat er een compensatie is voor de extra tijd die hiervoor nodig is. Dit zou eruit kunnen zien als een breder scala aan leefstijlconsultaties die door zorgverzekeraars worden vergoed.



# Zelfeffectiviteit

## Kennis en vaardigheden

Leefstijl is een breed onderwerp, en verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten vinden dat solide kennis over de impact van leefstijl op gezondheid, verkregen uit onderwijs, zelfstudie, en ervaring, essentieel is voor het voeren van leefstijlgesprekken. Elke groep vindt echter dat ze niet genoeg specifieke kennis en vaardigheden geleerd hebben gekregen voor het bespreken van leefstijl met patiënten. Het motiveren van patiënten en het inhoudelijk kunnen bespreken van relevante opties op het gebied van leefstijl zijn geen onderdeel van de scholing geweest. Toen haar werd gevraagd of ze vond dat ze voldoende kennis en vaardigheden had om leefstijlgesprekken te voeren, antwoordde een medisch specialist:

*"[wat kennis en vaardigheden betreft] Mensinhoudelijk wel, qua gesprekstechniek niet per se. Wij zijn nu eenmaal nooit getraind in motiverende gesprekstechnieken ofzo. Dat is wel iets dat misschien in de opleiding wel eens een keertje zou kunnen. Misschien dat dat er al is."*

Welke leefstijlaspecten fysiotherapeuten zelf behandelen, lijkt sterk afhankelijk te zijn van de formele training die ze hebben ontvangen, wat hen informeert over wat ze weten, hoe zelfverzekerd ze zich voelen bij het aanpakken van die leefstijlgebieden, en wat ze geloven dat deel uitmaakt van hun rol. Het gebrek aan specifieke kennis over verbinding tussen leefstijl en de klachten van de patiënt kan hen hinderen bij het aangaan van leefstijlgesprekken. Wanneer de relatie duidelijk is (bijvoorbeeld, roken is slecht voor het hart), worden de gesprekken gemakkelijker. Sommige fysiotherapeuten voelen zich vooral niet voorbereid om niet-bewegingsgerelateerde leefstijlonderwerpen aan te pakken. In dergelijke gevallen brengen fysiotherapeuten leefstijlonderwerpen slechts kort ter sprake zonder ze verder uit te diepen.

Kennis over lokale aanbieders en initiatieven helpt verpleegkundigen en fysiotherapeuten om patiënten te verbinden met toegankelijke ondersteuning. Voor verpleegkundigen en medisch specialisten maakt het brede scala aan leefstijlinterventies uitdagend om op de hoogte te blijven van alle aanbiedingen en hun kwaliteit. Zij noemen het grote aantal mogelijke doorverwijsopties, het gebrek aan een centrale plaats om dit te vinden, en het zoekwerk dat gepaard gaat met het vinden van een geschikt initiatief voor patiënten uit het hele land als obstakel voor doorverwijzing. Natuurlijk zijn fysiotherapeuten goed bekend met de verwijzingsmogelijkheden binnen hun eigen praktijken en lijken ze daar meer gebruik van te maken.

De meerderheid van verpleegkundigen en fysiotherapeuten benadrukte dat motiverende gespreksvoering een essentiële vaardigheid is voor leefstijlgesprekken. Velen vinden het zo waardevol dat ze het beschouwen als de enige techniek die nodig is voor deze consulten, waarbij zelfs een verpleegkundige het een "leidraad" noemde. Een ander legde uit:

*"Wij hebben heel erg motiverende gespreksvoering gedaan. Daar zijn we in getraind. Dat wordt vanuit de werkgever, omdat dat in de verslavingszorg heel belangrijk is, en ik denk dat dat een tool is die echt heel belangrijk is. Dan vraag je dus netjes elke keer bijvoorbeeld van: mag ik je advies geven? Of: mag ik eens met je meekijken? Ik denk wel dat dat mensen minder in de weerstand zet dan dat je ze zomaar klakkeloos advies geeft. Dus ik zou zeggen: ja, de tool is wel... Motiverende gespreksvoering, dat geeft wel echt een mooi handvat"*

Hoewel fysiotherapeuten het belang ervan erkennen, kan het ook tijdrovend zijn en in conflict komen met hun traditionele prescriptieve rol:

*“Wat ik zelf lastig blijf vinden is motivational interviewing, wat wel heel belangrijk is. Zelf laten nadenken, zelf erachter komen, zelf de stappen maken... Als zorgverlener is dat best wel lastig, omdat je vaak adviezen wil geven: ‘ik denk dat voor u dit goed is’, of ‘ik denk dat dat goed is’, of ‘u zou dit of dat moeten doen.’ Dat werkt alleen maar averechts.”*

Leefstijl is een breed onderwerp, en verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten vinden dat ze niet genoeg specifieke kennis en vaardigheden geleerd hebben gekregen voor het bespreken van leefstijl met patiënten.

