

# Persoonlijke aandacht voor leefstijl en gezondheid

*Een fenomenologisch onderzoek naar beweegredenen van patiënten met EPA voor deelname aan een metabole poli*

## Inleiding

Binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden naar schatting 160.000 patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) behandeld (van Veldhuizen, 2012). Bij hen is sprake van een psychiatrische stoornis die behandeling noodzakelijk maakt en die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren. Professioneel gecoördineerde zorg is geïndiceerd omdat deze beperkingen niet van voorbijgaande aard, en zowel oorzaak als gevolg van een psychiatrische stoornis zijn.

Schizofrenie en psychose-spectrumstoornissen komen vaak voor bij deze patiënten (Delespaul & de consensusgroep EPA, 2013). Patiënten met EPA en de diagnose schizofrenie die antipsychotica gebruiken, lopen een verhoogd risico op het metabool syndroom (Scheepers-Hoeks *et al.*, 2008). Dit syndroom is een clustering van risicofactoren, bedoeld om patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten (cvz) en *diabetes mellitus* type 2 (DM2) beter op te sporen (Alberti *et al.*, 2009). Men spreekt van het metabool syndroom als van de vijf risicofactoren minstens drie een afwijkende waarde hebben. Deze risicofactoren zijn: buikomvang, glucose nuchter, bloeddruk, *triglyceriden* nuchter en HDL-cholesterol (Nederlandse Vereniging voor Artsen Somatisch werkzaam in de Psychiatrie, 2011). In de algemene populatie is de prevalentie van het metabool syndroom ongeveer 24% (Scheepers-Hoeks *et al.*, 2008). Bij patiënten met EPA is deze prevalentie rond de 54% (John, Koloth, Dragovic, & Lim, 2009). Deze prevalentie neemt verder toe door het effect van antipsychoticagebruik op de afzonderlijke risicofactoren van het syndroom (Scheepers-Hoeks *et al.*, 2008). Bij patiënten met EPA die aan drie of meerdere risicofactoren van dit syndroom voldoen, is het relatieve risico op cvz tot 3,7 maal zo hoog en de kans op DM 2 tot 3 keer zo hoog (Newcomer, 2006). In vergelijking met de algemene populatie, is de levensverwachting bij deze patiënten 20- 25 jaar korter (Saha, Chant, & McGrath, 2007; Tiihonen *et al.*, 2009). Gezien deze

hoge prevalentie en de gezondheidsrisico's van het metabool syndroom, wordt aanbevolen om patiënten met EPA hier zo vroeg mogelijk op te screenen (Scheepers- Hoeks et al., 2008; Usher, Park, Foster, & Buettner, 2012).

Naast een hoger risico op het metabool syndroom blijkt dat 30% van de patiënten met EPA een ongezonde leefstijl heeft (Scott & Happell, 2011). Leefstijlverbetering kan het syndroom voorkomen, of de ernst ervan beperken (Roberts & Bailey, 2010). In de GGZ dient dan ook aandacht besteed te worden aan de leefstijl van patiënten (Meeuwissen, van Gool, Hermens, & van Meijel, 2015).

Derhalve is sinds 2014 bij Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven (GGZE) een metabole poli gestart. Na aanmelding worden patiënten met EPA die antipsychotica gebruiken, jaarlijks op het metabool syndroom gescreend. Na meting van de risicofactoren (bloedwaarde-test, buikomvang, gewicht en bloeddruk) nodigt men patiënten uit om de resultaten te bespreken en de huidige leefstijl te inventariseren. Verwijzing naar huisarts of specialist vindt indien nodig plaats (M. Versteegen, persoonlijke communicatie, 25 maart 2016).

Bij een verhoogd risico op het syndroom worden individuele leefstijlinterventies aangeboden door de poliverpleegkundigen en indien gewenst kunnen patiënten gebruikmaken van het groepsgerichte bewegingsaanbod van GGZE. De individuele leefstijlinterventies worden afgestemd op de persoon en sluiten aan bij persoonlijke leefstijl en motivatie voor aanpassing daarvan. Interventies kunnen gericht zijn op het bewegingspatroon, voedingspatroon, drank, drugs- en nicotinegebruik van de patiënt. Het doel is gewichtsafname, intensivering van het bewegingspatroon, bloeddrukverlaging en/of verlaging van cholesterolwaarden (Weekers, 2013). Zeventig procent van de patiënten maakt gebruik van het behandelaanbod van deze poli (M. Versteegen, persoonlijke communicatie, 25 maart 2016), maar het is onbekend wat deze patiënten motiveert om deel te nemen.

