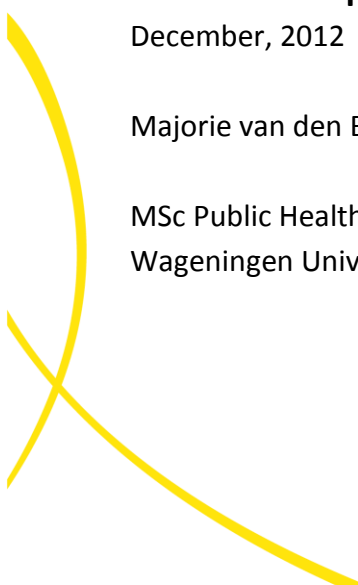




Narratieve betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetes type 2 patiënten en de rol van paramedisch professionals.



Onderzoeksrapport

December, 2012

Majorie van den Berg

MSc Public Health and Society
Wageningen University



Narratieve betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetes type 2 patiënten en de rol van paramedisch professionals.

Onderzoeksrapport

December, 2012

Majorie van den Berg, 871212054050

Begeleider Wageningen University

Dr. Kirsten Verkooijen

Begeleiders Mulier Instituut

Dr. Agnes Elling-Machartzki

Mirjam Stuij MSc.

MSc Public Health and Society (HSO-70324)

Wageningen University

Samenvatting

Diabetes mellitus (suikerziekte) is een chronische stofwisselingsziekte waarbij de alvleesklier geen of te weinig insuline aanmaakt, of de lichaamscellen niet meer optimaal reageren op de insuline. Uit medisch-epidemiologisch onderzoek is gebleken dat lichamelijke beweging helpt bij een goede regulatie van diabetes type 2. Het heersend gezondheidsvertoog waarin benadrukt wordt dat 'sport en beweging goed is voor de gezondheid' is mede gebaseerd op deze medisch-epidemiologische onderzoeken.

Aanleiding tot dit onderzoek is dat binnen dit vertoog weinig aandacht is voor de perceptie en meningen van patiënten zelf ten aanzien van sport en bewegen, welke in 'narratieven' kunnen worden verhaald. Narratieven zijn zinvol om betekenissen en ervaringen te achterhalen. Op dit moment ontbreekt het aan kennis over deze narratieve betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetes type 2 patiënten. Doel van dit onderzoek is om inzicht in de betekenisgeving aan sport en bewegen in het leven van patiënten te krijgen en de rol die paramedisch professionals hierin hebben te onderzoeken. Hiertoe wordt de volgende hoofdvraag beantwoord: *Welke narratieve betekenissen geven diabetes type 2 patiënten aan sport en bewegen en welke rol hebben adviezen en begeleiding van paramedisch professionals hierin?*

Via narratief onderzoek zijn autobiografische levensverhalen ten aanzien van sport en bewegen in het leven van zes diabetes type 2 patiënten in kaart gebracht. Semi-gestructureerde interviews met 11 paramedisch professionals hebben inzicht geboden in welke rol advisering en begeleiding spelen in het proces van betekenisgeving.

Uit resultaten blijkt dat alle patiënten voor de diagnose een bepaalde vorm van beweging in hun leven toepasten. Na de diagnose is voornamelijk de intensiteit van het bewegingspatroon veranderd. Er kunnen twee soorten levensverhalen worden onderscheiden, van de 'niet-sporter na diagnose' en de 'sporter na diagnose'. De 'niet-sporter na diagnose' vertelt zijn levensverhaal over het algemeen via *stability/herstel* narratieven. De 'sporter na diagnose' vertelt voornamelijk via *progressive/herstel* narratieven. Betekenissen die aan sport en bewegen worden gegeven verschillen tussen de twee typen patiënten. De 'niet-sporter na diagnose' ziet het leven simpelweg gewoon doorgaan, ongeacht de diabetes. Het speelt geen grote rol en de motivatie tot bewegen is laag. Comorbiditeit, angst en geen tijd vormen barrières. De 'sporter na diagnose' ziet de meerwaarde van bewegen in. Mede door eigen ervaringen en adviezen van professionals wordt er meer bewogen na de diagnose. Men ziet vooruitgang in het algemeen welbevinden.

Paramedisch professionals spelen deels een rol in de betekenissen die patiënten aan sport en bewegen geven. Zij geven advies op een laagdrempelige manier, waarbij er aandacht is voor het plezier in bewegen, eigen ervaringen worden meegenomen, en er ingespeeld wordt op de belevingswereld van de patiënten. Echter blijkt uit levensverhalen van patiënten dat de afstemming van deze adviezen op wensen en behoeften van patiënten niet altijd voldoende is.

De conclusie van dit onderzoek luidt dat narratieve betekenissen verschillen per patiënt typen. Narratieve betekenissen variëren van 'onnodig, kost tijd, is een heel gedoe' tot 'ik voel mij happy, geeft voldoening, is ontspannend' en zijn deels afhankelijk van de manier van advisering en begeleiding van paramedisch professionals. Het is belangrijk dat er vanuit paramedisch professionals meer begrip komt voor verschillende leefstijlen en opvattingen van patiënten, zodat een effectievere begeleiding ten aanzien van gedragsverandering mogelijk is. Dit maakt het mogelijk om het proces van betekenisgeving van diabetes type 2 patiënten aan sport en bewegen positief te beïnvloeden.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	iii
1. Inleiding	2
1.1 Diabetes mellitus	2
1.2 Diabetes en beweging	2
1.3 De impact van diabetes op het (sport- en beweeg)leven	3
1.4 Aanleiding en onderzoeksvragen	4
1.5 Relevantie.....	4
1.6 Leeswijzer	4
2. Theoretisch kader	5
2.1 Ziekte narratieven	5
2.2 Betekenisconstructie	6
2.3 Heersende vertogen	7
2.3.1 Sport en gezondheid	7
2.4 De betekenis van sport voor diabetici.....	8
2.5 Conceptueel model	9
3. Methode.....	10
3.1 Onderzoeksmethoden.....	10
3.1.1 Narratief onderzoek.....	10
3.1.2 Semi-gestructureerd interview	11
3.2 Data analyse	11
4. Resultaten patiënten.....	12
4.1 Sportparticipatie voor en na diagnose	13
4.2 Impact op dagelijks leven	14
4.3 De ‘sporter’ en ‘niet-sporter’	15
4.4 Relatie met (para)medisch professionals	16
4.5 Conclusie	17
5. Resultaten paramedisch professionals.....	18
5.1 Betekenis van sport in het werk.....	18
5.2 Belang van beweging voor diabetici.....	19
5.3 Advisering en begeleiding	20
5.4 Typen patiënten	21
5.5 Conclusie	23
6. Discussie	24
6.1 Het proces van betekenisconstructie	24
6.2 De rol van paramedisch professionals	26
6.3 Toepassing van narratief onderzoek	28
7. Conclusie	30
Referentielijst	32
Bijlagen	35

1. Inleiding

“Ik ben 33 jaar oud en woon in Thailand. Ik was 30 jaar toen bij mij diabetes type 2 werd gediagnosticeerd. Vóór mijn diagnose had ik al enkele gezondheidsklachten als vermoeidheid, pijn in mijn lichaam, tintelingen. Ik moest vaak plassen en ik viel 2 kilo af in 2 maanden. Als klein kind was ik altijd al te zwaar. Voor mij was eten een manier van ontspanning en een manier om met mijn vrienden gezelligheid te hebben. Ik heb nooit van gezond eten gehouden en heb een afkeer tegen sporten. Mijn moeder leed ook aan diabetes en had een chronische nierziekte. Toen zij plotseling overleed, werd ik geconfronteerd met de gevolgen die diabetes kan hebben. Ik kreeg meer en meer gezondheidsproblemen, werd depressief en verloor mijn interesse in alles. Ik stopte met mijn medicatie en zegde afspraken met mijn arts af. Op een gegeven moment kreeg ik drie extra diagnoses: hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, en duizeligheid. Vier maanden na het overlijden van moeder wilde ik veranderen. Ik werd gemotiveerd om te denken aan mijn gezondheid, wilde niet meer heel mijn leven vast zitten aan medicatie en beloofde te gaan veranderen. Ik leerde gezond te leven en te bewegen, maakte een plan om mijn gezondheid te verbeteren. Ik startte met elke dag wandelen, wat later 3,2 km hardlopen werd” (Oakly et al., 2011, p. 91).

Een stukje uit het autobiografische levensverhaal van een diabetes type 2 patiënt, waaruit blijkt dat diabetes mellitus type 2 een grote impact kan hebben op het leven. Dit onderzoek richt zich specifiek op narratieve betekenissen van diabetes type 2 patiënten ten aanzien van sport en bewegen en de rol van paramedisch professionals. Diabetes mellitus werd in 2007 bij ongeveer 71.000 mensen vastgesteld en dit bracht het totaal aantal diagnoses in 2007 op 740.000 (Baan et al., 2009).

1.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (suikerziekte) is een chronische stofwisselingsziekte waarbij de alvleesklier geen of te weinig insuline aanmaakt, of de lichaamscellen niet meer optimaal reageren op de insuline. Insuline is nodig voor de opname van glucose of bloedsuiker in de lichaamscellen. Bij diabetes patiënten is het evenwicht in de bloedsuikerspiegel weg (Baan et al., 2009). Wanneer diabetes niet wordt behandeld, blijft de glucose in het bloed circuleren. Wanneer dit te lang aanhoudt, kan het op den duur ernstige complicaties met zich meebrengen, zoals hart- en vaatziekten, blindheid, of aantasting van de nieren (Diabetes Fonds, 2011). De twee meest voorkomende typen diabetes zijn diabetes type 1 en type 2 (zie tabel 1). De focus van dit onderzoek ligt op diabetes type 2, de meest voorkomende vorm. In het rapport wordt diabetes mellitus type 2 verder aangeduid als diabetes.

Tabel 1. Kenmerken diabetes mellitus type 1 en 2.

Diabetes mellitus type 1	Diabetes mellitus type 2
Lichaam maakt geen insuline meer aan	Lichaam heeft te weinig insuline
Het afweersysteem maakt cellen die insuline aanmaken kapot	Lichaam reageert niet meer goed op insuline (ongevoelig)
Is een auto-immuun ziekte	Overgewicht, te weinig beweging, oudere leeftijd of erfelijkheid vergroot kans op type 2
Ontstaat vaak op jonge leeftijd	Heette vroeger ‘ouderdomsdiabetes’ maar ontstaat steeds vaker op jonge leeftijd
Mensen moeten dagelijks insuline spuiten of een insuline pomp dragen	Mensen krijgen medicijnen, voedings- en bewegingsadviezen, en soms moet men spuiten
1 op de 10 mensen met diabetes heeft type 1	9 van de 10 mensen met diabetes hebben type 2

1.2 Diabetes en beweging

Diabetes type 2 is onder andere gerelateerd aan leefstijlfactoren, zoals te weinig beweging en overgewicht (Diabetes Fonds, 2011). Uit medisch-epidemiologisch onderzoek is gebleken dat lichamelijke beweging helpt bij een goede regulatie van diabetes type 2 (Hawley & Gibala, 2012;

Heeg, 2008). Daarnaast is het een belangrijke factor bij de preventie van diabetes type 2. Daling van het lichaamsgewicht kan bijdragen aan een verandering van de vetverdeling, de verlaging van de resistentie voor insuline en daardoor een verbeterde glucosetolerantie (Heeg, 2008; Kirk et al., 2007; Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Zo blijken lichamelijk actieve personen een 35-50% kleinere kans te hebben op het ontwikkelen van diabetes type 2 dan niet-actieven (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000). Een ander aangetoond therapeutisch effect is dat er bij beide typen diabetes mellitus een toename in zelfrespect en gevoel van welbevinden kan ontstaan door regelmatige lichamelijke inspanning (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000).

Steeds vaker worden verbanden tussen sport en gezondheid aangetoond, waaronder de positieve relatie tussen fysieke activiteit en een betere preventie of genezing van ziekten (Lee et al., 2012; van Dongen et al., 2012). Sport en bewegen blijken bij te dragen aan een goede gezondheid en helpt het overgewicht tegengaan (Hardman & Stensel, 2011; Lee et al., 2012). In de Nederlandse maatschappij heerst het vertoog dat sport en bewegen twee belangrijke pijlers zijn om gezondheid te waarborgen. Zoals het Ministerie van VWS (2011) omschrijft, draagt het bij aan een betere kwaliteit van leven en langere participeren in de maatschappij.

1.3 De impact van diabetes op het (sport- en beweeg)leven

De benadering dat 'sport en beweging goed is voor de gezondheid' wordt vaak alleen vanuit een medisch perspectief bekeken, het is eendimensionaal. Binnen deze benadering is er weinig aandacht voor de perceptie en meningen van patiënten zelf. Er wordt te weinig gekeken naar de effecten van diabetes en betekenissen van sport en bewegen op het leven van de patiënten zelf. Vanuit sociaal wetenschappelijk perspectief is het daarom interessant om betekenissen en ervaringen te achterhalen die diabetes type 2 patiënten zelf aan sport en bewegen geven.