Welke leefstijlaspecten fysiotherapeuten zelf behandelen, lijkt sterk afhankelijk te zijn van de formele training die ze hebben ontvangen, wat hen informeert over wat ze weten, hoe zelfverzekerd ze zich voelen bij het aanpakken van die leefstijlgebieden, en wat ze geloven dat deel uitmaakt van hun rol. Een aantal verpleegkundigen, fysiotherapeuten, en medisch specialisten heeft zelf geïnvesteerd in een vorm van scholing waarbij zij onder andere motiverende gespreksvoering als instrumentele vaardigheid hebben geleerd. Daarnaast gaven sommige verpleegkundigen aan dat ze onafhankelijke stappen nemen om zichzelf te onderwijzen over leefstijl via nieuwsbrieven, cursussen, webinars en boeken. Een verpleegkundige vertelde hoe hij persoonlijke notitieboeken bijhoudt met leefstijladviezen die hij bijzonder relevant vond. Daarnaast geven medisch specialisten aan dat door ervaring en het aangaan van gesprekken ze zich ontwikkeld hebben in motiverende gespreksvoering.

### **Behoefte: Informatie voor professionals**

Sommige verpleegkundigen gaven aan dat gemakkelijke toegang tot duidelijke en begrijpelijke informatie en middelen, vooral over hoe leefstijl zich verhoudt tot specifieke klachten en praktische leefstijladviezen die gemakkelijk in de praktijk kunnen worden geïntegreerd, erg nuttig zou zijn. Bovendien stelden sommige verpleegkundigen en fysiotherapeuten voor dat ze meer toegang zouden willen hebben tot informatie over verwijzingsopties en kwaliteit.

### **Behoefte: Meer aandacht voor leefstijl tijdens formele opleiding**

Zowel verpleegkundigen als fysiotherapeuten uitten de behoefte om meer aandacht te hebben voor breder scala aan leefstijlonderwerpen en gesprekstechnieken in hun formele opleiding, zoals bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering. Het zou aangeven dat leefstijl een belangrijk aspect van hun functie is en het zou hen de tools geven om het in hun dagelijkse praktijk op te nemen.

## Motivatie

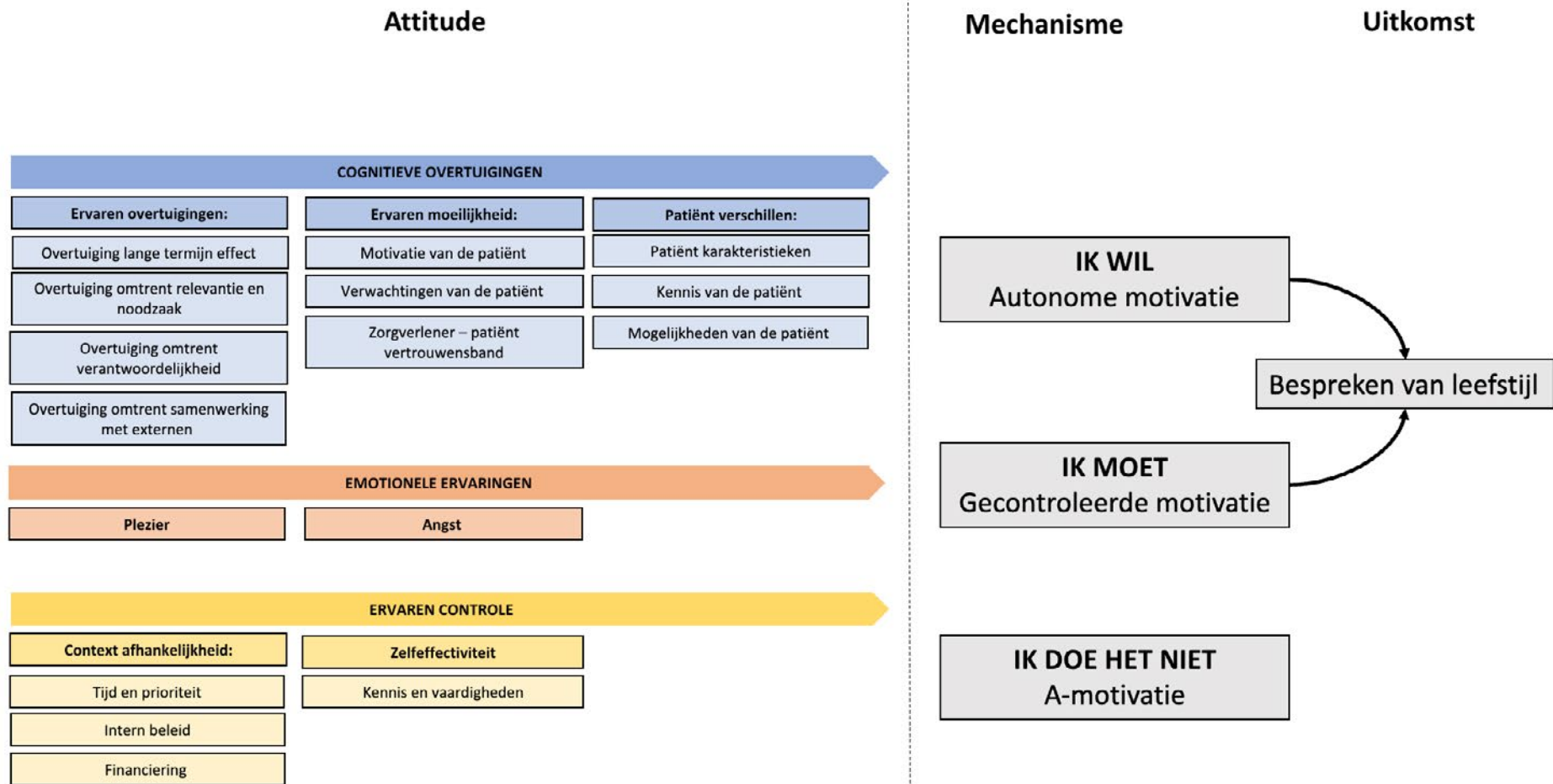
De ervaren attitudes waren van invloed op de motivatie die zorgverleners hadden om leefstijl te bespreken. Van alle geïnterviewde zorgverleners waren 11/15 (73%) verpleegkundigen, 8/14 (57%) fysiotherapeuten en 16/25 (64%) medisch specialisten autonoom/intrinsiek gemotiveerd.

