



SMALL

EEN MOGELIJKHEID OM HET ONDERWERP
BETER TE LEREN KENNEN IS HET
NUANCEREN VAN HET DOEL:
'KLEINE STAPJES ZIJN OOK STAPJES'.

STEPS

EVERYDAY

Samenvatting

Leefstijl, inclusief voldoende beweging, is een belangrijk aandachtspunt in de zorg voor mensen met diabetes type 2. Kwalitatief onderzoek in de reguliere zorgverlening laat zien dat het niet gemakkelijk is om patiënten te stimuleren meer te gaan bewegen. Gesprekken over bewegen kunnen in de spreekkamer frustratie oproepen. Zorgverleners kunnen last hebben van gevoelens van onbegrip, vragen hebben aangaande hun verantwoordelijkheden en verschillen tussen henzelf en hun patiënten ervaren. In dit artikel worden drie mogelijkheden geschetst om 'beweegzorg' als zorgverlener op een andere manier te benaderen, gericht op het beter leren kennen van het onderwerp, de patiënt en de zorgverlener zelf. De auteur promoveerde onlangs op dit onderwerp en put dus uit veel eigen onderzoek.



Mirjam Stuij is onderzoeker bij het Mulier Instituut voor sociaalwetenschappelijk sportonderzoek. Ze is gespecialiseerd in verdiepend kwalitatief onderzoek naar sport en bewegen in relatie tot zorg en sociale ongelijkheid. Ze is met name geïnteresseerd in betekenisgeving en wat 'goede' (beweeg)zorg van professionals vraagt.



Beweegzorg bij diabetes type 2: een pleidooi om het anders te doen

Waarom mensen moeilijk tot bewegen zijn te brengen

Overgewicht en te weinig lichaamsbeweging zijn belangrijke factoren bij het ontstaan en verdere verloop van diabetes type 2.^[1] Zorgverleners hebben vooral de taak hun patiënten te stimuleren meer te gaan bewegen. Een promotieonderzoek in de reguliere zorg^[2,3] laat zien waarom dat niet gemakkelijk is en bepleit dat zorgverleners op een andere manier naar het onderwerp 'beweegzorg' leren kijken.

In veel behandelrichtlijnen voor diabetes type 2 is het beweeggedrag een van de eerste onderwerpen om na een diagnose aandacht aan te besteden. In de spreekkamer vraagt de aansporing meer te gaan bewegen om een vertaalslag van *knowing what* naar *knowing how*. Veel begeleidingsstrategieën van zorgverleners lijken vooral gericht op het 'weten wat': kennis overbrengen over het belang van bewegen bij diabetes. Dat is iets anders dan weten hoe meer bewegen in het dagelijks leven is in te passen. Die vertaalslag begint vaak met een inventarisatie van wat een patiënt doet. Een volgende stap is om te bespreken hoe iemand meer kan gaan bewegen; via advies en informatie 'op maat'^[4], goed aangepast op de persoon. Die stap blijkt in praktijk nog niet zo gemakkelijk.

Zo is in de reguliere zorg beweeggedrag veelal opgenomen in het protocol: zorgverleners kunnen in het digitale systeem aanvinken of iemand voldoende beweegt of niet. Dit kan voor patiënten voelen alsof ze ter verantwoording worden geroepen, zeker als het keer op keer wordt bevraagd. 'Nog even en ik ga het klooster in', verzuchtte mevrouw Sital toen ze vertelde over alle leefregels die elke keer weer aan bod kwamen bij de praktijkondersteuner. Dat de vraag is opgenomen in het protocol legitimeert dat die wordt gesteld; dat erkennen zowel zorgverleners als mensen met type 2 diabetes. Niemand die zal (durven) zeggen dat meer bewegen niet verstandig is. Maar als de vertaalslag naar het 'hoe dan', om wat voor reden dan ook, uitblijft kan dat frustratie opleveren.