Uit de literatuur blijkt dat motivatie voor deelname aan individuele leefstijlinterventies door patiënten met EPA mede wordt beïnvloed door de psychiatrische ziekte en psychofarmaca, alsook de attitude van de verpleegkundige (Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen, & Anneman, 2013). Bij groepsgerichte leefstijlinterventies worden dezelfde factoren van invloed bevonden (Johnstone, Nicol, Donaghy, & Lawrie, 2009; Roberts & Bailey, 2013). Diverse onderzoeken naar groepsgerichte leefstijlinterventies laten zien dat de vormgeving van de interventie en diverse persoonlijke patiënt-factoren deelname beïnvloeden (Roberts & Bailey, 2010; Wärdig, Bachrach-Lindström, Hutsjö, Lindström, & Foldemo, 2015). Er zijn echter geen onderzoeken bekend die antwoord geven op de vraag wat voor de doelgroep zelf de intrinsieke beweegredenen zijn voor deelname aan een metabole poli en de daar aangeboden individuele leefstijlinterventies.

Met dit onderzoek wordt beoogd inzicht te geven in beweegredenen van patiënten met EPA voor deelname aan een metabole poli. Deze inzichten kunnen verpleegkundigen handvatten bieden om het zorgaanbod verder te optimaliseren.

## Methoden

### Onderzoeksontwerp

In dit kwalitatieve onderzoek naar de beweegredenen voor deelname aan de metabole poli door patiënten met EPA is gekozen voor een fenomenologisch ontwerp. Het doel was om door middel van interviews de essentie voor en betekenisgeving door patiënten te doorgronden (Polit & Beck, 2012). Diepgaand inzicht in deze beweegredenen ontstond door het iteratieve onderzoeksproces, waarbij de dataverzameling en -analyse elkaar afwisselden en aanvulden (Bryman, 2016). Door het retrospectieve karakter van de interviews moesten participanten uit hun herinneringen putten, wat het risico van de *recall bias* met zich meebrengt (Polit & Beck, 2012). Om dit risico te verkleinen vonden de interviews plaats binnen drie weken na het polibezoek.

### Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten met EPA die zorg ontvangen van een *Function Assertive Community Treatment*-team (FACT-team) van GGZE en die tussen oktober 2016 en februari 2017 een bezoek brachten aan de metabole poli.

Een doelgerichte steekproeftrekking met maximale variatie selecteerde participanten uit twee FACT-teams. Deze teams zijn gekozen op basis van de gemakkelijke toegankelijkheid ervan voor de onderzoeker (Boeije, 2014). Maximale variatie van participanten werd nagestreefd met behulp van de volgende criteria: geslacht, woonomgeving (stedelijk/ruraal gebied), frequentie en duur van deelname. Daarnaast werd zorggedragen voor een evenredige verdeling van geïncludeerde participanten tussen de twee verschillende poliverpleegkundigen (zie Tabel 1).

De poliverpleegkundigen benaderden potentiële participanten. De eerste zeven participanten werden geïncludeerd op volgorde van polibezoek in de tijd en bereidheid tot deelname. Hierna selecteerde de onderzoeker vijf participanten, waarbij hij trachtte een maximale variatie in de onderzoekspopulatie te bereiken volgens de eerdergenoemde criteria. Een geïncludeerde participant werd geëxcludeerd nadat zij besloot haar onderzoekdeelname te beëindigen. Een tweede geselecteerde participant werd geëxcludeerd vanwege vermelding op het FACT-bord, wat duidt op een (dreigende) psychiatrische crisis (van Veldhuizen, 2012). De onderzoeker benaderde geïncludeerde participanten (zie Tabel 1) nadat zij van de poliverpleegkundigen onder-