In literatuur worden deze ervaringen en betekenissen verhaald in 'narratieven' (Frank, 1995; Riessman, 2008). De persoonlijke perspectieven worden hiermee uitgelicht (Nijhof, 2000). Uit verschillende uitgevoerde autobiografische narratieve onderzoeken, blijkt dat sport en bewegen een belangrijke maatstaf kan zijn voor zelfwaardering. Het kan bijdragen aan de acceptatie van de ziekte en het hervinden van zelfvertrouwen (Charmaz, 2006).

Sport en bewegen kan ook leiden tot gevoelens van onvrede en schuld, doordat rekening gehouden moet worden met beperkingen die opspelen door de chronische ziekte (Horton, 1988) en de confrontatie met wat men niet meer kan (Charmaz, 2006; Docherty & McColl, 2008; Manderson & Kokanovic, 2009). Men kan na een gestelde diagnose meer of juist minder gaan deelnemen aan sportactiviteiten en motieven kunnen veranderen. Men wordt bijvoorbeeld voorzichtiger tijdens het sporten of durft niet meer actief te zijn (Bhattacharya, 2012).

Verhalen gebundeld in het boek ter ere van het vijfjarig jubileum van de Bas van de Goor Foundation (2012), geven een duidelijk voorbeeld hoe een leven kan veranderen na de diagnose (zie citaten).

"Het hoort erbij. Maar ik kan er wel eens flink van balen en dan ben ik het helemaal zat. Al die extra metingen, de dingen die er steeds bijkomen. Vooral in de puberteit." [Lydia Mossel, in Bas van de Goor Foundation, 2012, p. 78].

"Je wilt ook niet anders zijn, maar bent het wel." [Maarten de Gruyter, in Bas van de Goor Foundation, 2012, p. 41].

Een ander aspect dat van invloed kan zijn op het gedrag van diabetes type 2 patiënten is op welke wijze paramedisch professionals advisering en begeleiding bieden. Steeds meer worden er specifieke beweegprogramma's opgestart voor diabetici, waarbij specifieke adviezen en begeleiding wordt gegeven voor het sporten met diabetes. Uit meerdere studies blijkt dat de eigen houding en

ervaringen van (para)medisch professionals ten aanzien van sport en bewegen een rol spelen in de manier van advisering en begeleiding aan patiënten (Al Shehabi et al., 2006; Douglas et al., 2006; Abramson et al., 2000; McKenna & Vernon, 2004).

1.4 Aanleiding en onderzoeksvragen

De toenemende interesse vanuit sociaalwetenschappelijk onderzoek voor narratieven van patiënten en het ontbreken van inzicht in narratieven van diabetes type 2 patiënten vormen de aanleiding om dit onderzoek te starten. Op dit moment ontbreekt het aan kennis over narratieve betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetes type 2 patiënten. Daarnaast is er interesse in de rol die paramedici spelen in de totstandkoming van de betekenisgeving aan sport en bewegen van diabetici. De doelstelling van het onderzoek is enerzijds om het sport- en beweeggedrag van diabetes type 2 patiënten en de daarbij behorende narratieve betekenissen te onderzoeken. Anderzijds wordt er ingegaan op de houding en ervaringen van paramedici ten aanzien van sport en bewegen en hun manier van advisering en begeleiding. De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

Welke narratieve betekenissen geven diabetes type 2 patiënten aan sport en bewegen en welke rol hebben adviezen en begeleiding van paramedisch professionals hierin?

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Welke veranderingen heeft de diagnose in het leven van diabetes type 2 patiënten gebracht op gebied van sport en bewegen?
2. Welke ervaringen hebben diabetes type 2 patiënten met adviezen en begeleiding ten aanzien van sport en bewegen die zij ontvangen van paramedisch professionals?
3. Op welke manier staan paramedisch professionals tegenover het belang van sport en bewegen in relatie tot begeleiding van diabetes type 2 patiënten?
4. In hoeverre is advisering en begeleiding van paramedisch professionals van invloed op betekenisgeving aan sport en bewegen van diabetes type 2 patiënten?

1.5 Relevantie

Door het inzetten van narratief onderzoek is het op wetenschappelijk niveau mogelijk om het proces van betekenisgeving centraal te stellen. Het onderzoek draagt bij aan een verschuiving van een eendimensionaal medisch perspectief ('sport en beweging is goed voor de gezondheid') naar een psychosociaal perspectief, door onderzoek te doen naar de perceptie van diabetes type 2 patiënten en de betekenissen van sport en bewegen in hun leven. Op maatschappelijk niveau is daardoor een betere aansluiting mogelijk van advisering en begeleiding van een paramedisch professional op de positieve en/of negatieve beleving van patiënten. Daarnaast komt er ook (h)erkenning voor degenen die zich niet kunnen vinden in het dominante perspectief.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader weergegeven, waarin theorieën worden behandeld die als basis van dit rapport dienen. Theorieën rondom betekenisconstructie, vertogen en ziekte narratieven worden verder uitgediept. Hoofdstuk drie beschrijft de onderzoekszetel en de gehanteerde onderzoeksmethoden. Hoofdstuk vier geeft de resultaten van het narratief onderzoek met diabetici weer. Hoofdstuk vijf behandelt de resultaten van het onderzoek met paramedisch professionals. In hoofdstuk zes worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de gehanteerde theorie via een discussie. Hierna volgt in hoofdstuk zeven de conclusie.

2. Theoretisch kader

Betekenenissen worden algemeen gevormd via het proces van betekenisconstructie. Heersende vertogen ten aanzien van sport, bewegen en gezondheid kunnen van invloed zijn op de betekenisconstructie. In dit onderzoek worden de betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetici in kaart gebracht door 'ziekte narratieven' te bestuderen.

2.1 Ziekte narratieven

Ziekte narratieven zijn zinvol om betekenissen en ervaringen van chronisch zieken te achterhalen (Charmaz, 2006; Nijhof, 2000; Ezzy, 2000). Het beschrijft hoe men met verschillende aspecten van het leven met een chronische ziekte omgaat. Via deze levensverhalen, ook wel autobiografische verhalen genoemd, kan de persoonlijke werkelijkheid en eigen identiteit worden achterhaald. Het kan betrekking hebben op hoe chronisch zieken persoonlijk zijn veranderd door de ziekte en welke veranderingen hebben plaatsgevonden in het leven.

In het kader van sport en bewegen in het leven van chronisch zieken, kunnen ervaringen begrijpelijk worden via verhalen. Door het vertellen van autobiografische verhalen geven mensen betekenis aan hun beleving van de werkelijkheid (Nijhof, 2000). Deze verhalen zijn dynamisch. Ze kunnen veranderen door verhalen van anderen, de sociale omgeving, maar ook door de context waarin het levensverhaal wordt verteld.

Er bestaan verschillende soorten ziekte narratieven. Gergen (2005) maakt een indeling met betrekking tot het verloop van de ziekte. Frank (1995) onderscheidt drie ziekte narratieven hoe de patiënt met de ziekte omgaat.

Gergen (2005) onderscheidt '*progressive*', '*regressive*' en '*stability*' narratieven. Het *progressive narratief* laat verbetering zien, 'elke dag voel ik mij iets beter'. Het leven wordt in elk opzicht beter, bijvoorbeeld wanneer medicijnen aanslaan. In het *regressive narratief* is geen uitzicht op verbetering op te merken. Er is sprake van een continu neerwaartse beweging, alles gaat slechter of achteruit. Een voorbeeld is dat men ervaart geen controle meer over het leven te hebben. Het *stability narratief* laat geen verandering zien. De ziekte wordt niet beter, maar ook niet slechter. Ondanks de diagnose, gaat het leven simpelweg door.

Frank (1995) onderscheidt het '*restitution*', '*chaos*' en '*quest*' narratief, respectievelijk *herstel*-, het *chaos*-, en het *queestennarratief*. Het *herstel narratief* is gebaseerd op het feit dat wanneer je ziek bent, je ervan uit gaat dat je beter wordt. De opvatting 'gisteren was ik gezond, nu ben ik ziek, morgen ben ik beter' past bij dit narratief. De ziekte wordt als iets tijdelijks gezien dat weer opgelost wordt. Voor chronisch zieken kan dit narratief naar voren komen, ondanks dat er een beperkte kans op genezing is. Zo is het mogelijk dat de patiënt nog niet beseft dat hij niet meer beter wordt of dat hij de ziekte op niet medisch vlak probeert te overwinnen. Bijvoorbeeld dat diabetici zo normaal mogelijk willen blijven leven, ondanks de medicatie en belemmeringen die diabetes met zich meebrengt. Het *chaos narratief* richt zich op het feit dat het leven nooit meer zal verbeteren. Dit narratief wordt alleen in de verleden tijd verteld en heeft een 'en toen, en toen, en toen' structuur. Deze mensen leven met het idee dat het leven nooit beter wordt. Naast de ziekte, zijn ook andere problemen onderdeel van het verhaal. Het *queesten narratief* kenmerkt zich door de zoektocht naar mogelijkheden om de ziekte te gebruiken. De ziekte verandert het leven en de identiteit van een persoon. In dit narratief ontdekken vertellers vaak wie de zieke persoon echt is (Sparkes et al., 2011).

De verschillende narratieven van Gergen (2005) en Frank (1995) tonen overeenkomsten. Het *progressive narratief* van Gergen (2005) en het *herstel narratief* van Frank (1995) zijn beiden gericht op het positieve, het beter worden en voelen. Het *regressive narratief* kan in relatie worden gebracht met het *chaos narratief*, het leven zal niet verbeteren. In het *stability narratief* is geen verbetering of verslechtering zichtbaar, maar de ziekte kan een mogelijkheid bieden om als persoon te veranderen, zoals in het *queesten narratief* naar voren komt. Deze verandering van het leven en de identiteit van een persoon, zoals gebeurt in het *queesten narratief*, kan ook via *progressive* en *regressive narratieven* worden verteld.

2.2 Betekenisconstructie

Betekenenissen over ziekte, maar ook andere aspecten in het leven kunnen worden achterhaald door middel van bovengenoemde narratieven te beluisteren. Betekenisgeving is een continu proces en wordt gevormd op basis van achtergrond, mening, ervaring, beleving, verwachting, houding en het gevoel van een persoon (Weick, 1995). Onderliggende socialiserende factoren zoals sociaal-economische klasse, geslacht, etniciteit, en eerder opgedane ervaringen met sport zijn van invloed op de betekenisgevingconstructie en de mate van intrinsieke motivatie (Elling & Kemper, 2011).

Het proces is inter-subjectief, gezien de persoonlijke waarheid gebaseerd is op dezelfde beïnvloedende aspecten uit de maatschappij. Zo zijn narratieven niet helemaal persoonlijk, het is de taal van de samenleving (Nijhof, 2000). Het zijn sociale creaties die met hulp van de invloed van culturele invloeden de uiteindelijke persoonlijke betekenissen vormen (Smith & Sparkes, 2008). Dit blijkt ook uit drie van de zeven principes waarmee Weick (1995) het proces van betekenisgeving omschrijft (zie tabel 1).

Tabel 2. De zeven principes die het proces van betekenisgeving kenmerken (Weick, 1995).

Principe	Toelichting
1. <i>Grounded in identity construction</i>	Betekenenissen zijn afhankelijk van de persoon die de betekenis toekent. De identiteit die mensen aannemen bepaalt de betekenisgeving.
2. <i>Retrospective</i>	Het proces van betekenisgeving is gebaseerd op het verleden, waarbij de betekenisgever ervaringen uit het verleden meeneemt in het toekennen van betekenissen.
3. <i>Enactive of sensible environment</i>	Factoren uit de omgeving van de persoon spelen een rol bij de betekenisgeving.
4. <i>Social</i>	Betekenisgeving wordt beïnvloed door de personen waarmee je omgaat. Het is een sociaal proces.
5. <i>Ongoing</i>	Het proces van betekenisgeving stopt nooit. Betekenissen zijn tijdelijk en kunnen ieder moment veranderen.
6. <i>Focused on and by extracted cues</i>	Betekenisgeving wordt beïnvloed door prikkels van buitenaf. De mate waarin deze prikkels worden opgemerkt is afhankelijk van de context.
7. <i>Driven by plausibility rather than accuracy</i>	Betekenisgeving is meer gebaseerd op plausibiliteit dan op nauwkeurigheid. Volgens Weick (1995) oordelen mensen sneller op het geloofwaardige en aannemelijke, dan op de nauwkeurige feiten.

De sociale interacties en culturele invloeden die het proces van betekenisconstructie inter-subjectief maken, zijn afkomstig uit de maatschappij. Op deze manier wordt de invloed van heersende vertogen op de mate van persoonlijke betekenisconstructie duidelijk.

2.3 Heersende vertogen

Vertogen, of discoursen, zijn heersende opvattingen over een bepaald onderwerp of situatie, die geconstrueerd zijn binnen een bepaalde sociale setting en tijdsperiode (Karlberg, 2012). Vertogen bepalen de algemene opinie in een maatschappij en worden als 'algemeen bekend' aanvaard. Veelal worden deze vertogen verwoord in beleidsteksten, echter mist er vaak een eenduidige empirische onderbouwing. Vertogen kunnen het proces van betekenisgeving van individuen beïnvloeden. Andersom kunnen betekenissen van mensen ook invloed hebben op vertogen. Dit is het geval wanneer meerdere mensen een overeenkomstige betekenis toekennen aan een bepaald onderwerp of situatie (Karlberg, 2012). Het vertoog over sport en bewegen in de Nederlandse maatschappij heeft voornamelijk een medisch uitgangspunt. Het is gericht op sport en bewegen als middel: 'sport en beweging is goed voor de gezondheid' (Tiessen-Raaphorst et al., 2005).