Zorgverleners die autonoom/intrinsiek gemotiveerd waren gaven aan gesprekken over leefstijl heel belangrijk en relevant te vinden, ze hadden vaak goede ervaringen met het bespreken van leefstijl met patiënten, en waren zichzelf al vaak verder aan het bekwamen in gesprekstechnieken om patiënten beter te kunnen helpen.

De andere zorgverleners waren gecontroleerd gemotiveerd om leefstijl te bespreken (of helemaal niet gemotiveerd), waarbij dit voornamelijk te maken had met cognitieve overtuigingen zoals geen bewijs voor lange termijn effectiviteit, dat het heel erg van het type patiënt en diens motivatie afhing, dat ze zich niet verantwoordelijk voelden om dit te bespreken. Daarnaast hadden ze angst om de patiëntrelatie op het spel te zetten. Ook waren er contextfactoren van invloed, zoals dat ze geen tijd hadden, ze geen kennis hadden over mogelijke verwijsopties, of dit alleen deden omdat de richtlijn dit voorschreef of als patiënten er zelf over begonnen.







**Figuur 2.** Relatie tussen attitude en de motivatie voor het bespreken van leefstijl in de dagelijkse praktijk Geïdentificeerde thema's zijn gegroepeerd onder de drie verschillende takken van het attitudemodel, samen met de relevante subthema's. De attitude is van invloed op het type motivatie en de uitkomst (wel of niet bespreken van leefstijl).

## Discussie

### Verschillen in frequentie van contactmomenten

De context is medebepalend voor de relatie die je hebt met patiënten en dus de rol die je als zorgverlener kan spelen. Fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg zien patiënten doorgaans gedurende meerdere behandelcontacten binnen een behandelperiode. Het aantal behandelcontacten en de duur van een behandelperiode bij fysiotherapeuten wordt bepaald door de indicatie waar de patiënt voor komt. Dit is afhankelijk van de hulpvraag, de aard van de klachten en de specifieke situatie van de patiënt. Zo kan een patiënt met een acute klacht vaak met enkele behandelcontacten geholpen zijn, terwijl patiënten met langdurige klachten (of aandoening) regelmatig fysiotherapie nodig kunnen hebben over een langere periode. Daarentegen zien medisch specialisten in de tweede/derde lijn patiënten vaak eens per jaar of half jaar. Verpleegkundigen in de tweedelijnszorg zien patiënten meestal alleen gedurende hun opname in het ziekenhuis. Een opmerkelijke uitzondering zijn oncologieverpleegkundigen, die patiënten op de langere termijn behandelen terwijl ze een kankerbehandeling ondergaan. Hierdoor is de relatie die de meeste eerstelijns fysiotherapeuten met hun patiënten hebben van langere termijn dan de relatie die verpleegkundigen en medisch specialisten in de tweede- en derdelijnszorg hebben. Een thema in de overtuigingen van zowel verpleegkundigen als fysiotherapeuten was dat langdurig contact met patiënten belangrijk is voor het maken van betekenisvolle en blijvende veranderingen in de leefstijl. Fysiotherapeuten zijn voor burgers vaak een herkenbaar zorgpunt in de wijk. Daarnaast heeft de fysiotherapeut een belangrijke positie tussen de tweedelijns en nuldelijns in. Ten aanzien van leefstijl kan de fysiotherapeut deze positie benutten door leefstijl bespreekbaar te maken en daar een passend vervolg aan geven door te adviseren of door te verwijzen. Sommige verpleegkundigen merkten op dat dit gebrek aan langdurig contact in hun rol een belemmering vormt voor het begeleiden van leefstijlverandering, als vervolg op het bespreken van leefstijl: zodra de discrete klacht die een patiënt naar het ziekenhuis bracht is opgelost, is de zorgrelatie in wezen voorbij.