Die frustratie kunnen diabeteszorgverleners ook voelen, zo kwam naar voren in het promotieonderzoek.^[2] Er spelen gevoelens van onbegrip, vragen over wie verantwoordelijk is voor wat en verschillen die zorgverleners

tussen henzelf en (een deel van) hun patiënten ervaren. Hoewel zorgverleners vaak wel vertelden dat ze begrip hadden voor patiënten die moeite hadden meer te gaan bewegen – bijvoorbeeld door een leefsituatie met veel stress en/of weinig geld – schemerde er geregeld onbegrip in hun verhalen door. Onbegrip omdat patiënten er bijvoorbeeld andere opvattingen op nahielden over het belang van gezond leven bij diabetes type 2. Zo vertelde een fysiotherapeut:

'Mijn ervaring is dat het juist een groep is die er niet vanuit zichzelf een actieve leefstijl op nahoudt. En als therapeut vind ik dat heel moeilijk, helemaal als sportfysiotherapeut. Maar ook als algemeen sporter, vind ik het... lig ik nog wel eens in conflict met die mensen, omdat zij een totaal andere benadering hebben op hoe je het pakketje in je lijf gezond moet houden dan dat ik heb. En dat is lastig.'

Onder dit onbegrip ligt een vraag naar verantwoordelijkheid: als je zelf je gezondheid kunt verbeteren door meer te gaan bewegen, waarom zou je dat niet doen? De vraag wie verantwoordelijk is voor gedragsverandering speelt breder in de spreekkamer. Als het keer op keer niet lukt iemand te stimuleren meer te gaan bewegen, wat kun je dan als zorgverlener nog meer doen? Een praktijkondersteuner zei hierover:

'Je hebt gewoon twee categorieën mensen: je hebt mensen die zitten aan het stuur, die willen de regie over hun leven hebben, hebben hun eigen verantwoordelijkheid en nemen die ook, en er zijn mensen die zitten achterin de bus en die laten zich rijden, die laten het gebeuren. Als die mensen niet ergens een omslag krijgen van hee, maar ik kan er zelf wellicht ook wat aan doen, ja dan hebben ze gewoon een hele lange weg te gaan voordat ze voor in die bus zitten.'



Naar elkaar luisteren en ruimte voor uitwisseling deed zorgverleners hun patiënten beter kennen en begrijpen: 'uit de patiëntenstand'.

Hoe ver gaat je verantwoordelijkheid als zorgverlener als het gaat om gedragsverandering? Hoever kan die gaan binnen de kaders die de zorg geeft, bijvoorbeeld in termen van tijd, geld en andere onderwerpen die volgens het protocol besproken moeten worden? Dat zijn vragen waar zorgverleners al dan niet bewust mee bezig zijn.

Zoals beide citaten laten zien, kunnen zorgverleners verschillen tussen henzelf en (een deel van) hun patiënten ervaren wat betreft opvattingen over gezond leven en daadwerkelijk leefstijlgedrag. Deze verschillen lijken veelal samen te hangen met verschillen in sociaaleconomische en culturele achtergronden, waar zorgverleners zich over het algemeen van bewust zijn, maar die ook een afstand creëren. Deze afstand maakt het écht begrijpen van keuzes en gedrag van patiënten lastiger en is in de spreekkamer niet altijd gemakkelijk te overbruggen. Het vergt immers tijd om iemand te leren kennen. Uit mijn promotieonderzoek destilleer ik drie mogelijkheden om op een andere manier naar beweegzorg te leren kijken.

Een eerste mogelijkheid, gericht op het beter leren kennen van het onderwerp, is het nuanceren van het doel. Dit werd door meerdere zorgverleners samengevat als 'kleine stapjes zijn ook stapjes'. Een praktijkondersteuner gaf aan dat ze inmiddels niet meer verwacht dat haar patiënten gelijk maar alle leefstijladviezen oppakken, en dat ze heeft moeten leren om haar eigen normen over gezond leven los te laten: 'Als je net begint, wil je mensen redden. Er is zo veel mogelijk! En je kan er zo veel zelf aan doen!' Toen een patiënte haar eens vertelde dat ze zó gezond was gaan eten door in plaats van zeven nog maar vijf keer in de week te frituren, hield ze in gedachten dat dat voor deze patiënte wel een grote stap was.

In de meest recente beweegrichtlijnen van de World Health Organisation (WHO) is die nuancering inmiddels toegevoegd: 'een beetje bewegen is beter dan niet bewegen'.^[5]

In plaats van te streven naar 'voldoende' bewegen – volgens dezelfde richtlijn wekelijks 150 tot 300 minuten matig intensief bewegen – kun je streven naar een beetje meer. Dit lijkt niet alleen een nuancering van wat patiënten zouden kunnen realiseren, maar ook ingegeven door wat zorgverleners binnen de kaders van de zorg aan begeleiding kunnen bieden. De kunst is vooral om de patiënt niet los te laten en om het gesprek over (meer) bewegen op te pakken wanneer dat passend is.