2.3.1 Sport en gezondheid

De laatste jaren is er veel aandacht voor sport en beweging en het bevorderen van een gezondere en actieve leefstijl. Op basis van bevindingen uit voornamelijk medische wetenschap hebben sport en bewegen een steeds prominentere rol in de Nederlandse maatschappij ingenomen.

Het heersende vertoog benadrukt dat sport en beweging een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven, een gezonder algemeen welbevinden, een hogere vitaliteit en minder gezondheidsklachten (van Eekeren, 2007; Boonstra & Hermens, 2011). In veel gezondheidsprojecten wordt fysieke activiteit dan ook ingezet om overgewicht te voorkomen (Kemper, 2000). Binnen dit vertoog heerst de kijk op een verlaging van gezondheidsrisico's als hart- en vaatziekten, depressie, een beroerte, hoge bloeddruk, diabetes type 2 en een vroege dood door sport. Voor sporters zou dit risico lager zijn dan voor niet-sporters (Boonstra & Hermens, 2011). Dit vertoog heeft tot gevolg dat chronisch zieken, mensen met overgewicht en ouderen steeds vaker worden geadviseerd om minimaal 30 minuten per dag matig intensief te bewegen. Er wordt gesproken dat deze Nederlandse Norm Gezond Bewegen zorgt voor de minimale hoeveelheid beweging om de 'gezondheidstoestand' te bevorderen. Het maakt het aannemelijk om sport en beweging als positief middel te zien om gezondheid te waarborgen en of te verbeteren.

Een ander vertoog, waarin wordt gesteld dat (team)sport bijdraagt aan belangrijke maatschappelijke waarden als participatie (Ministerie van VWS, 2011), kan meespelen in de keuze om te gaan sporten. Dit vertoog stelt dat sportparticipatie bijdraagt aan het opdoen van sociale contacten en het brengt mensen bij elkaar (Boonstra & Hermens, 2011; van Eekeren, 2007).

Op psychosociaal vlak wordt gesproken dat sport en beweging voordelen kan opleveren. Het vertoog luidt dat sport als middel kan dienen voor zelfwaardering en identiteitsvorming. Bottenburg & Schuyt (1996) verwijzen naar studies waarin wordt beweerd dat de zelfwaardering groeit en de eigen identiteit wordt gevormd door bekwaam te worden in een bepaalde sport. In dit vertoog is aandacht voor het optreden van veranderingen door sport in zelfbeeld, zelfvertrouwen, zelfdiscipline en zelfbewustzijn. Daarnaast wordt gezegd dat het bijdraagt aan toename in alertheid, helderheid van denken, energie en vermogen om dagelijkse activiteiten aan te kunnen (Bottenburg & Schuyt, 1996).

Ondanks dat een eenduidige empirische onderbouwing vaak mist, kunnen deze vertogen van invloed zijn op de betekenisgeving aan sport en bewegen. Mensen kunnen ‘mee’ gaan in de aanname dat ‘sport en beweging goed is voor de gezondheid’. Betekenissen die zij geven aan sport en bewegen, mogelijk beïnvloed door deze heersende vertogen, worden inzichtelijk gemaakt door onderzoek te doen op psychosociaal niveau.

2.4 De betekenis van sport voor diabetici

Zoals eerder vermeld, is er tot op heden nog weinig onderzoek verricht naar de betekenisgeving aan sport en bewegen door chronisch zieken, in het bijzonder diabetici. Een klein aantal studies brengt een aantal aspecten rondom betekenisgeving in kaart. Uit een aantal studies blijkt dat een aantal mensen, dat gediagnosticeerd is met diabetes type 2 de gedachte hebben niet meer te kunnen sporten of fysiek actief te zijn (Bhattacharya, 2012), mede doordat zij rekening moeten houden met medicatie (Liburb, 2004). Diabetici vinden het een kwelling om in te zien dat zij niet meer kunnen participeren in het sportleven zoals gewoonlijk. Oorzaken zijn de medicatie, afhankelijkheid, belemmeringen tijdens het sporten en sneller optredende vermoeidheid (Liburb, 2004). In deze twee studies ervaren diabetici moeite met de praktische uitvoering van de aangeboden richtlijnen om te sporten met diabetes. In de studie van Bhattacharya (2012) voelen mannen zich niet lichamelijk bekwaam om sporten met een hoge intensiteit te beoefenen. Therapietrouwheid is in deze twee studies laag, gezien zij denken niet meer in staat te zijn om te sporten of fysiek actief te zijn.

Hörnsten et al. (2004) laten in hun studie zien dat er een tweedeling bestaat in diabetici die na diagnose direct hun leefstijl veranderen of volgens hun oude leefpatroon blijven leven. De betekenis van een actieve leefstijl is voor enkele diabetici niet belangrijk. Zo leeft een aantal diabetici verder in het oude leefpatroon, ondanks dat er diabetes is gediagnosticeerd.

Ten aanzien van het zelfbeeld blijkt uit de studie van Bhattacharya (2012) dat mensen met diabetes type 2 zich de status opleggen van ‘ziek persoon’ voor de rest van het leven. Het aannemen van een andere identiteit, zoals de ‘patiënt identiteit’ zijn onder andere gevolgen van de diagnose (Manderson, 2009). Een gevoel van onvrede kan optreden en de betekenis van sport kan veranderen na de diagnose (Charmaz, 2006).

‘Zelf’ en ‘persoonlijke identiteit’ zijn in het onderzoek naar de impact van een chronische ziekte twee belangrijke thema’s (De Witte & Dekkers, 1997). De confrontatie met de chronische ziekte beïnvloedt de perceptie van het ‘zelf’ en de identiteit van een persoon (Charmaz, 1991; Dyck, 2002; Manderson, 2009). Zoals Charmaz (2006) omschrijft, ontwikkelt een persoon in tijden van chronische ziekte een nieuw zelf-concept aan de hand van nieuwe criteria die gebaseerd zijn op activiteiten en maatstaven waaraan een persoon zichzelf meet. Vanaf de diagnose kunnen diabetes type 2 patiënten zich gaan aanpassen aan de ziekte, zichzelf anders voordoen en of ontwikkelen.

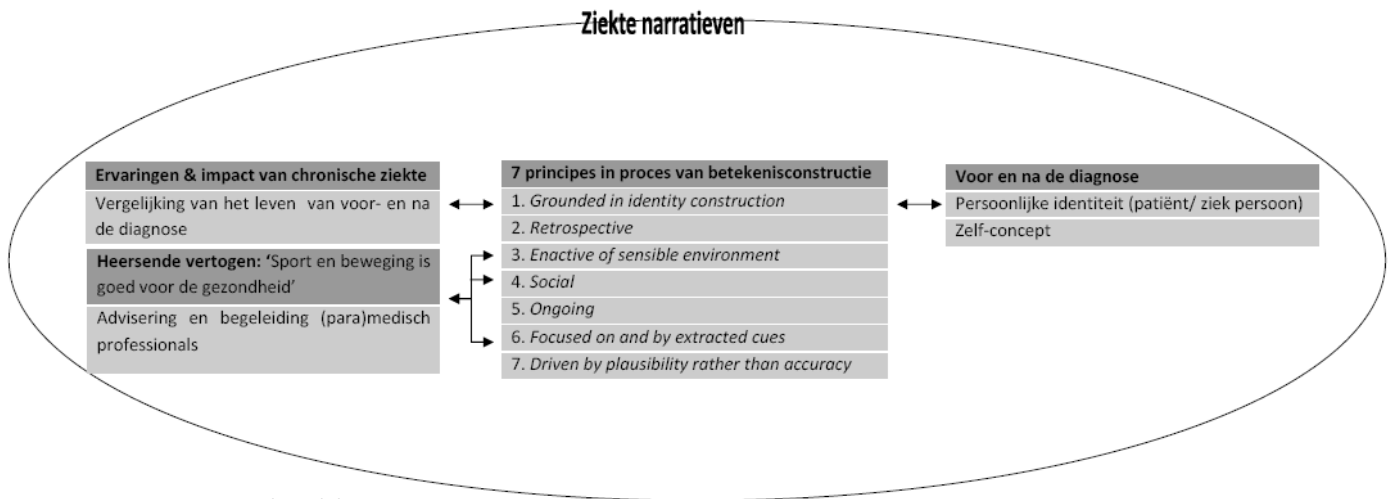
Zo blijkt uit ervaringen van diabetes type 2 patiënten weergegeven in *Pieken met diabetes*, Atlas Diabetes Challenge (2012) dat diabetici zich door het sporten zekerder voelen, meer zelfvertrouwen hebben, en merken dat zij sterker zijn geworden (zie citaten). Enerzijds leren diabetici de ziekte accepteren en erover te praten. Anderzijds heeft het een grote impact op het leven, hebben sommigen angst voor de toekomst, zijn boos en worden geconfronteerd met wat de ziekte met hen doet (Bas van de Goor Foundation, 2012).

*“Ik ging van “nul komma nul energie” naar “weer zin in het leven en duizenden plannen maken.” [Astrid Kokmeijer, in *Pieken met diabetes*, Atlas Diabetes Challenge, 2010, p. 42].*

*“Voor het eerst was ik niet meer een diabetespatiënt, maar een stoere en sportieve challenger, iemand met een doel en een roeping.” [Jempi Moens, in *Pieken met diabetes*, Atlas Diabetes Challenge, 2010, p. 134].*

2.5 Conceptueel model

Bovengenoemde theorieën leiden samen tot het conceptueel model (zie figuur 1), welke als houvast dient voor het onderzoek. Betekenisconstructie vindt te allen tijde plaats. In dit onderzoek wordt betekenisconstructie inzichtelijk gemaakt door ziekte narratieven te bestuderen. Ziekte narratieven kunnen in verschillende vormen worden verteld zoals Frank (1995) en Gergen (2005) veronderstellen. In dit onderzoek wordt gekeken welke soorten ziekte narratieven verteld worden. Door het bestuderen van de ziekte narratieven wordt het proces van betekenisconstructie van een persoon duidelijk. Aspecten als heersende vertogen, eigen ervaringen en het zelf-concept hebben invloed op de zeven principes van het proces van betekenisconstructie. Uit het onderzoek zal blijken of deze naar voren komen in de levensverhalen van diabetes type 2 patiënten. Op welke manier de ziekte invloed heeft op het eigen (sport en beweeg)leven, de mate van verandering, de sportparticipatie en de rol van sport en bewegen in het leven zal uit de autobiografische levensverhalen van patiënten blijken.



Figuur 1. Conceptueel model.

3. Methode

Met explorerend kwalitatief onderzoek zijn betekenissen van sport en bewegen voor diabetes type 2 patiënten en hun medisch professionals onderzocht (De Vaus, 2001). Kwalitatief onderzoek is een vorm van empirisch onderzoek, waarbij diepgaande informatie wordt verkregen door het beschrijven en interpreteren van ervaringen, wensen en behoeften van betrokkenen (Boeije & 't Hart, 2009).

3.1 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek richt zich op diabetes type 2 patiënten en hun paramedisch professionals. Omdat voor beide doelgroepen verschillende soorten onderzoeksvragen zijn opgesteld, zijn in dit onderzoek twee verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Zowel bij de eerste als bij de tweede doelgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode ingezet. De eerste twee deelvragen zijn beantwoord door middel van narratief onderzoek bij diabetes type 2 patiënten. De laatste twee deelvragen zijn beantwoord door semi-gestructureerde interviews in te zetten bij paramedisch professionals.

3.1.1 Narratief onderzoek

Narratief onderzoek is ingezet om betekenissen van sport en bewegen in het leven van diabetes type 2 patiënten te achterhalen. Narratief onderzoek geeft inzicht in de wijze waarop mensen in hun interpretaties de werkelijkheid construeren (Nijhof, 2000). Het persoonlijke levensverhaal speelt een rol en patiënten krijgen de mogelijkheid om hun identiteit te laten zien aan de toehoorder (Riessman, 2008). De persoonlijke perspectieven van de persoon op zijn of haar leven en het zelfbeeld kunnen worden achterhaald (Nijhof, 2000). Het heeft betrekking op de interpretatie van de persoon van het leven met diabetes en de rol van sport en beweging daarin.

Het autobiografische narratief interview start met een open vraag dat een persoonlijk verhaal van de patiënt ontlokt. Deze onderzoeksmethode is gebaseerd op de veronderstelling dat individueel vertelde levensverhalen het dichtst bij de ervaring staat van de patiënt en dus geschikt is voor het vastleggen van de realiteit van het eigen leven (Wengraf, 2001).