### Verschillen in duur van contactmomenten

Verpleegkundigen, fysiotherapeuten en medisch specialisten zien patiënten voor verschillende tijdsduur. Fysiotherapeuten bieden doorgaans langere afspraken, terwijl verpleegkundigen en medisch specialisten minder tijd per patiënt hebben. In meer tijd kun je meer doen, maar dat betekent niet noodzakelijk dat de leefstijl aan bod komt: een fysiotherapeut met doorgaans een afspraak van een half uur noemt "gebrek aan tijd" als een belemmering, net zoals een medisch specialist die een patiënt 10 minuten ziet. In meer tijd kan de zorgverlener in theorie meer doen, maar dit betekent niet dat het leefstijlgesprek vanzelfsprekend aan bod kwam. De tijd die de zorgverlener heeft is namelijk gebaseerd op de functie en kerntaken die de desbetreffende zorgverlener heeft. Het leefstijlgesprek is hier niet per definitie onderdeel van.

### Verschillen in beleid intern

Zorgverleners verschillen in de mate van controle die ze hebben over hun werkplek. Verpleegkundigen en medisch specialisten die in ziekenhuisomgevingen werken, hebben relatief minder controle over hun werkplek, omdat ze afhankelijk zijn van de prioriteiten en doelen van het ziekenhuis. Hun persoonlijke vermogen om leefstijl te bespreken in de dagelijkse praktijk, kan daardoor sterker afhangen van de vraag of het beleid intern van hun specifieke ziekenhuis dit ook als een belangrijk onderwerp beschouwt. Wanneer verpleegkundigen specifieke zorgprotocollen moeten volgen, kan dit hen soms beletten om ook leefstijl te bespreken: als het niet in het protocol staat, moeten verpleegkundigen het "ernaast" uitvoeren.

Hierdoor komt leefstijl op de schouders van enthousiastelingen terecht, wat zij als uitputtend kunnen ervaren als ze niet door hun werkomgeving worden ondersteund.<sup>10</sup> Wie de exacte “leiders” zijn, verschilt per zorgberoep. De betrokkenheid van die leiders bij leefstijl is van vitaal belang voor het vermogen van individuele zorgverleners om leefstijl te bespreken.

## Verschillen in financiering

Wanneer patiënten meer nodig hebben dan alleen verwijzing naar een betrouwbare bron van gezondheidsinformatie, is passende én gratis of vergoede zorg vinden waarbij patiënten in hun leefstijlverbetering ondersteund worden, een gedeelde zorg. Fysiotherapeuten in de eerstelijnszorg krijgen per sessie betaald, en hun betaling neemt overeenkomstig toe met het volume van patiënten. Het type patiënten dat ze zien, is beperkt door de verzekeringsdekking. Met uitzondering van minderjarigen onder de 18 jaar, hangt vergoeding voor fysiotherapie vanuit het basispakket af van de specifieke aandoening. Bij bepaalde chronische aandoeningen worden lange tot zeer lange behandeltrajecten vergoed, terwijl bij andere aandoeningen vergoeding alleen mogelijk is na 20 behandelingen.<sup>15,16</sup> Verder moeten patiënten of zelf betalen of een aanvullende verzekering afsluiten. Dit leidt ertoe dat deze externe factor beperkt met wie fysiotherapeuten leefstijlgesprekken kunnen voeren, veel meer dan bij verpleegkundigen of medisch specialisten.

