

**Beweging in de type 2-diabeteszorg**  
Lekenpraatje



Mirjam Stuij

Mevrouw de rector, dames en heren,

Ik wil graag beginnen met meneer Cohen die vertelde ‘en zo ben ik er ingerold, in de diabeteswereld’. Het was een heel klein zinnetje toen ik hem interviewde, maar het intrigeerde me meteen. Wat hij daarmee bedoelde, bleek uit zijn verhaal, was dat hij na zijn diagnose met type 2 diabetes in een voor hem nieuwe wereld terecht kwam; een wereld met allemaal verschillende zorgverleners, waarin gezond leven iets vanzelfsprekends leek te zijn en waarin hij zich niet per se thuis voelde. Zo zei hij:

*‘Je wordt wel gecontroleerd, maar voor die mensen die daar in het ziekenhuis werken, of de huisarts, of de zuster die verantwoordelijk is voor de suiker is het allemaal vanzelfsprekend. Omdat ze het al zo lang doen. En dan komt er nóg iemand bij. Ze zeggen: je moet afvallen en je moet meer sporten, maar dan krijg ik niet de boodschap over van hoe belangrijk dat is.’*

De afgelopen acht jaar heb ik onderzoek gedaan in de diabeteswereld, en ook daarbuiten, vanuit een grote nieuwsgierigheid naar hoe mensen na een diagnose met type 2 diabetes omgaan met de boodschap dat het goed voor ze is om meer te gaan bewegen, of, in een meer pakkende frase: dat bewegen een ‘medicijn’ voor ze is.

Deze boodschap is gebaseerd op zeer veel wetenschappelijk onderzoek en inmiddels ook in onze maatschappij alom bekend. In medische behandelrichtlijnen voor type 2 diabetes, zoals die voor huisartsen, is het beweeggedrag van patiënten dan ook een belangrijk onderwerp. Maar het is geen gemakkelijk onderwerp. Zo wordt te weinig lichaamsbeweging beschouwd als een belangrijke oorzaak van type 2 diabetes. Dat betekent dus dat zorgverleners mensen die te weinig bewegen moeten stimuleren om meer te gaan doen. Ik was daarom ook erg nieuwsgierig naar ervaringen van zorgverleners, zoals praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, fysiotherapeuten en artsen: wat vinden zij van bewegen als onderwerp binnen de diabeteszorg?

Met deze vragen deed ik de afgelopen jaren onderzoek naar wat ik hier voor het gemak 'beweegzorg' noem; hieronder vallen gesprekken in de spreekkamer over bewegen, maar ook het daadwerkelijk begeleiden bij bewegen, zoals een fysiotherapeut doet. In mijn proefschrift, met als titel 'Beweging in de type 2-diabeteszorg', kijk ik niet alleen naar ervaringen met beweegzorg, maar ook naar openingen voor verbeteringen én de bredere maatschappelijke context, die bijvoorbeeld bepalend is voor hoe de zorg in Nederland is georganiseerd.

Ik neem u graag in vogelvlucht mee door deze drie delen van mijn proefschrift, maar zal eerst kort iets over mijn aanpak vertellen. Ik heb vooral mensen geïnterviewd – waarbij ik de ander veel ruimte gaf om te praten – en ik heb op verschillende plekken in de zorg meegekeken en meegelopen. Ik keek daarbij niet alleen naar wat mensen me vertelden of wat ze deden, maar ook naar hoe ze dat deden, bijvoorbeeld met welke emoties, overtuigingen of welke tegenstrijdigheden. Daarnaast bekeek ik ze hoe ze omgaan met ‘grote’ maatschappelijke verhalen, waarin bewegen goed is voor je gezondheid, je zelf verantwoordelijk bent voor de gedragskeuzes die je maakt en zelfredzaamheid een groot goed is. Verhalen die in onze samenleving vaak verteld worden en daarmee deels vanzelfsprekend zijn geworden, een norm zijn geworden. Hoe is dat voor mensen die direct met de onderwerpen uit deze verhalen te maken hebben, bijvoorbeeld omdat ze diabetes hebben of omdat ze er als zorgverlener nauw bij betrokken zijn?