**Tabel 1**

Selectiecriteria en kenmerken geïnccludeerde participanten

Criteria maximale variatie	Geïnccludeerde participanten
Geslacht	Vijf mannen, vijf vrouwen (28-54 jaar)
Wonend in stedelijk of ruraal gebied	Vijf participanten uit stedelijk gebied, vijf participanten uit ruraal gebied
Duur van deelname	Één maand tot drie jaar, gemiddeld anderhalf jaar
Frequentie van deelname	Driewekelijks tot jaarlijks; gemiddeld maandelijks
Zorgverlening door welke poliverpleegkundige (twee)	Zes van één poliverpleegkundige, vier van de andere poliverpleegkundige

zoekinformatie hadden ontvangen en hadden ingestemd met onderzoekdeelname.

### Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats middels diepte-interviews, ondersteund met een topiclijst gebaseerd op de literatuur. Diepte-interviews passen bij het fenomenologische ontwerp, vanwege de ruimte voor eigen ervaringen en vanwege bracketing, waarbij de onderzoeker bekende informatie voorafgaand aan de interviews opzijzet (Mortelmans, 2013). De topiclijst voorkwam dat bepaalde onderwerpen niet besproken werden (Boeije, 2014). De topiclijst werd aangevuld met een vraag vanuit de metabole poli, gericht op de mate waarin deelname invloed had op de kwaliteit van leven van participanten (zie Bijlage 1). Een proefinterview met een ervaringsdeskundige werkzaam bij FACT bevestigde dat de interviewtechniek en topiclijst aansloten bij de populatie. Interviews werden op locatievoorkeur van de participant afgenomen, zodat deze zich op zijn gemak voelde om openheid te geven over zijn beleving (Polit & Beck, 2012). In een logboek werden observatienotities gemaakt over ieder interview, waarmee de sfeer van het interview en het non-verbale gedrag van de participant werden vastgelegd (Polit & Beck, 2012). De onderzoeker vulde de *ad verbatim* getranscribeerde en geanonimiseerde interviews aan met deze observatienotities.

### Data-analyse

Dataverzameling- en analyse wisselden elkaar af volgens het model van Colaizzi (Polit & Beck, 2012), waarbij het data-analyseprogramma

ATLAS.ti (<http://www.atlasti.com>) werd gebruikt. Tijdens het gehele proces werd een onderzoeker betrokken als peer reviewer. Daarnaast is het onderzoek gesuperviseerd door de onderzoeksbegeleider van GGZE als tweede peer reviewer. In het logboek werden gedurende het analyseproces methodische en theoretische notities gemaakt. De onderzoeker reflecteerde hierin op persoonlijke opvattingen en ideeën die het onderzoekproces mogelijk beïnvloedden (Boeije, 2014).

Na twee interviews vond een eerste codering plaats door zowel de onderzoeker als de eerste peer reviewer, waarbij consensus werd bereikt over de toegekende codes. Na ieder interview voerde de onderzoeker een data-analyse uit. Hierna vond telkens peer debriefing plaats over de coderingen en overleg over de axiale codering in clustering van relevante thema's. Ook het logboek werd hierbij besproken. Dit iteratieve proces herhaalde zich totdat na negen interviews datasaturatie optrad. Interview tien bevestigde deze saturatie (Polit & Beck, 2012). Tenslotte werd het door selectieve codering mogelijk om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Bij toetsing van de onderzoeksresultaten en -conclusies bij de participanten (*membercheck*) gaven zij aan dat deze herkenbaar en volledig waren.