Een tweede mogelijkheid, gericht op het beter leren kennen van de patiënt, is het oprekken van de grenzen van de zorg door zelf te gaan wandelen met patiënten. Deze strategie zetten sommige zorgverleners in met de jaarlijkse Nationale Diabetes Challenge (NDC), in 2021 op 150 locaties verspreid over het hele land.^[6] Tijdens de NDC wandelen zij twintig weken wekelijks met mensen met type 2 diabetes. Ikzelf wandelde in 2016 op twee locaties mee om te observeren wat het voor zorgverleners betekent om uit de spreekkamer te stappen en samen met patiënten te gaan bewegen.^[2]

Dat samen wandelen bracht niet alleen letterlijk meer beweging in de zorg, maar ook figuurlijk. Zo ervoeren de betrokken zorgverleners dat de relaties met hun patiënten veranderden door het wekelijks samen wandelen en het voeren van andere gesprekken. Meer tijd om naar elkaar te luisteren en ruimte voor wederzijdse uitwisseling deed ze hun patiënten beter leren kennen en begrijpen. 'Uit de patiëntenstand', aldus een van de zorgverleners. Dat laat zien dat het contact met haar patiënten anders aanvoelde dan in de spreekkamer. Wel bleek het organiseren van de NDC veel van de zorgverleners te vragen, ook in hun vrije tijd. Dat vraagt om aandacht, van bijvoorbeeld beleidsmakers en werkgevers, voor de begrenzing van wat zorgverleners aankunnen.

>

Een derde mogelijkheid is gericht op het beter leren kennen van jezelf als zorgverlener. Meer reflectie op de eigen ervaringen met bewegen en gezond leven en opvattingen erover; wat kunnen deze ervaringen en opvattingen betekenen in relatie tot patiënten? Dat klinkt misschien vreemd, want zorgverleners worden toch opgeleid om iedereen op dezelfde manier zorg te bieden? In een serie gesprekken met een groepje zorgverleners bleken hun eigen ervaringen en opvattingen wel degelijk door te kunnen werken in relaties met hun patiënten. Zo vertelde een praktijkondersteuner:

‘Ik begrijp nu waarom ik meer geduld met patiënten heb als het gaat over eten of diëten, omdat ik dat zelf ook lastig vind. Bewegen is voor mij zo vanzelfsprekend, altijd al geweest, maar ik realiseerde me nooit dat ik hierdoor frustratie voel als ik praat met patiënten die moeite hebben om meer te gaan bewegen.’

Een huisarts gaf aan dat ze zich door de gesprekken meer bewust was geworden van haar vooroordelen: bij een slanke patiënt nam ze automatisch aan dat diegene sportief was, bij iemand met overgewicht dacht ze juist van niet.

Kritische reflectie op wat bewegen voor een zorgverlener zelf betekent kan inzicht geven in de mogelijke gevolgen hiervan op diens gesprekken met patiënten; ook breder in de zorg voor mensen met (ernstig) overgewicht.^[7,8]

Die reflectie kan op gang worden gebracht door er zelf over na te denken, maar vooral ook door er met anderen, bijvoorbeeld collega's, over in gesprek te gaan. Welke betekenis heeft bewegen (en gezond leven) in het eigen leven? Is dat altijd al zo geweest? Is iemand zich hier bewust van tijdens het werk? Heeft het wel eens een negatieve invloed gehad tijdens een gesprek met een patiënt? Dergelijke vragen kunnen helpen om verschillen met patiënten beter in te zien.

Deze drie mogelijkheden, gericht op het beter leren kennen van het onderwerp, van de patiënt en van de zorgverlener zelf, kunnen ruimte geven om op een andere manier met het onderwerp beweegzorg aan de slag te gaan. Waar ze alle drie wel om vragen is nieuwsgierigheid: naar welke stapjes een patiënt kan nemen, wie die patiënt is en wie de zorgverlener zelf is. Daarbij helpt het als een zorgverlener de ander, de patiënt, beter wil én kan leren kennen; in relatie tot het onderwerp bewegen, tot zijn of haar leef-situatie en tot zichzelf.

www.mulierinstituut.nl | www.stzverhalen.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

U vindt de bronvermelding op pagina 50 van dit tijdschrift en op www.orthofyto.com bij het betreffende artikel. Abonnees kunnen daar inloggen.