## Vinden patiënten het vervelend als leefstijl wordt besproken?

Een thema dat uit de gegevens naar voren kwam, was de angst die sommige medisch specialisten en verpleegkundigen ervaren bij het aansnijden van leefstijl, uit bezorgdheid over het uitlokken van negatieve reacties zoals boosheid, schaamte of belediging. Dit thema is consistent met eerder onderzoek dat aangeeft dat zorgverleners terughoudend kunnen zijn om leefstijl ter sprake te brengen, vooral onderwerpen die zij als gevoelig beschouwen.<sup>17-20</sup> De gegevens tonen echter aan dat veel patiënten in werkelijkheid heel blij zijn dat hun leefstijl door hun zorgverleners wordt aangesproken. Een studie uit 2016 toonde aan dat zwangere vrouwen met overgewicht openstonden voor leefstijlgesprekken, waarbij sommigen aangaven dat ze proactiever waren geweest in het aanpakken van hun leefstijl als hun zorgverlener het onderwerp had besproken.<sup>21</sup> Ondanks deze openheid meldde de meerderheid dat leefstijl nooit ter sprake was gekomen bij hun zorgverleners. Een andere studie uit 2007 met patiënten met overgewicht toonde aan dat zij zelfs vaker dan hun huisartsen gesprekken over gewicht initiëren.<sup>22</sup> Ter ondersteuning van deze bevindingen gaven enkele zorgverleners die in de huidige studie waren geïnterviewd aan dat ze reacties van dankbaarheid hadden ervaren naar aanleiding van leefstijlgesprekken. Patiënten waarderen het dat er op deze manier wordt meegedacht over hun leefstijl en tonen nieuwsgierigheid hoe zij meer regie over hun gezondheid kunnen krijgen. Een verklaring voor het feit dat dit thema niet naar voren kwam bij fysiotherapeuten kan zijn dat binnen hun werkzaamheden het in de lijn der verwachting ligt dat leefstijl ter sprake komt tijdens de afspraak. In het ziekenhuis is dit nog niet altijd het geval en ligt de focus en verwachting van de patiënt vaker op behandelmethoden, al dan niet chirurgisch of medicamenteus.

## Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

De geïnterviewde zorgverleners varieerden in leeftijd, werkervaring, specialisatie en geografische spreiding. Dit stelde ons in staat een breed scala aan ervaringen vast te leggen, wat de geloofwaardigheid en toepasbaarheid van de resultaten vergroot. Er was echter een beperking in het zorgniveau waarin de verschillende beroepsgroepen werkzaam waren: de geïnterviewde verpleegkundigen werkten voornamelijk in de tweede- en derdelijnszorg, de fysiotherapeuten uitsluitend in de eerstelijnszorg, en de medisch specialisten alleen in de derdelijnszorg. Hierdoor reflecteren de resultaten vooral de attitudes en behoeften van deze specifieke groepen en zijn mogelijk minder representatief voor andere zorgverleners.

Daarnaast is het waarschijnlijk dat zorgverleners die al meer betrokken zijn bij leefstijlthema's eerder

geneigd waren om zich aan te melden voor deelname aan dit onderzoek. Om dit te beperken, hebben we een financiële vergoeding aangeboden en expliciet ook zorgverleners uitgenodigd die in hun werk niet nadrukkelijk met leefstijl bezig zijn. Desondanks is het mogelijk dat de attitudes en motivaties die in dit onderzoek naar voren kwamen positiever zijn dan in werkelijkheid het geval is.

In het onderzoek is datasaturatie bereikt, wat wil zeggen dat we in de laatste paar interviews geen nieuwe attitudes, motivatie of behoeftes gehoord hebben. De geïdentificeerde thema's zijn bovendien in lijn met eerder onderzoek op dit gebied.<sup>23-25</sup> Toch is het niet mogelijk om op basis van dit onderzoek aan te geven wat geprioriteerd moet worden. Hiervoor zal aanvullend vragenlijst onderzoek uitgevoerd moeten worden onder een grotere groep zorgprofessionals.

## Aanbevelingen

De interviews geven een eerste inzicht in de generieke en beroeps-specifieke behoeften van zorgprofessionals in het bespreken van leefstijl in de dagelijkse praktijk. Vanuit dit eerste inzicht, is het belangrijk dat er vervolgstappen gezet worden waarmee zij uiteindelijk beter ondersteund worden in hun rol om leefstijl bespreekbaar te maken. Zoals het bevragen van grotere groepen zorgprofessionals via beroepsorganisaties. Verder valt te denken aan:

- opname van leefstijl in het formele onderwijs als bron van beroepsgroep-specifieke kennis en om aan te geven dat het bespreken van leefstijl bij de rol van toekomstig zorgverlener hoort.<sup>26,27</sup> Met daarbinnen speciale aandacht voor hoe externe sociale factoren van patiënten de capaciteit voor gedragsverandering beïnvloeden en hoe zorgverleners hun benadering van leefstijlgesprekken het beste daarop kunnen aanpassen;<sup>28-31</sup>
- richtlijnontwikkelprocessen optimaliseren om leefstijlaanbevelingen, die bijvoorbeeld al in 66% van de medisch specialistische richtlijnen staan, meer handelingsperspectief te geven en het toepassen ervan te bevorderen;<sup>3</sup>
- integreren van het bespreken van leefstijl in bestaande werkprocessen van praktijken en ziekenhuizen met aandacht voor de unieke rol van de verschillende zorgverleners.
- lijst met betrouwbare hulpbronnen op het gebied van online en fysieke leefstijlinformatie voor patiënten.
- in (bij- en na)scholing ingaan op hoe het onderwerp leefstijl respectvol ter sprake kan worden gebracht terwijl de zorgverlener-patiëntrelatie en de positieve uitkomsten ervan op het gebied van vertrouwen, naleving en motivatie,<sup>32-34</sup> gewaarborgd blijven.