### **Methodologische kwaliteit**

Om de geldigheid (*trustworthiness*) te vergroten zijn diverse kwaliteitverhogende strategieën toegepast (Mortelmans, 2013; Polit & Beck, 2012). Het proefinterview en de frequente peer debriefing verhogen de geloofwaardigheid (*credibility*). Door de *membercheck* werd nagegaan of de resultaten door de ogen van de participanten als geloofwaardig werden beoordeeld. Om objectief te blijven (*confirmability*) werd bracketing toegepast. Mogelijke beïnvloeding van de onderzoeksgegevens werd omschreven in het logboek, besproken met de peer reviewer en meegenomen in de analyse. Er is sprake van consistentie (*dependability*) doordat geluidsopnames zijn gemaakt, een logboek is bijgehouden en twee peer reviewers zijn ingezet. Ter controle van de consistentie is nog één participant geïnterviewd nadat datasaturatie ontstond. Om de overdraagbaarheid (*transferability*) van de resultaten te vergroten is maximale variatie in de onderzoekspopulatie nagestreefd. Door een zo volledig mogelijke weergave van de ervaringen van participanten met de metabole poli is de authenticiteit (*authenticity*) gewaarborgd. Deze ervaringen stonden centraal in de interviews, die zijn getranscribeerd en aangevuld met de observatienotities. Daarnaast illustreren interviewcitaten de onderzoeksresultaten.

### **Ethische verantwoording**

Het onderzoeksvoorstel is voorgelegd ter inhoudelijke toetsing aan de wetenschapscommissie van GGZE en positief beoordeeld. Deze commissie oordeelde tevens dat het onderzoek niet onder de Wet

Medisch-wetenschappelijk Onderzoek viel. Participanten werden namelijk niet aan een handeling onderworpen en er werden geen gedragsregels opgelegd. Het onderzoek is derhalve niet voorgelegd aan een medisch ethische toetsingscommissie (Centrale Commissie Mensgericht Onderzoek, 2016).

Participanten tekenden voor informed consent en konden te allen tijde besluiten om hun deelname te beëindigen. Anonimisering van de onderzoeksgegevens waarborgde de privacy van participanten (Polit & Beck, 2012).

## Resultaten

Uit de data-analyse kwamen vijf centrale thema's naar voren die de beweegredenen voor metabole poli-deelname vormen. Deze thema's worden in deze paragraaf beurtelings besproken.

De eerste gebleken beweegreden is actieve uitnodiging en opvolging, aansluitend bij de persoonlijke behoefte. Participanten hechtten waarde aan de actieve uitnodiging voor deelname die vrijblijvend werd aangeboden. Het feit dat deelname geen aanvullende ziektezorgkosten met zich meebracht, verlaagde de drempel voor deelname. De frequentie, vorm en inhoud van de aangeboden leefstijlinterventies sloot aan bij de persoonlijke behoefte van participanten, zoals blijkt uit het volgende citaat:

*Participant 9: 'Ik kreeg op een gegeven moment gewoon een brief met een uitnodiging daarvoor... En bij de poliverpleegkundige is dat dan weten en kijken hoe het gaat met het eten en dat soort dingen. Ja het is gewoon net op een ander vlak dus ik vind dat wel heel prettig... Het is voor mij heel laagdrempelig wat voor mij ook super belangrijk is. En daardoor blijf ik ook gewoon komen.'*

Een tweede beweegreden was de behoefte aan monitoring van lichamelijke gezondheid en leefstijl. Angst voor lichamelijke klachten en gevolgen hiervan speelden voor participanten een rol om deel te nemen. Zij waardeerden de geboden monitoring. De gedetailleerde leefstijlinventarisatie en mogelijkheden tot doorverwijzing bood geruststelling en gaf participanten het gevoel van aanwezigheid van een vangnet.

*Participant 6: 'Ik vind het wel prettig dat ik ieder jaar onderzocht word... Om het bij te houden of ik niet in de gevarezone kom, of ik niet op dieet moet gaan of ik niet te hoog cholesterol krijg en geen suiker heb, want ik moet wel zeggen dat ik bang was dat ik het aan mijn hart had... Het is gewoon een geruststelling dat je niet ziek bent zeg maar.'*

Een derde beweegreden was bewustwording en willen leren over gezondheid en leefstijlaanpassingen. Alle participanten hechtten grote waarde aan hun gezondheid. Door deelname kregen zij meer inzicht in aspecten van hun gezondheid, zoals gewicht en bloeddruk. Participanten vonden het prettig dat ze uitleg kregen over de bloedwaarde-test, mogelijkheden tot extra gewichts- of bloeddrukcontrole, alsook praktische tips en ondersteuning. Uitleg over bijvoorbeeld voedings-etiketten op producten of een ondersteunend WhatsApp-bericht tussen polibezoeken door, werden ook op prijs gesteld. Meer inzicht in een gezonde leefstijl ontstond door de gedetailleerde leefstijlinventarisatie en de uitleg hierover.