Voorafgaand aan het interview is de patiënt ingelicht over het doel van het onderzoek. De thema's sport en beweging en het levensverhaal zijn kort toegelicht. Tevens is de procedure van het narratief interview uitgelegd. Het interview startte met de vraag: *'Kunt u mij uw levensverhaal vertellen?'* waarna de patiënten hun persoonlijke verhaal hebben verteld. De interviews zijn zeer verschillend van elkaar verlopen. Een aantal patiënten was zeer bereid om hun levensverhaal te vertellen, anderen hadden meer moeite met de narratieve opzet van het interview. In deze interviews zijn dan ook meer vragen gesteld dan normaal is in de narratieve methode. Een aantal thema's gebaseerd op literatuur zijn voorafgaand aan de interviews genoteerd. Deze thema's zijn gebruikt om aanvullende vragen te stellen tijdens interviews met patiënten die weinig vanuit zichzelf vertelden.

De context waarin het gesprek plaatsvindt, is bepalend voor het levensverhaal (Nijhof, 2000). Om deze reden hebben de gesprekken plaatsgevonden bij de patiënten thuis. De positie van de onderzoeker speelt ook een rol in de interactie met patiënten. De onderzoeker is zeer sportief en ziet sport en beweging als belangrijke factor voor een gezonde leefstijl. Tijdens interviews met diabetes patiënten heeft de onderzoeker afstand moeten nemen van deze visie.

Diabetici zijn benaderd via persoonlijke sociale contacten van de onderzoeker en via een diabetes forum op internet. Het enige inclusie criterium voor deelname aan het onderzoek was dat de patiënten de diagnose diabetes type 2 hebben. Het wel of niet sportief zijn, was geen criterium. De gesprekken die hebben plaatsgevonden bij patiënten thuis, zijn opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Hierna zijn de uitgeschreven gesprekken voor verificatie opgestuurd naar de geïnterviewden. Reacties van geïnterviewden, zoals aanvullende opmerkingen, zijn verwerkt in de transcriptie. Deze techniek vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde data.

3.1.2 Semi-gestructureerd interview

De semi-gestructureerde interviews hebben betrekking op de rol en betekenis van sport in het leven en werk van paramedisch professionals. Op basis van de twee deelvragen en bevindingen uit literatuur zijn interviewindicatoren vastgesteld. Vanuit deze indicatoren zijn interviewvragen opgesteld.

Professionals zijn benaderd via persoonlijke contacten en een random benadering van de onderzoeker en via bestaande contacten van Mulier Instituut. Inclusie criterium voor deelname aan het onderzoek was dat professionals nauw samenwerken met en begeleiding bieden aan diabetes type 2 patiënten.

Professionals die wilden deelnemen aan het onderzoek zijn op hun werklocatie geïnterviewd. De interviews zijn, evenals bij de patiënten, opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Deze uitgeschreven interviews zijn naar alle professionals opgestuurd voor verificatie, zodat eventuele aanvullende opmerkingen verwerkt konden worden in de transcriptie.

3.2 Data analyse

De interviews zijn opgenomen met een voice recorder en vervolgens uitgetypt. Met behulp van MAXQDA10 zijn de interviews gecodeerd. Coderen is het labelen van een gedeelte van een tekst om zo de betekenis te identificeren (Bowling & Ebrahim, 2005). Open codering is toegepast, wat inhoudt dat alle gegevens zorgvuldig zijn gelezen en in codes zijn ingedeeld. De codes zijn vooraf opgesteld aan de hand van vastgestelde thema's. Tevens zijn nieuw ontstane codes tijdens het coderen toegevoegd (codeschema's, zie bijlage 1).

Naast de analyse via het coderingsprogramma, zijn de narratieve interviews met patiënten door de onderzoeker geanalyseerd op type narratieven. Hierbij is gebruik gemaakt van de indeling zoals Frank (1995) en Gergen (2005) weergeven. De houding, stem en woordkeuzes van de patiënten tijdens interviews zijn door de onderzoeker gebruikt voor de weergave van de twee typen levensverhalen.

4. Resultaten patiënten

Er zijn in totaal 6 narratieve interviews met patiënten gehouden, waarbij het totaal aantal jaren levend met diabetes verschilt. In totaal hebben 6 patiënten deelgenomen aan het onderzoek: 5 mannen en een vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 56,5. Gemiddeld duurde een narratief interview 39 minuten. De algemene kenmerken van de geïnterviewden worden in tabel 2 weergegeven.

Tabel 3. Kenmerken geïnterviewde patiënten

Geslacht	Leeftijd	Diabeet sinds	Medicatie	Betekenis sport/beweging in leven
Man	60	December 1996	Insuline	<i>"Maar sporten?! Ja, ik beweeg wel. Ik loop van hier naar de wagen, ik rij naar de zaak, daar loop ik vanaf de wagen naar kantoor (lachend)."</i>
Man	54	Maart 2010	Medicijnen	<i>"Met sport, als je daar de ellende mee kan voorkomen, dan moet je dat doen. En ik doe het zeker! Met plezier!"</i>
Man	60	1998	Medicijnen	<i>"Ik heb er de tijd niet voor. Als ik nou 's avonds thuis kom, heb ik daar geen zin in."</i>
Man	62	2002	Insuline	<i>"Ik fiets wel elke dag van en naar mijn werk [...] Ik ben nooit zo'n sportman geweest. Het is een heel gedoe hè. Wat dat betreft ben ik een beetje lui."</i>
Vrouw	49	Mei 2012	Insuline	<i>"Er is niet veel veranderd, maar ik doe het nu intensiever. Omdat het bekend is dat als je diabeet bent, dan is het gewoon heel goed om veel te sporten."</i>
Man	54	2003	Insuline	<i>"Ik moet er veel meer moeite voor doen om het te kunnen doen. Dat geeft voldoening. Alleen moet je heel erg uitkijken, je bent heel blessuregevoelig."</i>

Naar aanleiding van het onderzoek kan er een tweedeling gemaakt worden in de levensverhalen die verteld zijn. Het eerste type verhaal wordt geïllustreerd met citaten van drie patiënten en representeert de 'niet-sporter na diagnose'.

"Ik heb héél vroeger, toen ik kind was, zeker aan sport gedaan. Ik fietste, ik tenniste, en deed soms aan turnen. Maar op een gegeven moment had ik daar geen zin meer in. In de volwassen jaren verdwijnt dat toch sneller naar de achtergrond. Ik heb dan ook weinig met sport. Ik vind het een gedoe en ik heb er de tijd niet voor. Ik werk ook veel hè. Ja, op mijn werk beweeg ik ook niet zoveel. Ik heb een kantoorbaan, dusja. Ik ben wat dat betreft een beetje lui hè. Ik heb er niet zo'n zin in of ik durf niet, moet dan allemaal rekening houden met de diabetes. Wat dat betreft kan ik wel een stok achter de deur gebruiken. Maar ik beweeg wel af en toe hoor! Fietsen naar het werk, golfen of tennissen. Maar of dat veranderd is na de diagnose? Nee, eigenlijk niet. Waarom zou ik iets veranderen als ik mijn leven zo goed vindt? Sowieso heeft de diabetes niet zo'n invloed op mijn leven, het zit een beetje op de achtergrond. Ik ben er niet zo veel mee bezig. Ja, ik moet wel spuiten of mijn medicijnen nemen, maar daar raak je ook wel ervaren in. Je moet regelmaat hebben. Maar ik vind het wel prima zo, ik leef zoals ik wil. Het leven gaat simpel gezegd gewoon door. En hoe de professionals daar tegenover staan.. Soms wordt er wel goed advies gegeven. Maar ach, het is mijn leven dus ik bepaal zelf wat ik wil en niet. Ik zie wel weer als er iets gebeurt."

Het tweede type verhaal is gebaseerd op drie levensverhalen en kenmerkt de ‘sporter na diagnose’.

“Ja, de diabetes... Nou, daardoor ben ik wel anders gaan bewegen en sporten hoor. Je hoort wel overal dat bewegen goed voor je is, maar voor de diagnose had dat nog niet zoveel impact op mij. Nu wel, ik weet dat het goed is voor de diabetes en voor alles. Ervoor deed ik (niet) aan bewegen. Nu is dat meer geworden: ik fitness, fiets, wandel, loop hard. Ja, ik merk verschil! Het geeft voldoening, ik word er happy van en ik voel mij fitter. Ik voel mij beter door de medicijnen en beweging. Maar er zit ook een nadeel aan hoor! Het is soms ook wel lastig hoor, want je moet er meer moeite voor doen. Ik moet rekening houden met mijn waardes, moet een energiereep meenemen, voel mij soms slap en heb soms wel last van andere gezondheidsklachten. Maar, ik blijf ermee door gaan. Mijn huisarts, diëtiste en praktijkondersteuner geven ook goede adviezen. Zij staan klaar voor mij en adviseren mij over hoe ik moet bewegen en waar ik rekening mee kan houden. Soms heb ik deze motiverende woorden wel even nodig om ermee door te gaan. Maar ik merk sowieso dat het een effect heeft op mijn algemeen welbevinden. En dat is fijn. Voor de rest speelt diabetes niet zo’n heel grote rol in mijn leven. Ik ben er wel continu mee bezig, met spuiten, medicijnen innemen en waardes checken. Maar goed, dat hoort erbij. De medicatie maakt het leven met diabetes wel aangenamer.”

Deze tweedeling in levensverhalen is ook op te merken in de rest van de resultaten, zoals in de sportparticipatie, de impact op het dagelijks leven, typen ziekte narratieven, en de relatie met paramedisch professionals.

4.1 Sportparticipatie voor en na diagnose

Zoals blijkt uit bovenstaande levensverhalen, doen alle patiënten aan een bepaald soort beweging variërend van fietsen naar het werk tot wandelen, fitness, golf, tennis of mountainbiken. Geen enkele geïnterviewde diabetes patiënt is geheel inactief.

Er is een verdeling te maken in mate van sportiviteit voor en na de diagnose. Vijf patiënten zijn in de jaren voor de diagnose niet tot weinig sportief geweest. Voor drie van deze vijf patiënten is niets veranderd. De andere twee andere patiënten zijn na de diagnose meer gaan bewegen. De zesde patiënt was, zowel voor als na de diagnose, zeer sportief op het gebied van mountainbiken en wielrennen. In sommige gevallen treedt er dus verandering op in de sportparticipatie. Voor een enkeling vormen comorbiditeit en angst een barrière om te sporten.

Zoals ook blijkt uit de twee levensverhalen, zijn er twee groepen te onderscheiden ten aanzien van verandering in sportdeelname. De eerste groep ‘niet-sporters na diagnose’ is na de diagnose niet meer gaan bewegen, wegens verschillende redenen. Er wordt aangegeven dat zij het er niet voor over hebben, de tijd en discipline niet hebben, een stok achter de deur nodig hebben. Zij zien het belang ervan in, alleen geven zij hier zelf geen prioriteit aan. Deze groep vindt het belangrijker om te leven zoals zij zelf het fijnste vinden en zijn niet geneigd hun leefstijl aan te passen.

“En als het straks wel een rol gaat spelen, dan ben je te laat. En dan kijk ik wel. Maar dat is met alles. Of een goeie stok achter de deur. [man, niet-sporter na diagnose]”

“En dan zal er echt wel weer wat moeten gebeuren voordat ik daar anders over ga denken. Maar als de controles gewoon de juiste waardes laten zien, waarom zou ik me dan zorgen moeten maken. Dus.. En dan kan je moeilijk gaan lopen leven, en dan kan je moeilijk gaan lopen doen. Kijk ik zou best 80 kilogram willen wegen of 84 kilogram, maar ik heb het er helemaal niet voor over om mijn hele levensstijl te gaan aanpassen. [man, niet-sporter na diagnose]”

De tweede groep is of wil na de diagnose meer gaan bewegen dan voorheen of is blijven bewegen, omdat zij voor zichzelf het belang ervan inzien. Over het algemeen beweegt deze groep individueel en zijn zij niet gericht op prestige. Voor een zeer sportieve patiënt is de mate van intensiteit na de diagnose afgenomen door andere gezondheidsklachten. Een barrière die voor een enkeling meespeelt, is de angst om te sporten met diabetes en het missen van begeleiding.

Deze ‘sporters na diagnose’ geven verschillende redenen die hen stimuleren om te blijven of te gaan bewegen. Positieve ervaringen als jezelf happy voelen, lekker in je vel zitten, afvallen, je beter voelen, en een beter effect op je suiker stimuleren hen. Door een patiënt wordt het gevoel van voldoening benoemd, door nog te kunnen sporten ondanks de beperkingen die diabetes met zich meebrengt (zie citaat).

“Maar desalniettemin sport ik toch behoorlijk fanatiek. Ik scoor nog een vermogen van een gemiddeld gezond iemand, in het ziekenhuis. Een vermogenstest. En mijn hart, ik heb dan hartfalen en mijn rikketik werkt 40%. En dan COPD, ik mag dat niet maximaal belasten. Maar in het ziekenhuis gebeurt dat natuurlijk wel. En dan staan ze echt van: ‘hoe is dat mogelijk’. [man, sporter na diagnose]”

Tevens geeft een andere patiënt de confrontatie met een sterfgeval in de familie door diabetes aan als de grootste drijfveer om diabetes in te perken. Dit blijkt uit het volgende citaat.

