
MET IEMAND MEE(R) BEWEGEN

Het vroegtijdig inzetten van samen bewegen bij patiënten met severe mental illness

Douwe Nauta, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige /aio GGZ Verpleegkundig Specialist, Verslavingszorg Noord Nederland (tijdens het artikel werkzaam bij GGZ Friesland)

*Zoals yin en yang om elkaar heen bewegen.
Tegengesteld en toch één.
Zoals de seizoenen altijd doorgaan en veranderen.
Eb en vloed, de wind die komt en gaat.
Het leven, altijd in beweging.
Je hart dat klopt, je ademhaling.
Die oertrilling.
Tegelijkertijd is er het wu wei van de Tao,
het niets doen, niets forceren, meegaan met de stroom.
Ook altijd weer die balans.*

Tao Te Tjing

Via de huisarts werd een crisis aangemeld. Het betrof een man die toenemend last had van depressieve klachten met mogelijk een psychotische component. Volgens de huisarts kwam de man bijna niet meer buiten en had hij momenten dat hij het leven niet meer zag zitten. Met de huisarts sprak ik af op huisbezoek te gaan. De woning was erg donker. De woonkamer stond blauw van de rook. De man zat op een stoel met een stapel lege sigarettenpakjes naast zich. Hij zag er slecht uit (grauw gelaat) en maakte een sombere indruk. Ik stelde voor om een klein ommetje te maken. Hoewel hij eerst aangaf er weinig energie voor te hebben, nam hij wel zijn jas aan die ik hem aanreikte. Eenmaal buiten kwam tijdens het lopen langzamerhand een gesprek op gang waarbij hij het een en ander vertelde over de achtergrond van zijn situatie.....

Assertive Community Treatment (ACT) is een model om zorg te bieden aan mensen met langdurige of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. Het betreft patiënten uit de zogenoemde Severe Mental Illness (SMI) doelgroep. Deze doelgroep wordt gekenmerkt door instabiel functionerende patiënten met complexe problemen op diverse levensgebieden die zorg vaak afwijzen of niet om hulp vragen (Veldhuizen, 2008). Tijdens het werken in een ACT-team heb ik gemerkt dat het vroegtijdig inzetten van samen bewegen een positieve invloed heeft op het behandelcontact en welbevinden van de patiënt. Onder 'samen bewegen' versta ik hier het samen ondernemen van een activiteit die lichaamsbeweging vereist (bijvoorbeeld wandelen of fietsen). Met dit artikel wil ik contact maken en samen bewegen met elkaar verbinden en daarbij verhelderen hoe de verpleegkundige het bewegen in kan zetten als interventie in de fase van contactopbouw bij de beschreven doelgroep.

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen houden regelmatig letterlijk de deur dicht. Door het teruggetrokken leven is hun netwerk vaak beperkt. De problemen die hierdoor ontstaan hebben een negatieve invloed op de psychiatrische aandoening. Met contact maken en opbouwen kan een belangrijke basis gelegd worden voor het kunnen starten van een behandeling.

Bij de doelgroep SMI is dit van belang, omdat de zorg vaak ongevraagd wordt aangeboden (bemoeizorg). Zeker op momenten dat er sprake is van een crisis of problemen die al langer bestaan en uitzichtloos lijken. Vroegtijdige herkenning en snelle interventies zijn bij deze doelgroep van groot belang. Hoe langer de behandeling uitgesteld wordt, hoe groter de teloorgang is. De eerste contacten zijn bedoeld als kennismaking en het winnen van vertrouwen. Dit begint vaak met een dun lijntje dat door het minste of geringste kan breken. Het is aan de ervaring en professionaliteit van de verpleegkundige om bewust te zijn van de factoren die het contact bevorderen of juist belemmeren en hierop te anticiperen. Dat bewegen belangrijk is, is op te maken uit de vele initiatieven om beweging te bevorderen. Runningtherapie is daar een voorbeeld van. Deze interventies worden echter vooral ingezet vanaf het moment dat de patiënt enigszins stabiel is. De intake is afgerond en er is sprake van een behandelcontact. In mijn artikel ga ik in op het gebruik van samen bewegen aan het begin van het behandeltraject. Ik geef een beschrijving wat de invloed van samen bewegen kan zijn op het moment dat het ingezet wordt vanaf het moment dat het eerste contact wordt gelegd. Ik gebruik hierbij het biopsychosociaal model om de factoren toe te lichten waarop de verpleegkundige kan inspelen.