Participant 9: *'Het echt gaat om die dagelijkse zaken rondom eten, bewegen, ja, het is voor mij ook het koken en aan tafel zitten en dat soort dingen. Ik denk dat ik er anders helemaal niet zo bewust mee bezig zou zijn, maar dit zorgt dan toch altijd weer voor "o ja". Dan ben ik er gewoon meer mee bezig en ik merk ook dat dat echt gewoon belangrijk is.'*

Een vierde beweegreden was de beleving van het contact met de poliverpleegkundige. Diens persoonlijke aandacht bood participanten hoop, steun en geruststelling rondom hun gezondheid. Participanten vertrouwden op de aanwezige expertise. Na een bezoek aan de poli waren zij meer gemotiveerd voor een leefstijlverandering. Daarnaast bleek de beleving van het contact voor participanten belangrijk om deelname te continueren, zeker als een voorgenomen leefstijlaanpassing niet lukte.

Participant 7: *'Zij geeft mij het gevoel dat ik het goed doe. Ondanks dat ik dan zelf denk van 'och het is zus en zo, ik ben alleen maar aangekomen' of wat dan ook. Zij weet altijd wel weer positieve dingen te vinden.'*

De vijfde beweegreden die uit het onderzoek naar voren kwam was meer regie krijgen over het eigen leven. Participanten werden zich bewust van de invloed die zij zelf hadden op hun functioneren door leefstijlaanpassingen. Deelname bood perspectief op andere levensgebieden zoals werk en relaties, wat zorgde voor verbetering in kwaliteit van leven. Gewichtsafname kon bijvoorbeeld zorgen voor meer zelfvertrouwen in sociale contacten, wat hun sociale netwerk vergrootte of zorgde voor betere participatie in de maatschappij.

Participant 10: *'Uiteindelijk merkte ik ook gewoon dat ik ook er veel meer energie van kreeg en veel meer moed en wil om nog van allerlei dingen door te zetten. Niet alleen sportgericht maar ook gewoon in het dagelijks leven.'*

## Discussie

Bij alle vijf de geïdentificeerde thema's die beweegredenen voor deelname aan de metabole poli door patiënten met EPA vormen, staat centraal dat wordt aangesloten bij de persoonlijke behoefte ten aanzien van de inhoud van interventies. Ook Wärdig *et al.* (2015) bevelen aan dat leefstijlinterventies worden geïndividualiseerd. Roberts en Bailey (2010) bevelen na hun narratieve review aan dat verpleegkundigen rekening houden met de persoonlijke behoefte om deelname aan leefstijlinterventies te bewerkstelligen bij de doelgroep.

Poli-afspraken konden zowel bij de participant thuis als op een GGZE-locatie plaatsvinden. De mate en frequentie van deelname werd voor sommige participanten beïnvloed door de mate waarin werd aangesloten bij de persoonlijke voorkeur in locatie van de poli-afpraak en de reisafstand hiernaartoe. Dit onderstreept het belang van een laagdrempelig aanbod, wat ook door Roberts & Bailey (2013) als beïnvloedende factor op deelname aan groepsgerichte leefstijlinterventies werd aangewezen.

Participanten werden zich door polideelname meer bewust van hun gezondheid en leefstijl, zij wilden hierover leren en waardeerden praktische handvatten. Wärdig *et al.* (2015) omschrijft dat gezondheidsvoorlichting idealiter aansluit bij het individuele kennisniveau van de patiënt en dat handvatten voor leefstijlaanpassingen praktisch dienen te zijn. Door de metabole poli werd hierin wisselend op aangesloten. Niet alle participanten wisten wat zij qua ondersteuning en handvatten konden verwachten van de poli. Sommigen wisten niet dat poli-aanmelding gerelateerd was aan hun antipsychotica-gebruik. Uit het huidige onderzoek is niet gebleken dat psychofarmacagebruik of de psychiatrische ziekte polideelname beïnvloedde. Participanten gaven aan dat dit wel hun motivatie voor leefstijlaanpassingen beïnvloedde. Zowel psychofarmacagebruik als de psychiatrische ziekte werden door Roberts en Bailey (2010) wel gevonden als beïnvloedende factoren op de motivatie voor deelname aan leefstijlinterventies.