Ik was dus, zoals gezegd, nieuwsgierig naar ervaringen met, openingen voor en de bredere context rondom beweegzorg. Eerst die **ervaringen**: wat kunnen we daarvan leren? Een heleboel, maar ik licht nu drie aandachtspunten uit.

Het eerste aandachtspunt gaat over het belang van blijven luisteren naar individuele patiënten, ook al zijn

het er veel. Uit de interviews kwam bijvoorbeeld naar voren dat mensen met diabetes geen hulp op het gebied van bewegen durfden te vragen vanwege de beperkte tijd per consult, vonden dat hun zorgverlener te weinig aandacht voor of kennis over bewegen had, of juist dat ze het zat waren steeds op hun ‘verkeerde’ gedrag te worden aangesproken. Hier zat nog iets anders onder, namelijk, in de woorden van wederom meneer Cohen, het gevoel door zorgverleners te worden gezien als ‘nóg een diabetespatiënt’, één van de velen. Nieuwsgierig blijven luisteren naar elk individu in de zorg is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg, dat wil zeggen: zorg afgestemd op een persoon. Dat luisteren klinkt makkelijker dan het is, maar daar kom ik zo op terug.

Het tweede aandachtspunt dat uit mijn onderzoek naar voren komt gaat over hoe persoonlijke ervaringen van een zorgverlener kunnen doorwerken in de zorg die hij of zij verleent. Bewegen is een onderdeel uit ons dagelijks leven, dus iets waar ook een zorgverlener ervaringen mee heeft; positief of negatief, als fanatiek sporter of juist niet, met als doel zelf gezond te blijven of vanwege heel andere redenen. Een project waarin ik met een groepje zorgverleners praatte over hun eigen sport- en beweeggeschiedenissen, bracht hen waardevolle inzichten voor de zorg. Zo vertelde een praktijk-ondersteuner dat ze ineens snapte waardoor ze bij het onderwerp diëten meestal wel met haar patiënten kon

meevoelen, terwijl ze vaker frustratie voelde als het gesprek over bewegen ging. Voeding vond ze zelf ook een lastig onderwerp in het dagelijks leven, maar bewegen niet, dat was een natuurlijk onderdeel van haar leven. Daar had ze alleen nooit zo bij stilgestaan. Deze reflectie op wat bewegen voor een zorgverlener zelf betekent, kan inzicht geven in de mogelijke impact hiervan op gesprekken met patiënten. Het kan helpen om beter te zien dat dit voor een patiënt heel anders kan zijn, zoals bij meneer Cohen die, toen hij de diabeteswereld inrolde, haarscherp aanvoelde dat zijn beleving anders was dan die van zijn zorgverleners. Meer reflectie op deze verschillen kan dus helpen om beter, zonder oordeel en vooral vanuit een nieuwsgierigheid naar patiënten te luisteren, nieuwsgierigheid naar mogelijk andere werelden, om van daaruit de zorg goed op iemand af te stemmen.

Het derde aandachtspunt dat ik hier wil noemen is de motivatie van zorgverleners om beweegzorg te bieden. Zo hoorde ik de uitdrukking ‘trekken aan een dood paard’ veelvuldig voorbijkomen, verwijzend naar de moeilijke opgave om patiënten blijvend meer te laten bewegen en een zekere vermoeidheid van zorgverleners hiermee. Vooral degenen die al langer in het vak zaten, leken zich daar deels bij te hebben neergelegd. Zo vertelde een praktijkondersteuner me: ‘ik vertel ze er wel altijd over, maar als ze niet willen ... Ik bedoel, ik krijg er niet minder

door betaald ofzo'. Het interessante was dat zij wel heel gedreven over beweegzorg praatte en zelfs al enkele jaren wekelijks met een groepje patiënten ging wandelen, dus extra moeite deed om mensen bij het bewegen te helpen. Maar haar uitspraak laat zien dat ze worstelde met hoe ze zelf gemotiveerd moest blijven om steeds maar weer het gesprek over bewegen aan te gaan. Oog voor het welzijn van zorgverleners is dus belangrijk, zij moeten immers die zorg verlenen.