## Verantwoording

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de leefstijl in de zorg coalitie, Team Praktijkimplementatie en Kwaliteit (PIEK), door een team van onderzoekers van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), afdeling Public Health en eerstelijns geneeskunde/Nationaal eHealth Living Lab (NeLL) (LS, MK en MT), die ruime ervaring hebben op het gebied van duurzame zorg, implementatie en opschaling, en onderzoekers van het Amsterdam UMC, die gespecialiseerd zijn in de implementatie van leefstijlinterventies in de zorg (JJ, MvD). Het team werd begeleid door KAMG (KvtL).

Om de kwaliteit en relevantie van het onderzoek te waarborgen, is een stuurgroep opgericht met vertegenwoordigers uit diverse zorgdisciplines, waaronder het KNGF, het NHG, en de Coalitie Leefstijl in de Zorg.

Medisch Ethische Toetsings Commissie van het Amsterdam UMC heeft beoordeeld dat deze studie niet valt onder medisch onderzoek met mensen volgens de bijbehorende wet (WMO) (METC nummer: 2020.0756).

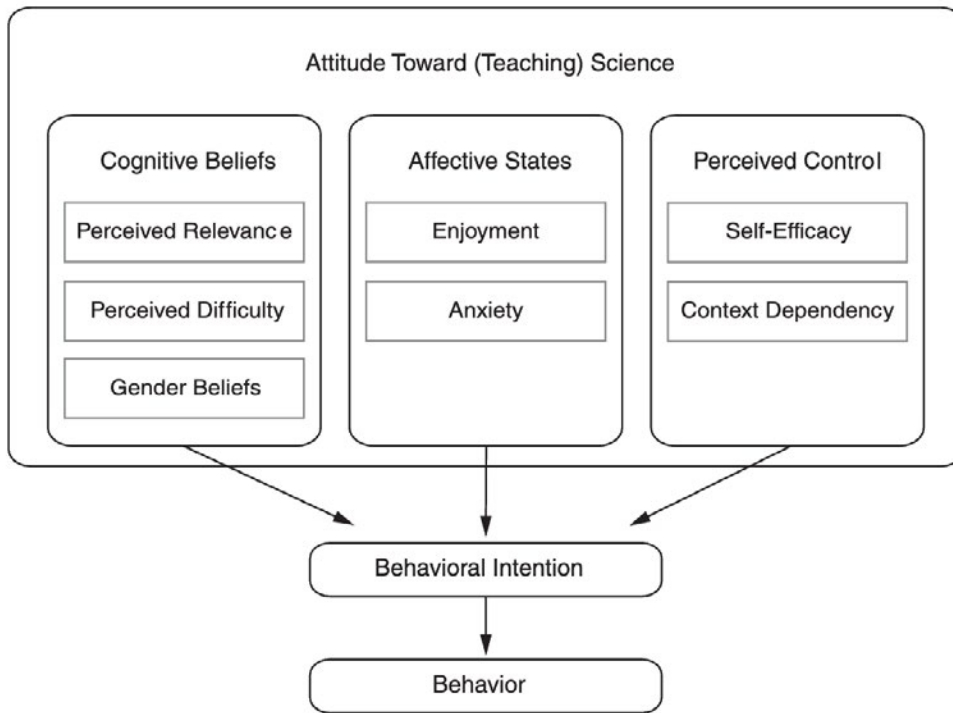
## Referenties

1. Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport; 2022. Verkrijgbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
2. <https://leefstijlcoalitie.nl/nieuws/nieuw-handreiking-leefstijlzorgloket-vanuit-het-ziekenhuis/>
3. Coalitie leefstijl in de zorg. Leefstijl in richtlijnen: Inzicht in leefstijladvies in richtlijnen van veelvoorkomende aandoeningen. 2024. Verkrijgbaar op: <https://leefstijlcoalitie.nl/wp-content/uploads/2024/05/Leefstijl-in-Richtlijnen.pdf>
4. Team PIEK: "Leefstijl inbedden in gereedschapskist van zorgverleners". Coalitie Leefstijl in de Zorg; 2023. Verkrijgbaar op: <https://leefstijlcoalitie.nl/interview/leefstijl-inbedden-in-gereedschapskist-van-zorgverleners/#:~:text=Team%20Praktijkimplementatie%20en%20Kwaliteit%20>
5. Behm L, Brånhage M, Jönsson S, Rask M. Balancing barriers and strategies–Nurses' experiences of conducting lifestyle counseling. *Public Health Nursing*. 2024 Sep 9.
6. Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC family practice*. 2010 Dec;11:1-7.
7. Sousa MF, Moor F. Physiotherapists' Perceptions of the Influence of Their Health Behaviours on Their Advice to Patients. *Cureus*. 2023 Feb;15(2).
8. Peters K, Halcomb E. Interviews in qualitative research. *Nurse Researcher* (2014+). 2015 Mar 1;22(4):6.
9. Amberscript. Transcript service. 2023. Available from: <https://www.amberscript.com/>
10. van Aalderen S, Smeets SI, Walma van der Molen JH, Asma LJ. Primary teachers' attitudes toward science: A new theoretical framework. *Science education*. 2012 Jan;96(1):158-82.
11. Ryan RM, Deci EL. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press; 2017.
12. ATLAS.ti. Version 9. Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; 2023. Verkrijgbaar op: <https://www.atlasti.com/>
13. MaxQDA. Version 2022. Berlin: VERBI Software; 2022. Verkrijgbaar op: <https://www.maxqda.com/>
14. Kelley K, Abraham C. Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Mar;16(3):569-79.
15. Besluit zorgverzekering (bijlage 1). Verkrijgbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2024-09-14/#Bijlage1>
16. Zorginstituut Nederland. Fysiotherapie en oefentherapie. Verkrijgbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/fysiotherapie-en-oefentherapie-zvw#:~:text=Fysiotherapie%20of%20oefentherapie%20kan%20onderdeel,vanuit%20het%20basispakket%20worden%20vergoed>
17. Warr W, Aveyard P, Albury C, Nicholson B, Tudor K, Hobbs R, Roberts N, Ziebland S. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GPs' and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care. *Obesity Reviews*. 2021 Apr;22(4):e13151.
18. Smith DM, Cooke A, Lavender T. Maternal obesity is the new challenge; a qualitative study of health professionals' views towards suitable care for pregnant women with a Body Mass Index (BMI)  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>. *BMC pregnancy and childbirth*. 2012 Dec;12:1-8.
19. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *Journal of Family Practice*. 2001 Jun 1;50(6):513-
20. Sharma AM, Bélanger A, Carson V, Krah J, Langlois MF, Lawlor D, Lepage S, Liu A, Macklin DA,