Bewegen

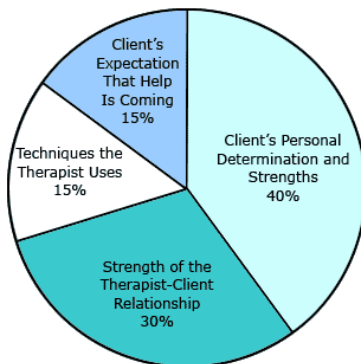
Volgens de natuurkunde is beweging het veranderen van plaats in de tijd. Bewegen in de verpleegkunde betekent het lichamelijk actief zijn en het verbruiken van energie (Mc Closkey, 2002). Ons lichaam is gebouwd om te bewegen. Het houdt de spieren en gewrichten soepel, vergroot ons uithoudingsvermogen en ook onze weerstand tegen ziekten. Ook is het belangrijk voor ons hart en bloedvaten (Bastiaanssen, 2007). Bewegingsarmoede is een belangrijk probleem in de Nederlandse samenleving (van der Lucht, 2010). Te weinig beweging leidt tot een vertraagde motorische ontwikkeling, overgewicht bij kinderen, het vervroegd ontstaan van chronische ziekten en problemen bij het zelfstandig functioneren van ouderen. Aangezien mensen met ernstige psychische problemen meestal minder actief zijn en vaak medicatie gebruiken met de nodige bijwerkingen, lopen zij meer risico. Zitten wordt geassocieerd met nadenken, luieren op een terrasje en afwachten. Bewegen daarentegen hoort bij actief zijn, vooruitgaan. Bewegen kan daarom ook worden uitgelegd als iets letterlijk of figuurlijk in beweging brengen. Bewegen wordt dan een verpleegkundige taak door het motiveren en aanzetten tot actie. Het heeft ook een belangrijke preventieve werking ten opzichte van het beperken van gezondheidsproblemen zoals obesitas, hart- en vaatziekten, diabetes en depressie (Bernaards, 2006).

Contact

Om de schade van de psychiatrische aandoening te beperken en de noodzaak tot opname te verminderen, is het van belang om vroegtijdig zorg te bieden aan de patiënt, zijn netwerk en de omgeving waar hij zich in bevindt (Tielens, 2010). Een benadering die hier goed bij past is de Presentiebenadering. Bij deze benadering wordt de eerste fase van het behandeltraject aangeduid met het begrip exposure. Het gaat hierbij om een aandachtige en betrokken kennismaking van de wereld van de ander. Naast het kijken vanuit een professioneel perspectief, probeert de hulpverlener door de ogen van diegene die hij straks moet helpen te kijken. Zo kan hij zich bewust worden van de wereld van de ander en van hetgeen hij daarin kan betekenen. Deze aandachtige betrokkenheid kan bij de andere een omkering teweegbrengen (Baart, 2008). De kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en patiënt vormt een belangrijke factor bij het resultaat van de behandeling. Op langere termijn krijgen factoren buiten de therapeutische relatie een meer belangrijke rol in het bevorderen van herstel. In figuur 1 is te zien dat de therapeutische relatie de op één na belangrijkste factor is.

Hoe beter dit in aanvang van de behandeling is ontwikkeld, hoe sterker later de binding en samenwerking. Bij de SMI-doelgroep is dit nog meer van belang. Het gaat hierbij om mensen waarbij de ernst van de aandoening vaak een negatieve invloed heeft op de communicatie. Het brengt veelal achterdocht met zich mee. Bovendien wordt de zorg vaak geboden zonder dat de patiënt er om vraagt. De volgende benaderingen kunnen het contact en daarmee de therapeutische relatie bevorderen: empathie, flexibiliteit, eerlijkheid, ervaring, openheid en behulpzaamheid (Ackerman, 2003). Om samen met een patiënt te kunnen gaan bewegen zijn deze aspecten van belang. Andersom kan het 'samen bewegen' zelf ook bevorderend werken op het maken van contact en opbouwen van een relatie. Vandaar dat het vroegtijdig inzetten van deze interventie daarbij ondersteunend kan zijn.