“Toen kreeg ik dus te horen ja, symptomen van diabetes type 2.... Ik wist wel van suikerziekte, want mijn moeder had suikerziekte dus ja. Die is er ook aan gestorven, dus ja ik wist wat daar voor consequenties aan vast zaten: nierziekte zit er gelijk aan vast. En toen dacht ik, nou potverdorie dat moet mij niet overkomen. Dus ik ben gelijk gaan, het eerste wat ik dacht was ik stop met chocola eten, dat doe ik meten. En ik ga naar een diëtiste toe... En toen dacht ik van nou moet ik eens gaan sporten. [man, sporter na diagnose]”

Deze groep ziet het nut van sport en beweging voor hun diabetes in en brengt dit op eigen wijze in de praktijk. De een beleeft geen plezier aan een sportschool en gaat liever wandelen en of fietsen. Een ander hecht waarde aan het bewegen in de buitenlucht. Weer een ander haalt voldoening uit fitness.

4.2 Impact op dagelijks leven

Vier van de zes patiënten waren al bekend met diabetes type 2, doordat diabetes in de familie voorkomt. Dit maakt de impact op het dagelijks leven kleiner, omdat men al eerder kennis heeft gemaakt met deze ziekte. Tevens geven alle geïnterviewden aan weinig hinder te ondervinden van het spuiten van insuline of het slikken van medicijnen. Waar het kort na de diagnose voor sommigen moeilijk was om te gaan met de medicatie en het spuiten van insuline, geven alle geïnterviewden aan nu controle en ervaring te hebben ten aanzien van de medicatie.

Het is opvallend dat alle patiënten kampen met comorbiditeit. Andere gezondheidsklachten als hoge bloeddruk, jicht, hoog cholesterol, hartproblemen (katherisatie), artrose, en een te hoog lichaamsgewicht worden genoemd. Een patiënt heeft te kampen met zowel blaaskanker, jicht, rug- en nekhernia en een cyste in de schouder. Dit vormt voor deze patiënt echter geen belemmering om te blijven sporten en bewegen, wel in de mate van intensiteit van het bewegen.

De groep ‘niet-sporters na diagnose’ zien weinig belemmeringen in hun dagelijks leven als gevolg van de diagnose. Zij geven aan nauwelijks verschil te merken na de diagnose, op het spuiten van insuline of het innemen van de tabletten na. Dit staat ook in relatie tot de houding van deze patiënten tegenover de ziekte.

“Eigenlijk trek ik mij er weinig van aan van het diabetes verhaal. Ik slik mijn medicijnen, ik hou een beetje mijn voeding in de gaten, maar ik heb er voor de rest eigenlijk weinig hinder van. Ik, hypo’s en dergelijke... Nee [...] Voor de rest deert het mij nog niet echt. [...] Ik zeg al, ik heb meer last van de artrose. [man, niet-sporter na diagnose]”

Een andere patiënt merkt stemmingswisselingen bij zichzelf op en geeft ook aan dat de diabetes ook effect heeft op de sociale omgeving, in het bijzonder de naaste familie: *“in feite hebben zij het ook een beetje” [man, niet-sporter na diagnose].*

In de groep 'sporters na diagnose' worden wel enkele belemmeringen in het dagelijks leven door de ziekte genoemd. Door de diabetes hebben twee patiënten moeten switchen van nachtdienst naar dagdiensten, in verband met werkdruk. Het werk is fysiek zwaarder geworden door de diabetes. Een andere impact is dat alle zes de patiënten aangeven continu met de diabetes geconfronteerd te worden. Diabetes patiënten zijn genoodzaakt tot een stukje zelfzorg en regelmaat te hebben in hun eetpatroon.

"Op die manier ben je er wel mee bezig hè. Want dat is wel een punt: je eetpatroon. Alles wat je tot je neemt, je bent er heel veel mee bezig, je kunt het niet uitschakelen. Het is er altijd en dat vind ik soms wel een beetje frustrerend. [...] Wees er niet te veel mee bezig. Je bent daar gewoon te veel op gefocust. [man, niet-sporter na diagnose]"

In enkele interviews komt naar voren dat de eigen regie en de verantwoording naar jezelf soms eens frustrerend werkt. Voor een patiënt geldt deze zelfzorg juist niet als een belemmering. Deze patiënt ziet geen 'beren op de weg' en voelt zich juist na de diagnose een stuk beter, gezien de medicijnen hun werk doen. De persoonlijkheid, het type patiënt heeft duidelijk invloed op de kijk naar het leven met diabetes en de intentie tot het veranderen van hun leefstijl.

4.3 De 'sporter' en 'niet-sporter'

De 'niet-sporter na diagnose' is over het algemeen weinig gemotiveerd om veranderingen in leefstijl aan te brengen, mede door desinteresse en luiheid. Dit type doet gemakkelijk over het leven met diabetes. Volgens deze patiënt is er nauwelijks een impact te merken. Die ziet het leven met diabetes als "het leven gaat gewoon door" en "dat zien we dan wel weer" [man, niet-sporter na diagnose]. Dit type patiënt kent het vertoog 'sport en beweging is goed voor de gezondheid', zoals ook geadviseerd wordt door (para)medisch professionals, maar heeft niet de intentie te veranderen. Het hebben van een stok achter de deur is nodig bij deze patiënt. Deze patiënt voelt soms angst en onzekerheid om te sporten met diabetes. Deze patiënt laat het allemaal op zich afkomen en geeft geen prioriteit aan de gevolgen die diabetes met zich mee kan brengen. Nuchterheid speelt een rol in deze houding ten aanzien van hun ziektebeeld.

De 'sporter na diagnose' is over het algemeen gemotiveerd om de leefstijl te veranderen. Dit type patiënt ziet de noodzaak van het vertoog 'sport en beweging is goed voor de gezondheid' in. Deze patiënt wordt gestimuleerd door positieve ervaringen en laat zich niet zomaar uit het veld slaan. Dit type is initiatiefnemend en ziet in dat zij zelf de regie in handen moet nemen, gaat zelf op zoek naar oplossingen. Verschil is op te merken in persoonlijkheden van deze patiënt. De een merkt een jojo effect op wanneer de begeleiding en advisering wegvalt; een stok achter de deur is nodig. Een ander is positief ingesteld en ziet alles in "mogelijkheden in plaats van belemmeringen" [vrouw, sporter na diagnose]. Discipline is voor deze persoonlijkheden verschillend. De een kan het zelfstandig, de ander heeft meer begeleiding nodig om tot werkelijke gedragsverandering te komen.

"Maar ik heb die hulp nodig, ik red het zelf niet. Het heeft ook met discipline te maken. Het is allemaal mooi die spotjes op tv, het is prachtig, maar het moet allemaal hier gebeuren (wijst naar hoofd). [man, niet-sporter na diagnose]"

Een patiënt spreekt uit dat er angst wordt ervaren om te sporten met diabetes. Naast angst en onzekerheid, door een enkeling genoemd, wordt er niet gesproken over depressie en somberheid. Wel spreekt een patiënt over onvrede/boosheid, zowel ten aanzien van het sporten met een beperking als naar de afstemming van adviezen tussen (para)medisch professionals.

De typen ziekte narratieven waarin het levensverhaal wordt verteld, is verschillend per type patiënt. De ‘niet-sporter na diagnose’ vertelt in *stability* en *herstel* narratieven. Dit type patiënt ziet het leven met diabetes niet als een grote belemmering. Het leven met diabetes maakt weinig verschil ten opzichte van het leven voor de diagnose.

De ‘sporter na diagnose’ vertelt in *progressive* en *herstel* narratieven. Door meer beweging en een betere regulatie van insuline door medicatie, ziet deze patiënt verbetering. Het leven met diabetes wordt door deze veranderingen beter. Deze patiënt staat positief in het leven en ziet weinig belemmeringen. Het *herstel* narratief blijkt dominant. Vijf patiënten zien de diabetes niet als een ‘tijdelijke ziekte’, toch ervaren zij weinig tot geen belemmeringen. Zij blijven zo normaal mogelijk leven en proberen de diabetes te overwinnen op medisch vlak. Een aantal van hen verandert hun leefstijl om de complicaties van diabetes te beperken. Er is een uitzondering op te merken in de type narratieven. Een zeer fanatieke ‘sporter na diagnose’ kampt met veel meer gezondheidsproblemen, dat ertoe leidt dat het levensverhaal in *regressive* en *chaos* narratieven wordt verteld. Deze patiënt ziet mede door alle andere gezondheidsproblemen weinig verbetering en lijkt weinig controle over het leven te hebben. Het leren leven met diabetes, maar ook met alle andere gezondheidsproblemen, is voor deze patiënt moeilijk. Ten aanzien van tijdelijke complicaties van het ziektebeeld ziet deze patiënt wel mogelijkheden tot herstel.

4.4 Relatie met (para)medisch professionals

De adviezen die de patiënt ontvangt van (para)medisch professionals zijn over het algemeen gericht op het belang van bewegen en een goede voeding in het leven van een diabeet. Tevens zijn enkele adviezen en de begeleiding ook gericht op het leren spuiten van insuline en de controle in bloed- en suikerwaarden.

De ‘sporter na diagnose’ reageert verschillend op de rol van (para)medisch professionals. Dit is afhankelijk van de persoonlijkheid van de patiënt, het verwachtingspatroon van de patiënt, en de vorm waarin de patiënt diabetes en comorbiditeit heeft. Uit narratieven van de ‘niet-sporter na diagnose’ blijkt dat deze patiënten niet altijd serieus omgaan met adviezen die worden gegeven. Omdat zij beweging en het voedingspatroon niet belangrijk vinden, staan zij niet altijd open voor de adviezen. Wel is de jaarlijkse controle bij deze patiënten tot op heden steeds voldoende, evenals bij de groep ‘sporter na diagnose’. De volgende citaten illustreren de houding van de patiënt ‘niet-sporter na diagnose’ ten aanzien van de professionele begeleiding:

“Ik heb ook een paar keer tussendoor, dan was ik bijvoorbeeld niet afgefallen, dan had ik gewoon mijn afspraak verplaatst naar een volgende keer. En op een gegeven moment kreeg ik zelf het bericht van die internist, van je hoeft niet meer te komen, zoek maar een andere want jij bent niet serieus genoeg. [man, niet-sporter na diagnose]”

“Maar als je, ik heb een tijdje echt bij een voedingsassistent gelopen, maar dat was meer vanwege de cholesterol en het gewicht. En jaaaa, als je dat allemaal moet gaan doen, dan wordt je meer een kluizenaar. Dat ga ik niet doen, duss.. [man, niet-sporter na diagnose]”

De mate van tevredenheid over de manier van begeleiding is verdeeld. De helft van alle patiënten is zeer tevreden over de manier van begeleiding en vindt dat onder andere de huisarts, diabetesverpleegkundige en diëtiste hun werk goed doen. Deze patiënten geven aan deze adviezen en begeleiding ook nodig te hebben, om de werkelijke stap tot gedragsverandering te zetten of om het jojo effect tegen te gaan:

“Ik ben blij dat mijn diëtiste, [naam diëtist], die zat naast [naam praktijkondersteuner], dat is de diabetesverpleegkundige. Die twee wisten precies van elkaar wat voor voeding heb je, welke waarden. Alles onder een dak weet je wel. Huisarts en alles. Dus ik moet zeggen, super begeleiding. Echt een super begeleiding. [man, sporter na diagnose]”

De andere helft van de patiënten spreekt zijn ontevredenheid uit over de mate van advisering en begeleiding. Zo vind een patiënt de afstemming tussen professionals juist niet goed. Anderen vinden dat er slecht gecommuniceerd wordt en missen praktische tips of begeleiding om uiteindelijk zelf te kunnen gaan bewegen. Zij missen de echte stok achter de deur om tot gedragsverandering te komen:

“En dat is toch denk ik toch allemaal door de diabetes. Want het is zo’n rare ziekte. Ik denk, misschien wel een van de vreemdste ziektes die er is. Want daar weten ze ook nog niet alles van. Dat merk ik aan internisten en praktijkondersteuners. Ze hebben zoiets van, wat moeten we nu. [...] En heel veel onwetendheid nog. Daardoor ga je zelf heel anders kijken naar een dokter. Vroeger had je zoiets van ‘wow dat is een man die alles weet’. Nou heb je zoiets van ‘pff, nou oja, het is dat’. Tuurlijk hebben ze daar meer kennis als ik, maar ik voel alles. [man, sporter na diagnose]”

“Ik had niet zo’n klik met die internist. Want die man, die geeft je een hand, die delegeert je dan met die hand naar de plek waar je moet gaan zitten. Ik hou daar helemaal niet van. Ik kan zelf wel mijn stoel vinden. Maar die man die communiceert niet. Die neemt die bloeddruk op en dan moet ik zelf vragen van, hoe ziet het eruit. [...] Duiken gelijk tegenwoordig in de computer. Praten met mij via het beeldscherm, hoe is het met u. Ik ben daar altijd toch een beetje gevoelig voor, ik word daar altijd een beetje kriebelig van. Nou goed, ik blijf altijd wel netjes. Maar eigenlijk ga ik daar nooit echt tevreden weg. Dat is vervelend. [...] Ik heb het daar ook wel eens met de diabetesverpleegkundige over gehad. Dat is een heel leuk iemand. De diabetesverpleegkundige, nouja ik heb een hele goeie. [man, niet-sporter na diagnose]”

Uit resultaten blijkt dat adviezen van (para)medisch professionals in sommige gevallen tegenstrijdig zijn en niet worden afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt zelf. Enkele patiënten geven aan minder tevreden te zijn over de begeleiding van medisch professionals dan die van paramedisch professionals.