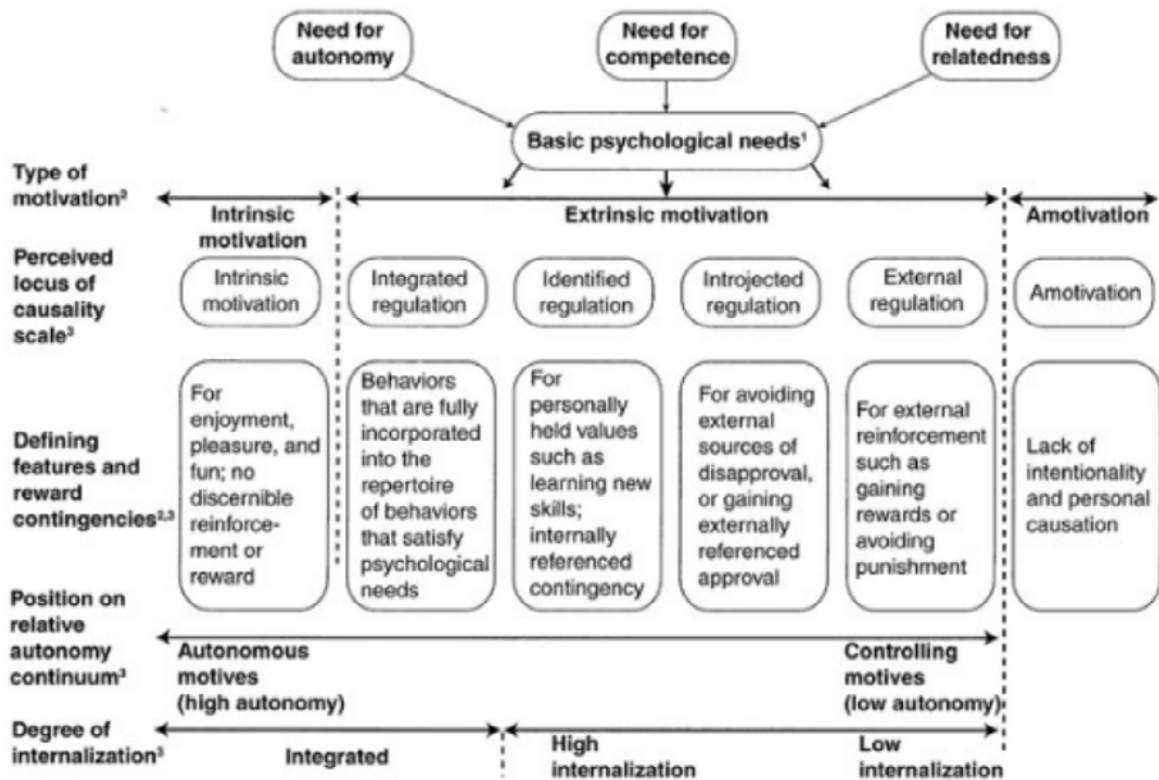
- MacKay N, Pakseresht A. Perceptions of barriers to effective obesity management in Canada: Results from the ACTION study. *Clinical obesity*. 2019 Oct;9(5):e12329.
21. Jelsma JG, Van Leeuwen KM, Oostdam N, Bunn C, Simmons D, Desoye G, Corcoy R, Adelantado JM, Kautzky-Willer A, Harreiter J, Van Assche FA. Beliefs, barriers, and preferences of European overweight women to adopt a healthier lifestyle in pregnancy to minimize risk of developing gestational diabetes mellitus: an explorative study. *Journal of pregnancy*. 2016;2016(1):3435791.
  22. Pollak KI, Ostbye T, Alexander SC, Gradison M, Bastian LA, Brouwer RJ, Lyna P. Empathy goes a long way in weight loss discussions: female patients are more likely to step up weight loss efforts when a physician shows empathy and offers support. *Journal of Family Practice*. 2007 Dec 1;56(12):1031-7.
  23. Bräutigam Ewe M, Hildingh C, Månsson J, Lydell M. Primary care nurses' perceptions and experiences of patients being overweight or obese as well as visions and attitudes about working with lifestyle issues: a qualitative interview study. *BMC nursing*. 2021 Dec;20:1-1.
  24. Ligibel JA, Jones LW, Brewster AM, Clinton SK, Korde LA, Oeffinger KC, Bender CM, Tan W, Merrill JK, Katta S, Alfano CM. Oncologists' attitudes and practice of addressing diet, physical activity, and weight management with patients with cancer: findings of an ASCO survey of the oncology workforce. *Journal of oncology practice*. 2019 Jun;15(6):e520-8.
  25. O'Donoghue G, Cunningham C, Murphy F, Woods C, Aagaard-Hansen J. Assessment and management of risk factors for the prevention of lifestyle-related disease: a cross-sectional survey of current activities, barriers and perceived training needs of primary care physiotherapists in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*. 2014 Jun 1;100(2):116-22.
  26. Melariri H, Osoba TA, Williams MM, Melariri P. An assessment of nurses' participation in Health Promotion: A knowledge, perception, and practice perspective. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2022 Mar;63(1):E27.