Persoonlijke aandacht en een steunende, hoopvolle benadering door de poliverpleegkundigen blijkt uit dit onderzoek wel van invloed op de motivatie voor een leefstijlverandering. Dit is conform de literatuur (Johnstone *et al.*, 2009; Roberts & Bailey, 2010). Deze onderzoeken omschrijven daarnaast dat patiënten behoefte hebben aan steun van – en onderlinge vergelijking met – medepatiënten waar het gaat om hun leefstijl. Ook in het huidige onderzoek gaven meerdere participanten dit aan. Sommigen ervoeren echter juist angst voor andere patiënten, of kregen te maken met vooroordelen, wat weer het belang van de individuele benadering van de poli benadrukt.

Participanten ervoeren door deelname aan de poli een toename van regie over hun leven. Uit onderzoek naar een groepsgerichte leefstijl-

interventie (Wärdig *et al.*, 2015) bleek dat patiënten zich meer capabel voelen om de regie te voeren over hun leven, waarbij het stellen van doelen bijdroeg aan de mate van regie en zelfvertrouwen, ongeacht het uiteindelijke resultaat. In het huidige onderzoek stelden participanten in wisselende mate doelen, passend bij hun persoonlijke behoefte om doelen te stellen.

Er kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij de gevonden resultaten. De onderzoekersbias is in dit onderzoek de grootste bedreiging voor de *trustworthiness*, aangezien de onderzoeker zelf het belangrijkste onderzoeksinstrument is (Boeije, 2014). Zoals Heidegger (1962) benadrukt, vertrekt de onderzoeker al vanuit een eigen perspectief, waardoor hij niet volkomen objectief zal zijn. Deze bias werd zoveel mogelijk ondervangen door toepassing van *bracketing*, frequente *peer debriefing* en de uitgevoerde *membercheck*. Deze elementen sluiten aan bij het fenomenologische onderzoeksontwerp (Mortelmans, 2013).

Ondanks de nagestreefde maximale variatie wordt de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de FACT-populatie verlaagd doordat patiënten die niet deelnemen aan de metabole poli, niet zijn betrokken in dit onderzoek. Dit kan aanleiding zijn voor vervolgonderzoek.

De interviews hebben bruikbare resultaten opgeleverd die kunnen bijdragen aan optimalisatie van de zorgverlening vanuit de poli, wat de klinische relevantie van het onderzoek onderbouwt.

## Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat een individuele benadering de mogelijkheid biedt om aan te sluiten bij de persoonlijke behoefte van de patiënt, wat deelname aan een metabole poli voor patiënten met EPA bevordert. Uit de interviews zijn vijf thema's geïdentificeerd die bevestigden voor poli-deelname door de doelgroep vormen: actieve uitnodiging en opvolging, monitoringsbehoefte, bewustwording en willen leren over gezondheid en leefstijlaanpassingen, beleving van het persoonlijke contact alsook meer regie over hun leven. Op basis van deze bevindingen wordt het aanbevolen om het zorgaanbod te optimaliseren: continuering van de individuele benadering; duidelijke voorlichting over zorgaanbod en zorginhoud van de poli zodat patiënten weten welke ondersteuningsmogelijkheden er zijn; aansluiten bij persoonlijke behoeften ten aanzien van de wens om doelen te stellen, de locatie van de afspraak te bepalen en de mate en vorm van ondersteuning; uitbreiding van het huidige groepsaanbod binnen GGZE, gericht op voeding en beweging, met als speerpunten laagdrempeligheid en toegankelijkheid voor alle patiënten.

Kwalitatief vervolgonderzoek bij patiënten die geen gebruik maken van de metabole poli kan bijdragen aan verdere vergroting van de inzichten in beweegredenen om al dan niet deel te nemen.