4.5 Conclusie

De mate van veranderingen in het leven van diabetes type 2 patiënten na de diagnose verschilt per patiënt. De verdeling in typen patiënt – welke ook terug te zien is in de tweedeling in type levensverhaal – bepaald de mate van verandering: ‘niet-sporter na diagnose’ en ‘sporter na diagnose’. De ‘niet-sporter na diagnose’ is weinig gemotiveerd om leefstijlveranderingen toe te passen. De ‘sporter na diagnose’ is gemotiveerd om iets te veranderen en ziet de noodzaak van meer beweging in. Dit type patiënt gaat meer bewegen of vraagt om begeleiding bij professionals. Veranderingen die hierin plaats hebben gevonden zijn onder andere de afhankelijkheid van medicatie, sneller optreden van vermoeidheid, angst om te sporten.

De opvolging van adviezen en de ervaringen met de begeleiding van professionals verschillen per diabetici. Niet altijd is de advisering en begeleiding voldoende afgestemd op de wensen en behoeften van patiënten. Het type patiënt, persoonlijkheid, mate van gedragsverandering en verwachtingspatroon spelen een belangrijke rol hoe de geïnterviewden reageren en omgaan met advisering en begeleiding.

5. Resultaten paramedisch professionals

In totaal zijn 11 interviews gehouden met verschillende paramedici: twee vrouwelijke en vier mannelijke fysiotherapeuten, twee vrouwelijke praktijkondersteuners, twee vrouwelijke diabetesverpleegkundigen, en een vrouwelijke bewegingsdeskundige. De gemiddelde leeftijd van deze paramedici is 40 jaar.

5.1 Betekenis van sport in het werk

Sport en beweging in het eigen leven zijn voor alle elf professionals belangrijk. De intensiteit waarin gesport wordt verschilt. Gemiddeld sport men 2 tot 3 keer in de week en 9 professionals doen dit individueel en recreatief. Zij beoefenen vooral hardlopen, wandelen en fietsen. Twee professionals beoefenen voetbal en volleybal in competitief verband. Niet alleen sport wordt belangrijk gevonden. Ook andere vormen van beweging, zoals fietsen naar het werk, vinden professionals belangrijk.

Verschillende betekenissen van sport en bewegen komen naar voren. Zij sporten voornamelijk om fit te blijven en de algehele gesteldheid gezond te houden, zowel fysiek als geestelijk. Men geeft aan dat het geestelijk ontspannend werkt. Redenen als het krijgen van energie, minder moe zijn, ontspanning, gezelligheid, en het lekkere gevoel achteraf worden vele malen genoemd. Ook het *“in plooi houden van het lichaam”*, de conditie op peil houden en het tegengaan van het zwaarder worden als gevolg van leeftijd zijn redenen voor de professionals om te sporten.

De eigen kijk op sport en bewegen heeft voor alle professionals invloed op hun werk. Dit komt naar voren in de manier waarop zij patiënten adviseren en begeleiden. Zij nemen eigen ervaringen mee in de advisering en begeleiding. Het overbrengen van eigen ervaringen wordt toegepast. Men laat in eerste instantie zien dat bewegen staat voor plezier, gezellig en leuk. Daarnaast proberen professionals de patiënt de fysieke voordelen te laten ervaren, zoals het energieke voelen en effecten op het geestelijk vlak:

“Ja je kunt het dan ook aan mensen makkelijker uitleggen. En ook wel dat het niet altijd makkelijk is. Dat je kunt zeggen van, ik ga het wel gewoon doen ook al heb ik geen zin. Dat je dan toch vaak beter terug komt als dat je gaat. Al je moe bent, en je gaat lopen, kom je uitgerust – nou ja niet uitgerust – maar je komt minder moe terug. En dat zijn dingen die je wel aan mensen kunt overdragen. [diabetesverpleegkundige, vrouw, 55]”

Daarnaast blijkt dat professionals juist niet gefocust willen zijn op het ‘moeten sporten’, maar alleen op het ‘meer bewegen’. Zij willen de patiënt het plezier van bewegen laten ervaren. Advisering voor een laagdrempelige manier van beweging, als fietsen of wandelen, komt veelal voor. Vijf professionals vinden dat zij als het ware een voorbeeldfunctie hebben voor de patiënt. Zij menen ongeloofwaardiger over te komen bij de patiënt en minder goed te kunnen motiveren, wanneer zij niet zelf sporten. Het overbrengen of het uiten van eigen (competitieve) prestaties en zichzelf op een voetstuk plaatsen, probeert men zo veel mogelijk te beperken. Het bewustzijn van professionals ten aanzien van dit afschrik effect blijkt uit de volgende citaten:

“Ik ben zelf iemand die echt na het boksen in de douche met trillende handjes wil staan. Maar ik vind niet, vooral bij zo’n diabetes groep, dan wil ik dat juist helemaal niet bereiken. [fysiotherapeut, man, 28]”

“Want kijk, op het moment dat je marathons loopt. Dan zeggen mensen al van ‘wow, dat is bijzonder’. Maar dat wil ik hier helemaal niet afgeven.... Alleen wij moeten oppassen hier, dat hier niet de perceptie heerst ‘die fysiotherapeuten die zijn allemaal zo sportief’. Dat mensen daar onzeker daarvan worden ook. [fysiotherapeut, man, 42]”

Andersom is er ook een relatie op te merken. Het werk heeft invloed op hoe professionals tegen sport en beweging aankijken. Het merendeel is door het werken met diabetici meer gemotiveerd geraakt om te gaan of te blijven sporten. De confrontatie met de passieve leefstijl van diabetici en de gevolgen daarvan, zorgt voor bewustwording en het toepassen van een actieve leefstijl bij professionals. Het *“buiten de deur houden van ziektes”*, *“het bewust worden van hoe broos de gezondheid is”* en *“het inzien van de noodzaak ervan”* worden als stimulansen gezien om zelf te sporten. Het volgende citaat is hier een voorbeeld van:

*“En dan kom ik thuis en dan heb ik héél veel zin om te sporten. Dus de invloed van degenen die ik op mijn werk zie hebben soms invloed op mij, dat ik gewoon even ‘wel’ wil zeg maar. Dus de inactiviteit die ik daar zie, draagt bij aan mijn activiteit.
[bewegingsdeskundige, vrouw, 30]”*

In het leven van paramedisch professionals speelt sport en bewegen een duidelijke rol, welke van invloed is op de wijze waarop adviezen worden gegeven. Vooral het plezier in bewegen en het belang van bewegen en juist niet ‘het moeten sporten’ wordt overgedragen aan diabetes patiënten.

5.2 Belang van beweging voor diabetici

De houding van paramedisch professionals ten aanzien van het belang van sport en beweging voor diabetici is eenduidig. Allen geven aan dat beweging zeer belangrijk is. Niet alleen in het bijzonder voor diabetici, gewoonweg voor iedereen. Zij benadrukken daarin vooral de beweging in het alledaagse leven en niet zozeer het sporten. Dit komt overeen met het dominante vertoog, maar blijkt ook uit genoemde ervaringen. Ervaringen met het effect van bewegen op het leven van diabetici zijn duidelijk. In het bijzonder het bijstellen van medicatie, het stabiel houden van de bloedglucose waardes, het uitstellen van insuline spuiten, en het afvallen en/of gezond gewicht krijgen worden genoemd. Daarnaast ervaren professionals dat patiënten zich fitter gaan voelen, meer energie hebben en andere aspecten in het dagelijks leven weer aankunnen, zoals het spelen met kleinkinderen en het oplopen van een trap.

Het humeur van patiënten fleurt op, men voelt zich fitter en fijner, krijgt weer plezier in het leven en leert de regie over het eigen leven weer terug te pakken. Het ervaren dat bewegen leuk kan zijn en niet moeilijk is, brengt vreugde. Het terugdringen van hypo’s en hypers is een gevolg van bewegen onder begeleiding. Het zelfvertrouwen neemt toe, naarmate ze langer trainen en merken dat zij meer kunnen dan zij van tevoren dachten. Sport en bewegen hebben effect op het gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen en algehele psyche en fysieke functioneren. Men raakt trots op zichzelf en komen positiever in het leven te staan. Bovengenoemde effecten komen in onderstaande citaten naar voren:

“We hebben toen een keer iemand gehad en die werd opgenomen en moest best wel veel spuiten. Die was vroeger altijd wielrenner geweest en die hoorde van ik moet gaan sporten. Die is gaan sporten en sporten en hoefde niet meer te spuiten en die heeft dat jaren buiten de deur kunnen houden. [diabetesverpleegkundige, vrouw, 55]”

“Daar zaten twee jonge vrouwen van rondom de 40 bij, met een slecht eigenbeeld. Waren zwaar, weinig zelfvertrouwen, durfden er niet over te praten. Beide dames zijn nu, de een is een eigen bedrijfje begonnen. [...] Die is doordat ze is gaan bewegen, is gaan afvallen, haar suiker werd beter. Maar ze blijft natuurlijk suikerziekte hebben. En beiden gingen er beter uitzien. [...] Dat zijn nu 2 zelfverzekerde vrouwen geworden, die zich anders kleden, anders lopen en anders praten. [diabetesverpleegkundige, vrouw, 52]”

“En naarmate ze er langer op trainen, dan komen ze erachter van: ‘eigenlijk kan ik veel meer als dat ik dacht’. Dus het begin is heel erg terughoudend ‘niet te veel, want ik kan dat niet, ik kan dat niet’. En naarmate je ze laat kennismaken met bewegen, dat zweten echt niet erg is. Dat dat geen teken is dat je heel moe bent, maar dat dat betekent dat je goed bezig bent. Dan raken ze enthousiast van ‘hee, ik kan misschien wel 2 minuten op de cross trainer’. [fysiotherapeut, vrouw, 25]”

Andersom heeft de diabetes ook invloed op het sport- en beweeggedrag van diabetici. Dit merken de professionals in hun alledaagse werk vooral door de onkunde en de onwetendheid van patiënten. Zij merken dat patiënten bang zijn voor het krijgen van hypo's en niet weten hoe zij hiermee om moeten gaan tijdens het sporten. Het hebben van te weinig kennis, inzicht en informatie zorgt ervoor dat diabetici voorzichtiger zijn en niet weten wat goed voor hen is. Een voorbeeld wordt gegeven van ouderen – een groep die grotere kans heeft op het ontwikkelen van diabetes type 2 – die niet weet welke sport goed voor hen is. Daarnaast geeft men aan dat neuropathie – het niet goed functioneren van een of meer zenuwen – een rol speelt; men loopt moeilijker of heeft minder kracht in de spieren. Ook speelt de algemene houding van diabetici tegenover het belang van sport en beweging mee.

“Een oudere man, 64, een hele fanatieke sporter, slank. Het had echt te maken met insuline tekort zeg maar. En die kreeg van de arts te horen van, je hebt diabetes type 2: klaar. En verder wist hij eigenlijk niks en had zoiets van: ‘ik mag zeker niet meer sporten’. Dus die is resoluut gestopt met sporten, terwijl het wel een heel groot deel van zijn leven uitmaakte. En toen was hij toch weer eens op de tennisclub, toen kwam dat ter sprake. Kwam erachter dat er meer mensen waren met diabetes, dat die ook gewoon sporten en dat het juist goed was. Dus verkeerde informatie over het ziektebeeld of een verkeerde gedachtegang, heeft ook invloed op het bewegen. [diabetesverpleegkundige, vrouw, 52]”

De paramedisch professionals hebben duidelijke ervaringen met het effect wat het kan hebben op de diabetes. Deze effecten worden ook meegegeven in de advisering en begeleiding van patiënten. Er wordt niet gesproken over een verdeling in patiënten die deze positieve effecten ervaren en doorgaan, en patiënten waarbij deze effecten niet tot uiting komen en stoppen met het traject.

5.3 Advisering en begeleiding

De advisering en begeleiding zijn afhankelijk van het type paramedisch professional. Praktijkondersteuners zijn veelal gericht op de algehele leefstijladviezen en diëten, vooral de instelling van insuline, het meten van waardes en de advisering daarover. Beweging speelt hierbij ook een rol, maar blijkt minder centraal te staan dan bij fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten zijn voornamelijk gericht op het bewegen op een juiste en plezierige manier. De geïnterviewde fysiotherapeuten bieden allen een driemaandelijks beweegprogramma specifiek voor diabetes type 2 patiënten aan. Diabetesverpleegkundigen zijn voornamelijk gericht op leefstijladviezen en begeleiding bij de zelfzorg. Daarbij geeft het merendeel van de professionals aan multidisciplinair samen te werken met onder andere huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diëtisten, zorgcoördinatoren, en psychologen.