  27. Sousa MF, Moor F. Physiotherapists' Perceptions of the Influence of Their Health Behaviours on Their Advice to Patients. *Cureus*. 2023 Feb;15(2).
  28. Warr W, Aveyard P, Albury C, Nicholson B, Tudor K, Hobbs R, Roberts N, Ziebland S. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GPs' and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care. *Obesity Reviews*. 2021 Apr;22(4):e13151.
  29. Job C, Adenipekun B, Cleves A, Gill P, Samuriwo R. Health professionals implicit bias of patients with low socioeconomic status (SES) and its effects on clinical decision-making: a scoping review. *BMJ open*. 2024 Jul 1;14(7):e081723.
  30. Singh V, Jaiswal A, Porter JD, Ogden JA, Sarin R, Sharma PP, Arora VK, Jain RC. TB control, poverty, and vulnerability in Delhi, India. *Tropical Medicine & International Health*. 2002 Aug;7(8):693-700.
  31. Wang D, Dai X, Mishra SR, Lim CC, Carrillo-Larco RM, Gakidou E, Xu X. Association between socioeconomic status and health behaviour change before and after non-communicable disease diagnoses: a multicohort study. *The Lancet Public Health*. 2022 Aug 1;7(8):e670-82.
  32. Eton DT, Ridgeway JL, Linzer M, Boehm DH, Rogers EA, Yost KJ, Finney Rutten LJ, Sauver St JL, Poplau S, Anderson RT. Healthcare provider relational quality is associated with better self-management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions. *Patient preference and adherence*. 2017 Sep 26:1635-46.
  33. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient education and counseling*. 2012 Oct 1;89(1):57-62.
  34. Orom H, Underwood III W, Cheng Z, Homish DL, Scott IY. Relationships as medicine: quality of the physician-patient relationship determines physician influence on treatment recommendation adherence. *Health services research*. 2018 Feb;53(1):580-96.

# Bijlage

**Figuur 1:** 2011 theoretisch attitudes model van van Aalderen-Smeets, Walma van der Molen, en Asma.<sup>3</sup>



**Figuur 2:** 2017 Self-Determination Theory model van Ryan en Deci.<sup>4</sup>





[www.kamg.nl](http://www.kamg.nl)