Figuur 1

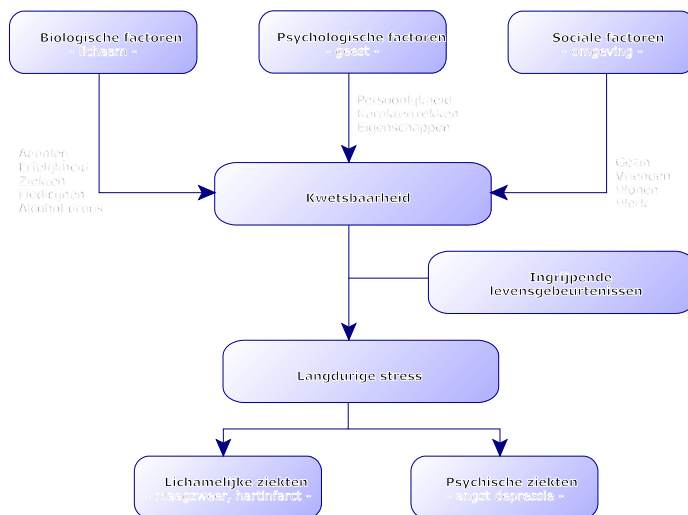


Factoren die het invloed hebben op het resultaat van de behandeling (Lambert, 2001)

Biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model (Engel, 1997) is een belangrijk concept in de psychiatrie en verslavingszorg. Het geeft een beschrijving van de mens en zijn omgeving. Hierbij zijn drie gebieden te onderscheiden die elkaar wederzijds beïnvloeden: biologische factoren, psychologische factoren en sociale factoren. Een functiestoornis op een bepaald gebied leidt tot allerlei evenwichtsverstoringen op de andere gebieden. Een voorbeeld hiervan is het ziektebeeld depressie. Dit geeft een grotere kans op het ontwikkelen van hartklachten. In de tweede plaats kan iemand ook depressief worden doordat men een lichamelijke ziekte heeft. Voor de verpleegkundige betekent dit dat hij in zijn diagnostiek en behandeling voortdurend informatie moet verzamelen over het functioneren binnen de verschillende gebieden. In figuur 2 is te zien dat bij het ontstaan en het verloop van een psychiatrische aandoening een aantal factoren een negatieve rol spelen: aanleg, erfelijkheid (biologisch), persoonskenmerken, kwetsbaarheid, negatieve invloeden van buitenaf zoals langdurige stress, probleemoplossend vermogen (psychologisch) en de omgeving, contacten met anderen, etc. (sociaal).

Bio-Psycho-Sociaal Model



Figuur 2: Bio psychosociaal model (Engel, 1997)

Het model is een hulpmiddel om te verduidelijken hoe de gedragingen en het omgaan met problemen op een circulaire manier invloed hebben op het welbevinden van de patiënt. Hierbij wordt bedoeld dat deze gedragingen aan de ene kant invloed hebben op het functioneren van de patiënt zowel op psychisch, biologisch als sociaal gebied. Aan de andere kant heeft het psychisch, biologisch en sociaal functioneren ook weer invloed op het gedrag zelf. Ik zal dit toelichten aan de hand van 'bewegen bij de SMI doelgroep' met behulp van een matrix.

Belemmerende factoren op bewegen	
Biologisch	Negatieve symptomen bij schizofrenie en depressieve klachten bij een depressie maken dat mensen moeite hebben om initiatief te nemen en activiteiten te continueren. Veel psychofarmaca hebben bijwerkingen die de kans vergroten op het ontwikkelen van een metabool syndroom: gewichtstoename, verandering van bloed- en vetsamenstelling en een hoge bloeddruk. Dit kan een vermindering van de lichamelijke conditie tot gevolg hebben en beperkingen geven in mobiliteit. Langere tijd weinig bewegen geeft een vermindering van energie en kracht. Dit kan leiden tot vermoeidheid.
Psychologisch	De psychiatrische aandoening kan symptomen geven die maken dat iemand minder gaat bewegen. Hierbij valt te denken aan angst, achterdocht en somberheid. Als dit leidt tot het zich terugtrekken in de eigen omgeving, kan de drempel steeds hoger worden om lichamelijk actief te blijven. Dit kan de symptomen juist verergeren. Een slechte lichamelijke conditie waarbij sprake is van overgewicht en kortademigheid kunnen er voor zorgen dat iemand zich belemmerd voelt om te bewegen. Het weinig actief zijn, kan zich op langere termijn ontwikkelen tot een leefstijl, waarbij iemand slecht voor zichzelf zorgt (slechte voeding, slecht dagritme en beperken van fysieke activiteiten).
Sociaal	Door veel thuiszitten en weinig bewegen kan er een sociaal isolement ontstaan. Er kan er een drempel ontstaan om anderen actief op te zoeken. Het netwerk dat overblijft kan een in stand houdende factor worden als dit bestaat uit mensen die veel verslavingsgedrag vertonen en of zelf ook minder bewegen.