Alle professionals geven aan dat de positieve effecten van beweging op de diabetes gebruikt worden in hun advisering en begeleiding. Zij zijn erop gefocust de patiënt de positieve ervaringen te laten ervaren, waarbij voornamelijk gelet wordt op het beleven van plezier. Daarbij gebruiken zij positieve ervaringen van andere patiënten en zichzelf om de patiënt te motiveren. In hun begeleiding spelen zij voornamelijk in op de onkunde en onwetendheid van de patiënt, door kennis en informatie over te dragen. Een aantal professionals geven aan dat het belangrijk is om in de belevingswereld van de patiënt te gaan staan en niet vast te houden aan hun eigen idealen:

“Dus ik ben niet een gouden standaard. Daar moeten we heel erg voorzichtig in zijn. Wij proberen echt vanuit de belevingswereld van de mensen te kijken, hoe zij het beste kunnen bewegen. [fysiotherapeut, man, 42]”

Zij ervaren dat kleine stapjes en het opdoen van positieve beweegervaringen in het dagelijks leven en niet zozeer per se aan de diabetes, bijdragen aan de uiteindelijke motivatie van de patiënt tot zelfstandig bewegen. De professional probeert de patiënt over de drempel te krijgen, door het laten

inzien dat het niet om presteren gaat. Daarom beginnen de professionals met adviezen en begeleiding op lage intensiteit, vragen zij wat de patiënt leuk vindt en vol te houden is en of hij vroeger gesport heeft.

Daarbij geven professionals aan dat het belangrijk is om te weten hoe de patiënt tegenover het veranderen van gedrag staat. Kortom, in welke fase van gedragsverandering de patiënt zit. Patiënten die nooit gesport hebben, moeten eerst ervaren wat bewegen is. Patiënten die vroeger gesport hebben, kan gevraagd worden wat voor sport zij deden, wat zij leuk vonden, en het laten ervaren dat dat nu nog steeds leuk kan zijn.

De techniek Motivational Interviewing wordt door 4 professionals gebruikt bij de advisering en begeleiding van diabetes type 2 patiënten. Door deze techniek in te zetten, wordt ernaar gestreefd dat patiënten inzien dat zij zelf actie moeten ondernemen als zij zelf gezonder willen gaan leven en de ziekte willen beperken. Het merendeel van de professionals geeft aan dat intrinsieke motivatie aanwezig moet zijn om gedragsverandering teweeg te brengen. Desalniettemin merken zij dat de diabetes type 2 patiënt over het algemeen een passieve leefstijl heeft en weinig gemotiveerd is om in beweging te komen.

Een spanningsveld tussen visie van de professional en de visie van de patiënt treed op. Paramedisch professionals geven aan dat zij het soms lastig vinden om de patiënt werkelijk te motiveren tot gedragsverandering. Zij zien de patiënt als eindverantwoordelijke voor het eigen gedrag. Professionals zien zichzelf als adviseur en begeleiding bij het bieden van handvatten, maar vinden uiteindelijk dat de patiënt verantwoordelijk is voor zijn eigen voortzetting van ofwel gezonde, ofwel ongezonde gedrag. Enkele citaten geven hier een voorbeeld van:

“Ik denk dat het gewoon de persoonlijkheid is van iemand. Dat denk ik. En daarnaast misschien, de adviezen die je geeft, de informatie die je geeft over bijvoorbeeld de lange termijn complicaties. Dat dat mensen aanzet of tot denken zet van ‘o nou, als ik niet beter voor mijzelf ga zorgen, dan zou ik wel eens dit of dit of dit kunnen krijgen’. Maar uiteindelijk is denk ik het doorzettingsvermogen of de persoonlijkheid van iemand, of die dat gaat doen of niet. En of die het volhoudt [praktijkondersteuner, vrouw, 44 jaar]”

“Ik zal niet als een of andere moraal ridder rond gaan lopen van je moet allemaal gaan sporten. Nee, dat moeten de mensen zelf weten. [fysiotherapeut, man, 59]”

“Dan heb je het stukje therapietrouw, maar wat is nou therapietrouw. Je bent eigenlijk, je moet trouw zijn aan jezelf. Aan je authenticiteit en daar moet je iets bij zoeken, dat is een beetje hoe ik ernaar kijk. En willen mensen niet, dan houd het ook op. Dat is hun keuze. [diabetesverpleegkundige, vrouw, 55]”

De advisering en begeleiding zijn laagdrempelig en zijn gericht op het motiveren van patiënten door ze plezier te laten krijgen in bewegen. Eigen ervaringen worden meegenomen in adviezen waarbij niet wordt vastgehouden aan eigen idealen, maar zich inleven in de beleveniswereld van de patiënt. De professionals geven wel aan moeite te hebben met de lage intrinsieke motivatie van patiënten.

5.4 Typen patiënten

In interviews wordt aangegeven dat een diabetes type 2 patiënt over het algemeen overgewicht heeft, comorbiditeit, een passieve leefstijl erop nahoudt en slechte eetgewoontes heeft. Daarbij wordt door sommigen nog aangevuld dat zij vaak een negatief zelfbeeld hebben, de schuld buiten zichzelf leggen, weerstand hebben tegen bewegen en uit een lage SES-groep komen. De etniciteit is niet ter sprake gekomen.

Ondanks dat in interviews wordt aangegeven dat er geen specifieke diabetes patiënt bestaat, merken professionals een tweedeling op in typen patiënt. Een kanttekening die fysiotherapeuten aangeven,

is dat zij niet alle soorten diabetes zien. Zij vinden dat zij een vertekend beeld van typen patiënten hebben, doordat zij alleen de doorgestuurde diabetes op spreekuur krijgen. De zelfgemotiveerde diabeet neemt niet deel aan hun beweegprogramma. Toch beamen ook praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen deze indeling van typen patiënten. Daarbij wordt aangegeven dat het belangrijk is deze indeling als zwart-wit te beschouwen. Een echte indeling is moeilijk te maken:

*“Maar het is niet zo dat je zegt, een diabeet is zus en zo. Want er zijn echt ook wel diabetici die het keurig doen en er echt vol voor gaan. Je kunt ze niet onder een noemer vangen. Dat zou ik niet zo durven zeggen. Dus dat zou ik niet durven doen.
[praktijkondersteuner, vrouw, 44 jaar]”*

Uit interviews kan allereerst grofweg – zwart-wit genomen – een tweedeling gemaakt worden in typen diabetes patiënten: 1) de gemotiveerde patiënt die er zelf iets aan wil doen. Die de knop om wil zetten, maar daar wel hulp bij nodig heeft, en 2) de ongemotiveerde patiënt die geen gevaar ziet en wel ziet wanneer er iets gebeurt.

Deze indeling komt gedeeltelijk overeen met het onderscheid dat wordt gemaakt in eerdere ervaringen met sporten. Sommige professionals spreken van 1) een groep patiënten die wel gemotiveerd is en sporten leuk vindt; de welwillend en initiatief nemende groep 2) een groep patiënten die vroeger sportief waren, maar om een bepaalde reden nu niet meer en daardoor diabetes hebben ontwikkeld. Dit kan onder andere met de ouderdom te maken hebben. Zij weten uit eerdere ervaringen wat sporten en bewegen is en kunnen wellicht het vroegere plezier weer gaan ervaren. Deze groep is makkelijker te motiveren, omdat zij terug kunnen kijken op vroeger. En 3) in deze groep bevinden zich patiënten die nooit gesport hebben en het ook niet willen. Dit heeft met leefstijl te maken. Deze groep is volgens professionals lastiger te motiveren, gezien zij geen positieve ervaringen hebben uit het verleden. Zij *“blijven mopperen”, “krijgen geen grip op het actieve bestaan”, “staan er niet voor open”, en “kunnen de knop niet omzetten”*.

Een ander overeenkomstig onderscheid dat wordt gemaakt is de 1) de therapietrouwe patiënt; de actievere patiënt die zelf om advies vraagt en het leuk gaan vinden en de 2) therapieontrouwe patiënt; die denkt *“de groep die zo iets heeft van, dat is dan over 20 jaar dat ik dan. Of het zal allemaal wel meevallen”*.

“Maar karakter is gewoon heel belangrijk. Iemand die passief is, eigenlijk gewoon niet wil. Alles buiten zichzelf legt, die kan je niet opeens veranderen. Die moet je anders benaderen. En iemand die het zelf wil uitzoeken, die moet je juist stimuleren en het laten ervaren. En dan als coach, als vraagbaak, als praatbaak, bij iemand zijn. [diabetesverpleegkundige, vrouw, 52]”

Beide groepen kunnen het bewegen (weer) leuk gaan vinden, al hangt dit af van de intrinsieke motivatie en de gedragsfase waarin deze persoon zich bevindt. In interviews wordt duidelijk aangegeven dat ieder individu verschillend is, wat het maken van een duidelijke verdeling eigenlijk onmogelijk maakt. Er wordt niet gesproken over een verhouding in aantallen ‘therapietrouwe of gemotiveerde’ patiënten en ‘therapieontrouwe of ongemotiveerde’ patiënten. De professionals geven niet aan welke type patiënt zij vaker zien.

Volgens professionals spelen verschillende barrières een rol bij het veranderen van het beweeggedrag van de patiënt. Een tekort aan financiële middelen wordt vaak als barrière genoemd. Daarnaast is een vertrouwde en veilige omgeving belangrijk voor ouderen. Enkele professionals geven ook aan dat ouders en de opvoeding een rol speelt. Ook vormen de welvaart waaronder het gebruik van auto's, tijd, persoonlijke problemen en het onbekende van bewegen vaak een barrière:

*“Want mensen worden niet direct beloont. Het is niet zo dat als ze hier geweest zijn, dan voelen ze zich niet direct beter. Nee, ze zijn moe, ze krijgen spierpijn, ze gaan zweten. En dat ze dat allemaal niet gewend zijn, omdat ze heel weinig beweegervaring hebben.
[fysiotherapeut, man, 42]”*

Het veranderen van gedrag is dus niet alleen afhankelijk van de persoonlijkheid of de instelling van een patiënt. Factoren buiten de persoon spelen ook een rol. Het gaat verder dan de persoon zelf.

5.5 Conclusie

Paramedisch professionals staan positief tegenover het belang van sport en bewegen voor diabetici. Zij geven diabetici hierover advies en begeleiding, waarbij het plezier in bewegen onder de aandacht wordt gebracht. Eigen ervaringen worden meegenomen in de advisering, echter proberen zij zich niet vast te houden aan hun eigen idealen. Het inspelen op de belevingswereld van de patiënten en de intrinsieke motivatie wordt als belangrijk gezien door professionals. Zij ervaren hier wel moeite mee, gezien de motivatie volgens professionals niet altijd aanwezig is. Professionals zien een tweedeling in de mate waarin advisering en begeleiding van invloed is op de betekenisgeving aan sport en beweging in het leven van diabetici. De ‘gemotiveerde of therapietrouwe’ patiënt hebben vaker eerdere ervaringen met sport en bewegen, bijvoorbeeld omdat zij vroeger op sport hebben gezeten. Zij hebben over het algemeen minder intensieve begeleiding nodig. De ‘ongemotiveerde of therapieontrouwe’ patiënt is over het algemeen moeilijker te motiveren en heeft niet altijd positieve ervaringen met sport en bewegen.

6. Discussie

De verschillende narratieven van Gergen (2005) en Frank (1995) komen naar voren in de narratieve interviews met diabetes type 2 patiënten. Het is opvallend dat het *herstel* narratief van Frank (1995) in dit onderzoek dominant is en de *progressive* en *stability* narratieven van Gergen (2005) vaak gebruikt worden in het vertellen van levensverhalen. Literatuur veronderstelt juist dat het *herstel/progressive* narratief voor chronisch zieken nauwelijks van toepassing is (Frank, 1995; Gergen, 2005). De zes geïnterviewden gaan juist over het algemeen positief om met hun diabetes. Ondanks dat men weet dat zij er niet van kunnen genezen, ziet het merendeel wel mogelijkheden om complicaties buiten de deur te houden door te bewegen. Het overgrote deel ondervindt weinig veranderingen naar aanleiding van de diagnose. Het leven blijft hetzelfde of er treedt verbetering op. De tweedeling tussen *progressive/herstel* en *stability* is duidelijk te maken, al zweeft er een patiënt tussendoor. Deze patiënt is uitzonderlijk sportief, maar vertelt het levensverhaal via chaos narratieven. In tegenstelling tot wat literatuur veronderstelt, blijkt uit dit onderzoek dat er op voorhand geen eenduidige verdeling gemaakt kan worden in welke ziekte narratieven gebruikt worden door diabetes type 2 patiënten om hun levensverhaal te vertellen.

6.1 Het proces van betekenisconstructie

Uit interviews wordt het verloop van de ziekte duidelijk en laten patiënten blijken hoe zij met de ziekte omgaan. Hoe zij omgaan met hun diabetes is afhankelijk gebleken van de betekenissen die zij aan hun leven met diabetes geven. In de zes interviews met patiënten komen de zeven principes van betekenisconstructie volgens Weick (1995) ten aanzien van sport en bewegen in het leven met diabetes naar voren.

Het eerste principe '*grounded in identity construction*' wordt duidelijk, dat de manier waarop patiënten hun levensverhaal vertellen ertoe leidt dat er door de onderzoeker onderscheid gemaakt kan worden in twee typen patiënten: 'de sporter na diagnose' en de 'niet-sporter na diagnose'. Deze typeringen zijn in overeenstemming met met de studie van Hörnsten et al. (2004) waarin een tweedeling is gemaakt in diabetici die na de diagnose direct hun leefstijl veranderen of diabetici die volgens hun oude leefpatroon blijven leven.