## Literatuur

- Alberti, K.G., Eckel, R.H., Grundy, S.M., Zimmet P.Z., Cleeman, J.I., Donato, K.A., Fruchart, J.C., James, W.P., Loria, C.M., & Smith, S.C. jr. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the study of Obesity. *Circulation*, 120, 1640-1645.
- Boeije, H. (2014). *Analysen in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Centrale Commissie Mensgericht Onderzoek (2016). *Uw onderzoek WMO plichtig of niet*. Geraadpleegd op 21 augustus 2016 van <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-pliktig-of-niet>
- Delespaul, P.H., & de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55, 6, 427-438.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. London: SCM.
- John, A.P., Koloth, R., Dragovic, M., & Lim, S.C.B. (2009). Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness. *Medical Journal of Australia* 190(4), 176-179.
- Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 18, 6, 523-532.
- Meeuwissen, J.A.C., Gool, R. van, Hermens, M., & Meijel, B. van (2015). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. *Nederlands Tijdschrift voor evidence based practice*, 4, 7-10.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Den Haag: Acco Nederland.
- Nederlandse Vereniging voor Artsen Somatisch werkzaam in de Psychiatrie (2011). *NVASP Richtlijn 3: Metabool syndroom*. Geraadpleegd op 21 mei 2017 van <http://www.nvasp.nl/sites/default/files/richtlijn3.pdf>
- Newcomer, J.W. (2006). Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (Suppl.9), 25-30.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Roberts, S.H., & Bailey, J.E. (2010). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of advanced nursing* 67, 10, 690-708.
- Roberts, S.H., & Bailey, J.E. (2013). An ethnographic study of Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of Advanced Nursing* 69 (11), 2514-2524.
- Saha, S., Chant, D. & McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 64 (10), 1123-1131.
- Scott, D., & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy Life behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 589-597.
- Scheepers-Hoeks, A.M.J.W., Wessels-Basten, S.J.W., Scherders, M.J.W.T., Bravenboer, B., Loonen, A.J.M., Kleppe, R.T., & Grouls, R.J.E. (2008). Schizofrenie en antipsychotica: samenhang met het metabool syndroom. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50, 10, 645-654.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A., & Haukka, J. (2009). 11-years follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN 11 study). *The Lancet*, 374(9690), 620-627.

- Usher, K., Park, T., Foster, K., & Buettner, P. (2012). A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. *Journal of Advanced Nursing* 69 7, 1539–1548.
- Veldhuizen, R. van (2012). FACT wijkteams vernieuwen sociale psychiatrie. *Psycho-praktijk* 4 ,2, 19-23.
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., & Annemans (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1569-1578.
- Wärdig, R., Bachrach- Lindström, M., Hutsjö, S., Lindström, T., & Foldemo, F. (2015). Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1815-1824.
- Weekers, L.P.C.M. (2013). *Effectiveness study of the interventions Vital Steps and Lifestyle advice on the Metabolic Syndrome parameters among patients who use antipsychotic medication*. Maastricht: Maastricht University.

---

Openingsvraag:

*'Wat zijn uw beweegredenen om naar de afspraak met de poliverpleegkundige toe te komen?'*

<b>Topic</b>	<b>Eventuele verdiepende thema's</b>
Beïnvloedende redenen	Psychiatrische ziekte en psychofarmaca op functioneren (controle op gedrag, motivatie, participatie) Angst (voor gedragsverandering/deelname) Zelfbeeld/zelfvertrouwen Afleiding Bewustzijn lichamelijke gezondheid Gewicht Ondersteuning sociaal netwerk
Mening over het aanbod	Wat zoek je in aanbod? Wat hoopte je te vinden? (Voorkeur/reden voor groeps- of individuele interventie)
Contact met de verpleegkundige	Attitude/ persoonskenmerken Participatie aan interventies
Mening over kwaliteit van leven	Dingen verandert sinds deelname?
Toekomstperspectief	Waar wil je naar toewerken? (doelen) Voor-nu-na deelname

---

### Samenvatting

*Achtergrond:* Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) lopen een verhoogd risico op het metabool syndroom. Leefstijlverbetering kan dit syndroom voorkomen of de ernst ervan terugdringen. Dit onderzoek geeft inzicht in beweegredenen van de doelgroep voor deelname aan een metabole poli, waar individuele leefstijlinterventies worden ingezet.