Bevorderende factoren op bewegen	
Biologisch	Met bewegen wordt meer energie verbruikt. Dit kan een positieve invloed hebben op het slaappatroon en lichamelijke symptomen van stress. Gewichtstoename kan worden beperkt door te bewegen, maar het heeft ook een positief effect op de bloedsomloop, lichaamsbouw, spieren en samenstelling van bloed (glucose en vetuithouding). Daarnaast zorgt fysieke activiteit tot de vorming van nieuwe hersencellen waardoor depressieve klachten afnemen.
Psychologisch	Door meer te bewegen kan iemand zijn grenzen verleggen waardoor zelfvertrouwen vergroot wordt. Het zorgt voor een stukje dagvulling en kan onderdeel zijn van een dagprogramma (structuur). Het kan de drempel verlagen om te gaan met prikkels en invloeden van buitenaf. Door weer vertrouwen in het eigen lichaam te hebben kan de patiënt ook geprikkeld worden zijn interesses meer uit te breiden. Positieve ervaringen die op worden gedaan door te bewegen kunnen motiverend werken dit door te zetten. Bovendien draagt het bij aan de vermindering van angst, depressie, spanning en stress.
Sociaal	Het huis wordt verlaten en iemands wereld wordt letterlijk vergroot. Bewegen kan als doel hebben ergens naar toe te gaan om mensen te ontmoeten. Contacten kunnen gelegd worden tijdens de wandeling, bijvoorbeeld met de hulpverlener of met mensen die de patiënt onderweg tegenkomt. Het omgaan met personen die zelf 'lichamelijk' actief zijn kan ook een positieve uitwerking hebben.

Figuur 3: Matrix Belemmerende en bevorderende factoren (naar van der Stel, 2005/ Tielsen, 2010)

Bij het kiezen van interventies en de benadering kunnen de bevindingen van deze matrix van pas komen. Het is van belang te kijken bij welk gebied (biologisch, psychologisch of sociaal) de hulpverlener het best kan aansluiten. Door hier de interventies en benadering op te richten zal dit ook effecten hebben op de andere gebieden. Als een patiënt bijvoorbeeld aangeeft last te hebben van het feit dat hij schulden heeft, kan dit een aangrijpingspunt zijn tot handelen. Door samen naar een instantie te gaan, is de patiënt in beweging geweest (biologisch). Hij kan een goed gevoel krijgen, doordat hij weet dat de schulden aangepakt worden (psychologisch). Doordat hij buiten is geweest kan hij een buurman tegenkomen (sociaal).