Dat waren drie aandachtspunten. Ik ga nu naar openingen die verbeteringen in 'beweegzorg' kunnen brengen. Ik heb in mijn proefschrift twee voorbeelden uitgewerkt, die beide op een figuurlijke manier 'beweging' in de zorg brachten. Een van deze voorbeelden bracht ook letterlijk beweging: gedurende twintig weken heb ik meegelopen met twee wandelgroepen voor mensen met diabetes, wekelijks georganiseerd door verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen begonnen hiermee omdat ze hun patiënten meer wilden kunnen bieden dan adviezen en gesprekken. Zij stapten letterlijk hun spreekkamer uit om samen te gaan bewegen. Ik observeerde wat dat voor hen betekende: voor hun werkzaamheden, relaties met patiënten en verantwoordelijkheden. Die relaties veranderden; gewoon door het wekelijks samen wandelen en het voeren van andere gesprekken, met meer tijd om naar elkaar te luisteren en wederzijdse

uitwisseling als extra's ten opzichte van de situatie in de spreekkamer. 'Uit de patiëntenstand stappen' noemde één van de verpleegkundigen dit. Blijkbaar voelde het contact met haar patiënten ook echt anders tijdens het wandelen. Daarbij werd de verantwoordelijkheid om te gaan bewegen meer gezamenlijk: mensen spraken elkaar aan als ze een keer niet waren geweest en een groepje ging na afloop zelfstandig door. Dat groepje wandelde twee jaar later nog steeds. Hoewel het organiseren van deze wandelgroepen de verpleegkundigen veel opleverde, zoals meer werkplezier, kostte het ze ook wat. Bijvoorbeeld vrije tijd, omdat ze maar een deel binnen werktijd konden doen. Zo vertelde één van hen me aan het eind dat ze ergens wel blij was dat de twintig weken bijna om waren, omdat ze dan op de woensdagavond weer haar eigen sport kon beoefenen. Dat laat zien dat er grenzen zijn aan wat we – als samenleving – van zorgverleners kunnen vragen, zeker als we hun welzijn in de gaten willen houden.

Dat over openingen voor verbetering. Nu, tot slot, over de **context**: hoe kan die bijdragen aan een verdere verbetering van beweegzorg? Ik heb zojuist een paar punten uitgelicht, zoals aandacht voor nieuwsgierig luisteren en voor persoonlijke ervaringen en het welzijn van zorgverleners. Het voorbeeld van de wandelgroepen liet daarbij zien dat beweegzorg baat kan hebben bij meer creativiteit, zodat zorgverleners meer vrijheid hebben



om zorg in te richten op een manier die zij goed vinden. Daarvoor is vertrouwen in de kunde van zorgverleners nodig. Ik wil hier nog één ding aan toevoegen, namelijk meer aandacht voor de fricties tussen grote verwachtingen van bewegen als oplossing en de praktische moeilijkheden of tegenstrijdigheden in het dagelijks leven en dagelijks werk, waarvan ik zojuist slechts een klein stukje liet zien. Het gesprek over bewegen moet daarom niet alleen in de spreekkamers gevoerd worden, maar ook daarbuiten, bijvoorbeeld door beleidsmakers, zorgverzekeraars, zorgverleners en onderzoekers. Dit gesprek moet meer dan nu het geval is gaan over het ‘hoe’ dan; als we bewegen zo’n belangrijk onderwerp vinden binnen de zorg voor mensen met type 2 diabetes, hoe zorgen we dan voor ‘goede’ zorg? Maar ook: hoe zorgen we voor meer ruimte voor andere verhalen, voor ervaringen die niet overeenkomen met het positieve verhaal over bewegen? Hoe zorgen we dat mensen als meneer Cohen zich in de diabeteswereld beter op hun gemak gaan voelen?



© Mirjam Stuij

Afbeelding: *In Motion* door Rosanne van der Lugt

Gebaseerd op het proefschrift *Physical activity in type 2 diabetes care. A critical narrative study*

Citeren als: Stuij, M. (2021). *Beweging in de type 2-diabeteszorg. Lekenpraatje*. Promotie op 8 maart 2021 aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Utrecht: Mulier Instituut.