*Methode:* Het betreft een fenomenologisch onderzoek. Uit tien diepte-interviews bij patiënten met EPA die deelnemen aan een metabole poli zijn data verzameld en geanalyseerd volgens het Colaizzi-model.

*Resultaten:* Er zijn vijf centrale beweegredenen geïdentificeerd voor poli-deelname door de doelgroep: actieve uitnodiging en opvolging, monitoringsbehoefte, bewustwording en willen leren over gezondheid en leefstijlaanpassingen, beleving van het persoonlijke contact alsook meer regie over hun leven.

*Conclusie:* Deelname aan een metabole poli door patiënten met EPA wordt bevorderd doordat bij de individuele benadering wordt aangesloten bij de persoonlijke behoefte van patiënten.

*Aanbevelingen:* Continuering van de individuele benadering is gewenst. Duidelijke voorlichting over zorgaanbod, zorginhoud en aansluiten bij de persoonlijke behoefte, bevordert aansluiting bij de zorgvraag. Aanvullend laagdrempelig groepsaanbod is aan te bevelen. Kwalitatief vervolgonderzoek bij patiënten die geen gebruik maken van de metabole poli, kan bijdragen aan verdere vergroting van de inzichten naar beweegredenen om al dan niet deel te nemen.

*Trefwoorden:* EPA, leefstijlinterventie, metabool syndroom

**Gea Bijzitter** is werkzaam als verpleegkundig specialist en seksuoloog bij GGZ Friesland, afdeling Forensische Psychiatrie en deelbehandeling Seksuologie. Gea heeft in juli 2016 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

*Met dank aan alle inspirerende vrouwen die deelnamen aan het therapieprogramma 'Vrouwen en seksualiteit'. Daarnaast ook dank aan Nynke Dokkum, Rob van den Brink, Charmaine Borg, Jelto Drenth, Cas Zwarte en Lutske Sytema.*

**Anne-Marie Dingenouts** is werkzaam als verpleegkundig specialist bij PsyQ Rotterdam, polikliniek bipolaire stoornissen. Annemarie heeft in december 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

*Met dank aan Nienke Kool en Cinderella Zwennes voor ondersteuning en feedback.*

**Lisanne van de Graaf** is momenteel werkzaam als verpleegkundig specialist GGZ bij Antes, polikliniek Vlaardingen. Lisanne heeft in december 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

*Met dank aan Giel Verhaegh, Linda Vervat en Arina van Mierlo voor ondersteuning en feedback.*

**Mariska Middelkoop** is werkzaam als verpleegkundig specialist bij Altrecht, polikliniek persoonlijkheidsstoornissen. Mariska heeft in december 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

**Marieke Roelofs** is werkzaam als verpleegkundig specialist bij Parnassia Groep (PsyQ Zaandam), zorgprogramma bipolaire stoornissen, ADHD en lichttherapie. Marieke heeft in september 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

*Met dank aan Connie Alberts en Robert Meijburg voor ondersteuning en feedback.*

**Linda Vervat** is werkzaam als verpleegkundig specialist bij GGZ Centraal, afdeling ziekenhuispsychiatrie. Linda heeft in december 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

*Met dank aan Giel Verhaegh, Lianne van de Graaf en Teie Salomons voor ondersteuning en feedback.*

**Tineke Wiarda** is werkzaam als verpleegkundig specialist bij GGZ Friesland, Intensive Home Treatment. Tineke heeft in december, 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond.

*Met dank aan Nynke Boonstra en Sita Roorda voor ondersteuning en feedback.*

**Noortje Wijnekus** is werkzaam als verpleegkundig specialist GGZ bij GGZE, FACT Regio Noord. Noortje heeft in december 2017 de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ afgerond. Meegewerkt aan dit artikel hebben Mw Prof. dr. I.M.B. Bongers en Mw dr. C. Urban.

*Met dank aan dhr G. Urban voor zijn bemoediging en ondersteuning.*