Het (uit)huisbezoek

Bewegen, als middel om je beter te voelen, wordt breed toegepast. Hardlopen is inmiddels een veel toegepaste therapeutische interventie bij psychische klachten zoals depressies (Bakker, 2008). Je kan als het ware de afzonderlijke effecten van gesprekstherapie, medicatie en 'loophtherapie' bij elkaar optellen (van der Stel, 2005). Ook coachingssessies worden, met enige regelmaat, al wandelend gehouden. Dit is echter niet nieuw. De filosoof Socrates begeleidde zijn leerlingen al tijdens een wandeling. Hij nam ze mee langs de galerijen van het stadsplein. Hij zorgde ervoor dat zijn toehoorders tot het inzicht kwamen dat zij één of andere zaak anders moesten aanpakken dan zij gewend waren te doen. Een aantal factoren waren daarbij van invloed. Zo richtten de manieren van vragen stellen (socratische methode en motiverende gespreksvoering) zich op het vergroten van keuzemogelijkheden. Het bewegen, door wandelen en de route zelf, leidde tot rust voor nadenken of juist inspiratie voor actie. In de bemoei zorg spelen de gesprekken zich voornamelijk af in de omgeving van de patiënt. Dit kan de woning van iemand zijn, een opvangplek, maar ook de straat. Hoewel de houding van de hulpverlener bij bemoei zorg proactief is, wordt hiermee vooral bedoeld dat hij op de patiënt afstapt in plaats van andersom. Eenmaal op de plek van bestemming aangekomen, wordt de actieve houding weer passief en vindt het gesprek veelal plaats op de bank. Hierbij rookt de patiënt vaak de ene na de andere sigaret. Uitzonderingen zijn de situaties waarbij een hulpverlener de patiënt ondersteunt bij praktische problemen. De hulpverlener gaat in de eerste fase van het behandeltraject met de patiënt dan op pad om hem te helpen urgente problemen op te lossen of iets te regelen (van Veldhuizen, 2008).

Naast het feit dat hiermee acute problemen opgelost worden of worden voorkomen, is het een goede manier om in gesprek te raken en of vertrouwen op te bouwen. De positieve effecten hiervan geven aanleiding om hier meer gebruik van te maken. Dus niet alleen samen ergens naar toe gaan met een belangrijk doel, maar ook beweging als doel op zich nemen. Zo kan beweging een goede aanvulling zijn op bestaande therapieën (gesprekken en psychofarmaca).

Ik geef daarbij een beschrijving van de bijbehorende interventie. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de begeleiding, behandeling en preventie van symptomen, klachten en verschijnselen die het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van een patiënt beïnvloeden (Clijsen, 2008). Dit alles sluit goed aan op de theorie van het biopsychosociaal model, omdat de verpleegkundige zich richt op de verschillende onderdelen van het model. Samen bewegen is te beschouwen als een aparte interventie die door de verpleegkundige uitgevoerd kan worden, juist in de fase van contact maken bij de SMI doelgroep. Dit omdat het samen bewegen in deze fase op verschillende manieren een positieve invloed kan hebben op het opbouwen van het contact. Ik zal dit illustreren aan de hand van vijf vormen.

1) *Bewegen met een doel*

Indicatie:

- Beperking in verwerven van woonruimte;
- Beperking in verwerven van goederen en diensten;
- Beperking in verwerven van benodigdheden;
- Beperking in omgaan met (formeel) relaties;
- Beperking in maatschappelijk leven.

Activiteiten:

- Inventariseren van problemen en bijbehorende activiteiten die samen ondernomen kunnen worden en die beweging vereisen. Eventueel benoemen van mogelijke problemen, bijvoorbeeld: "Ik zie hier een rekening liggen, moet daar nog iets mee gebeuren?";
- Vertalen van probleem naar een haalbaar doel, activiteit en planning.

2) *Bewegen als doel*

Indicatie:

- Beperking op het gebied van ondernemen van activiteiten;
- Verminderde lichamelijke conditie.

Activiteiten:

- Onderzoeken in hoeverre de patiënt het weinig bewegen of de gevolgen daarvan als probleem ervaart;
- Vertalen van probleem naar een haalbaar doel, activiteit en planning;
- Voorstellen om het gesprek buiten en tijdens de lichamelijke activiteit (wandeling) te voeren;
- Lengte en duur van de lichamelijke activiteit aanpassen aan lichamelijke conditie van de patiënt;
- Voorlichten over de gezondheidseffecten van (meer) bewegen;
- Elementen gebruiken van motiverende gespreksvoering: waardering uitspreken; open vragen stellen, een scala aan gedragsalternatieven geven en informeren naar besluiten tot verandering (Miller, 2003).

3)	<i>Voorbeeld functie</i> Indicatie: • Beperking in copingstrategieën (manieren van omgaan met problemen); • Beperking in sociale relaties; • Beperking op het gebied van ondernemen van activiteiten; • (lichte) Middelen afhankelijkheid; • Somberheids- en of (lichte) angstklachten; • (lichte) Agitatie, achterdocht en of onrust. Activiteiten: • Voorstellen om het gesprek te voeren buitenshuis en tijdens een wandeling; • Uitleggen dat je de spanning kan doorbreken door even een ommetje te maken; • Evalueren van ervaring na het uitvoeren van het samen bewegen. Hierbij benadrukken van voordelen van het bewegen; • Zorgen voor een goede opbouw in de uitvoering van activiteit (een aantal keren samen, dan met iemand anders en ten slotte zelfstandig); • Elementen gebruiken van motiverende gespreksvoering: waardering uitspreken; stel open vragen, geef een scala aan gedragsalternatieven en informeren naar besluiten tot verandering.
4)	<i>Bewegen als benadering</i> Indicatie: • (Lichte) agitatie, achterdocht en of onrust; • Somberheids of (lichte) angstklachten; • Onvoldoende uitwijkmogelijkheden in huis (veiligheid); • Beperking in sociale interactie (geremdheid). Activiteiten: • Voorstellen om het gesprek te voeren buitenshuis en tijdens een wandeling; • Beperken van storende prikkels tijdens de wandeling (aanpassen route).
5)	<i>Bewegen als observatiemoment</i> Indicatie: • (Mogelijke) beperking in sociale interactie; • (Mogelijke) beperking in uitvoering van activiteiten. Activiteiten: • Voorstellen om het gesprek te voeren buitenshuis en tijdens een wandeling; • Observeren hoe de patiënt reageert op omgeving, prikkels en anderen; • Observeren of de patiënt zich kan oriënteren in de omgeving; • Bevindingen verwerken in (intake)verslag.

De beschreven vijf vormen van bewegen dienen als hulpmiddel en denkkader om het samen bewegen in een vroegtijdig stadium te integreren in de behandeling. Het is een manier om na te gaan als team of als individuele hulpverlener met welk doel en op welke manier samen bewegen ingezet kan worden in de fase van contact maken en opbouwen. Verder kunnen ze gebruikt worden om doelstellingen en activiteiten te formuleren in het behandelplan.

Samenvatting

Het al of niet bewegen heeft grote invloed op het psychisch, biologisch en sociaal functioneren bij instabiel functionerende patiënten met complexe problemen op diverse levensgebieden die zorg vaak afwijzen of niet om hulp vragen (SMI-doelgroep).

Bij het opbouwen van een therapeutische relatie met patiënten met deze ernstige psychiatrische problematiek is het contactleggen erg bepalend. Hoe beter dit verloopt hoe sterker later de binding en samenwerking. Vroegtijdig inzetten van samen bewegen kan hierbij een positieve invloed hebben op het behandelcontact en welbevinden van de patiënt. De interventie kan ingezet worden bij verschillende indicaties, verschillende doelen nastreven en bestaan uit verschillende activiteiten. De verpleegkundige is bij uitstek geschikt om de interventie uit te voeren omdat deze zich richt op de wederzijdse invloed van de mens en zijn omgeving.

Literatuur

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.
- Bakker, B & Woerkom, S. van. (2008). *Running therapie, het standaardwerk voor lopers en professionals*. Amsterdam: Arbeiderspers.
- Bastiaanssen, C. (2007). *Fysiologie en anatomie*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bernaards, C. & Jans, M. (2006). Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? C.M. *Occup Environ Med* 2006; 63:10-16.
- Clijsen, M. & Garenfeld, W. (2008). *Psychiatrie voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Heuvel, C. van den, (2007). De rol van de SPV in relatie tot gezondheidsbedreigingen bij cliënten met een schizofrene stoornis. *Sociale psychiatrie*, 3, 31-39.
- Lambert, M. & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory Research Practice and Training*. 38, 357-361.
- Lucht, F. van der (2010). *Van gezond naar beter; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu.
- McCann, T. & Clark, E. (2003). A grounded theory study of the role that nurses play in increasing clients willingness to access community mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 279-287.
- MCCloskey, J. & Bulechek, G. (2002). *Verpleegkundige interventies*. Utrecht: De tijdstroom.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing-preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Stel, J. van der. (2005). *Pillen, praten en bewegen, Nut van fysieke activiteiten voor geestelijke gezondheid*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Tielens, J. & Verster, M. (2010). *Bemoeizorg, eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Utrecht: De tijdstroom.
- Veldhuizen, R. van & Bahler, M. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De tijdstroom.