Uit het onderzoek blijkt dat het zelf-concept en identiteit van de 'niet-sporter na diagnose' nauwelijks zijn veranderd na de diagnose, in tegenstelling tot wat eerdere onderzoeken aantonen waarin diabetici zichzelf de identiteit opleggen als 'ziek persoon' of 'patiënt' (Bhattacharya, 2012; Manderson, 2009). Enkele diabetes patiënten gebruiken in hun levensverhalen begrippen als 'ongemotiveerd', 'weinig discipline' en 'lui', welke in verband kunnen worden gebracht met dit type patiënt. Ten aanzien van de diabetes past deze patiënt zich nauwelijks aan, afgezien van het spuiten of innemen van medicatie. Deze patiënt ziet zichzelf niet als ziek persoon of patiënt. De diabetes speelt nauwelijks een rol.

De 'sporter na diagnose' ziet zich, op een uitzonderlijk geval na, ook niet als ziek persoon of patiënt. Dit type patiënt geeft aan veranderd te zijn van een (grotendeels) inactief persoon naar een gemotiveerd en actief persoon. Deze persoon ontwikkelt zich verder op het gebied van sport en beweging en is positief ingesteld en gemotiveerd om zelf actie te ondernemen.

Ondanks dat deze zes personen inzien dat de ziekte voor de rest van hun leven een rol zal spelen, ondervinden zij tot op heden nog geen grote belemmeringen in hun leven. Dit in tegenstelling tot wat eerdere studies aantonen (Bhattacharya, 2012; Manderson, 2009). Dit kan mogelijk verklaard

worden doordat chronisch zieken vaak een positiever beeld geven van het leven en liever een sociaal gewaardeerde vechtersmentaliteit laten zien (Nijhof, 2000).

Uit de ziekte narratieven blijkt dat de betekenisgeving aan sport en bewegen in het leven van een diabeet gebaseerd wordt op het verleden (*'retrospective'*). In ieder levensverhaal wordt de ervaring met sport en bewegen in het verleden verteld en vergeleken met de huidige situatie. Echter kan op basis van dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan of er een verband bestaat tussen vroegere sport- en beweegervaringen en de huidige sportparticipatie. De huidige sportparticipatie blijkt afhankelijk te zijn van persoonsgebonden en omgevingsgebonden factoren.

Zo worden principes 3) *'enactive of sensible environment'*, 4) *'social'*, en 6) *'focused on and by extracted cues'*, bij de 'niet-sporter na diagnose' duidelijk in het feit dat zij een andere kijk hebben op het gezondheidsvertoog over sport en beweging dan de 'sporters na diagnose'. De 'niet-sporter na diagnose' vindt sport en beweging niet van groot belang. De betekenisgeving van dit type patiënt wordt beïnvloed door paramedisch professionals en sociale media.

Ook is de relatie met (para)medisch professionals verschillend tussen de twee patiënt typen. Bij het merendeel van de 'niet-sporter na diagnose' is er weinig vertrouwen in de adviezen, er is geen klik, of adviezen gebaseerd op het vertoog 'sport en beweging is gezond' worden niet opgevolgd wegens gebrek aan intrinsieke motivatie. Onderliggende socialiserende factoren van deze intrinsieke motivatie, zoals sociaal-economische klasse, geslacht en etniciteit en opgedane vroegere ervaringen met sport (Elling & Kemper, 2011) komen niet in dit onderzoek terug.

Bij de 'sporter na diagnose' spelen adviezen en begeleiding juist een rol in de betekenisgeving aan sport en bewegen. Door begeleiding en adviezen zijn zij meer gaan bewegen of blijven bewegen op dezelfde intensiteit. Dit type patiënt geeft aan dat het benadrukken van het belang van bewegen en sport in de samenleving als geheel en vanuit de (para)medische wereld in het bijzonder – het dominante vertoog – (deels) mee heeft gespeeld om de mate van fysieke activiteit aan te passen.

Het vijfde principe *'ongoing'* en zevende principe *'driven by plausibility rather than accuracy'* komen naar voren in de ziekte narratieven, doordat geïnterviewden tijdens het interview verschillende betekenissen geven. Betekenisgeving is contextueel bepaald en dynamisch. Het stopt nooit en kan altijd veranderen (Nijhof, 2000). Het blijkt dat de geïnterviewde diabetici eerder afgaan op hun eigen gevoelens en ervaringen, dan alleen gemotiveerd te worden door de 'feiten over bewegen' die professionals overbrengen. De betekenisgeving aan sport en bewegen in hun leven hangt ook af van hun eigen (positieve) ervaringen met sport en beweging.

Een aantal geïnterviewden toont overeenkomsten met eerdere resultaten van uitgevoerde onderzoeken naar betekenisgeving aan sport door chronisch zieken (Bhattacharya, 2012; Liburb, 2004). Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten angstig kunnen zijn om te sporten of onvrede en boosheid uiten ten aanzien van het sporten met diabetes en andere ziektebeelden. De confrontatie met wat de ziekte met hen doet, komt in de ziekte narratieven tot uiting. Redenen die worden aangegeven als medicatie, comorbiditeit en sneller optredende vermoeidheid komen overeen met eerdere resultaten uit Liburb (2004).

Ten aanzien van de eerste deelvraag *'Welke veranderingen heeft de diagnose in het leven van diabetes type 2 patiënten gebracht op gebied van sport en bewegen?'* blijkt dat het soort en aantal veranderingen verschillen tussen de 'sporter na diagnose' en de 'niet-sporter na diagnose'. De diagnose tot gevolg heeft dat veranderingen optreden in de mate van zelfzorg: het leren omgaan met het type medicatie en de controle hebben over het dagpatroon. Ten aanzien van veranderingen op

gebied van sport en bewegen kan er geconcludeerd worden dat de ‘sporter na diagnose’ meer is gaan bewegen, omdat zij inzien dat dit goed voor hen is. Maar ze doen het niet (meer) alleen omdat ‘het moet’, ze hebben tevens geleerd plezier, ontspanning en voldoening te ervaren door te sporten en bewegen. Bij sommigen treden echter tegelijkertijd angstervaringen op ten aanzien van het omgaan met diabetes tijdens het sporten en ook onvrede en boosheid wordt geuit ten aanzien van de beperkingen die diabetes met zich meebrengt tijdens het sporten. De ‘niet-sporter na diagnose’ geeft aan dat de diabetes weinig impact heeft op het leven en dat er na de diagnose weinig tot geen veranderingen in hun (sport- en beweeg)leven hebben plaatsgevonden.

De tweede deelvraag *‘Welke ervaringen hebben diabetes type 2 patiënten met adviezen en begeleiding ten aanzien van sport en bewegen die zij ontvangen van paramedisch professionals?’* omvat het antwoord dat ervaringen van diabetes type 2 patiënten met adviezen en begeleiding van paramedisch professionals zeer uiteenlopend zijn. Drie patiënten zijn zeer tevreden over de begeleiding, krijgt goede adviezen en kan met alle problemen terecht bij huisarts, diëtiste en of praktijkondersteuner. Drie andere patiënten zijn ontevreden over de adviezen, de manier van communicatie en begeleiding. Deze patiënten hebben het gevoel dat (para)medisch professionals het zelf ook niet altijd weten, en gaan minder nauwkeurig om met de adviezen. In de verdeling in tevredenheid met adviezen van (para)medisch professionals kan geen verdeling gemaakt worden tussen ‘sporter na diagnose’ of ‘niet-sporter na diagnose’. Adviezen en begeleiding van paramedisch professionals zijn in sommige gevallen tegenstrijdig met de wensen en behoeften van de patiënten.

6.2 De rol van paramedisch professionals

De verdeling in levensverhalen en typen patiënten, zoals blijkt uit interviews met zes patiënten en eerder onderzoek (Hörnsten et al. 2004), wordt bevestigd door wat elf paramedisch professionals in interviews aangeven. De ‘sporter na diagnose’ kan worden gekoppeld aan de door professionals aangegeven typering ‘gemotiveerde of therapietrouwe patiënt’. De typering ‘niet-sporter na diagnose’ wordt gekoppeld aan de ‘ongemotiveerde of niet therapietrouwe patiënt’. Op basis van dit onderzoek is een tweedeling op te merken in patiënt typering.

Professionals zien een verdeling in het type patiënt dat vroeger wel of geen sportieve ervaringen heeft opgedaan en de mate van de huidige sportparticipatie. Zij merken op dat de patiënt die vroeger sportief is geweest makkelijker te motiveren is, omdat deze op eerdere ervaringen kan terugvallen. Deze ervaringen van paramedisch professionals kunnen niet worden bevestigd door de resultaten uit het onderzoek naar levensverhalen van diabetes patiënten. Wellicht door de relatief kleine steekproef, is in dit onderzoek onder patiënten geen verband op te merken in het type patiënt met wel of geen ervaringen met sport uit het verleden.

Met betrekking tot de derde deelvraag *‘Op welke manier staan paramedisch professionals tegenover het belang van sport en bewegen in relatie tot begeleiding van diabetes type 2 patiënten?’* blijken alle geïnterviewde paramedisch professionals positief tegenover het belang van sport en bewegen te staan in relatie tot de begeleiding van diabetes type 2 patiënten. Het heersend gezondheidsvertoog komt duidelijk terug in hun visie en betekenissen die zij aan sport geven. Sport en beweging zijn in hun eigen leven belangrijk. Voor hen betekent sport ontspanning, plezier, fit voelen, goed voor conditie en het algehele welbevinden. Zij zijn ervan overtuigd dat (meer) bewegen en sporten dezelfde positieve ervaringen en effecten oplevert bij anderen, waaronder mensen met diabetes.

Dit onderzoek toont overeenkomsten met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat eigen ervaringen en houding een rol spelen in de manier van advisering en begeleiding (Al Shehabi et al., 2006; Douglas et al., 2006; Abramson et al., 2000; McKenna & Vernon, 2004). Zo geven professionals aan dat hun houding ten aanzien van het belang van sport en bewegen, eigen ervaringen en succesverhalen worden meegenomen in de advisering. De betekenissen die zij zelf geven aan sport, proberen zij gedeeltelijk over te brengen op de patiënt. Zij geven aan dat voor diabetici positieve effecten van beweging te merken zijn in een betere regulatie van insuline, minder medicatie, meer vertrouwen, fitter voelen en minder somber in het leven staan. Volgens professionals wordt meer op een laagdrempelige wijze geprobeerd de patiënt te motiveren en het plezier in bewegen te laten ervaren en zo min mogelijk aan eigen idealen vast te houden, zodat deze na het traject zelf gemotiveerd blijft om te blijven bewegen.

Professionals geven aan soms moeite te hebben met het motiveren van patiënten. Dit blijkt ook uit de levensverhalen van de patiënten. Volgens patiënten is er soms geen goede afstemming tussen de eigen idealen van professionals en de leefwereld van patiënten. Uit enkele levensverhalen van patiënten blijkt namelijk dat professionals niet goed afgestemd zijn op de behoeften van patiënten. Door professionals wordt echter aangegeven dat het mislukken van de begeleiding te wijten is aan de persoonlijkheid van de patiënt en/of meespelende barrières. Een tegenstelling in 'vraag' en 'aanbod' is uit de resultaten af te leiden.

Ten aanzien van de vierde deelvraag *'In hoeverre is advisering en begeleiding van paramedisch professionals van invloed op betekenisgeving aan sport en bewegen van diabetes type 2 patiënten?'* blijkt dat paramedisch professionals in een aantal gevallen invloed hebben op de betekenisgeving. In hoeverre er sprake is van invloed verschilt per patiënt. Paramedisch professionals ervaren dat de meer 'gemotiveerde of therapietrouwe' patiënten sneller het advies aannemen en zelfstandig het beweegpatroon voort kunnen zetten. Deze patiënt heeft minder intensieve begeleiding nodig. Het blijkt dat patiënten bewegen als leuk gaan ervaren en positieve ervaringen opdoen. De betekenisgeving aan sport en bewegen is dat het plezier met zich meebrengt, het zelfvertrouwen vergroot en merken dat alledaagse activiteiten minder energie kosten.

Professionals ervaren dat de 'ongemotiveerde of niet therapietrouwe' patiënten een langdurigere begeleiding nodig hebben. Volgens hen staat deze patiënt niet open voor sport en bewegen en ziet sport en bewegen als iets waar veel tijd en moeite ingestoken moet worden en/of geld kost. Professionals geven aan meer moeite te hebben met het motiveren van dit type patiënt, doordat deze patiënt niet de intrinsieke motivatie heeft om sport en bewegen als betekenisvol te zien. Wederom treedt hier het spanningsveld op tussen de visie van de professionals en de visie van de patiënt. De patiënt heeft in sommige gevallen andere verwachtingen en wensen ten aanzien van de begeleiding, dan dat professionals aanbieden. Dit beïnvloedt de betekenisgeving en dus de mate van gedragsverandering.

Daarnaast zijn er op bovengenoemde indeling zeker ook uitzonderingen van toepassing. Uit gesprekken met zes patiënten en interviews met professionals blijkt dat 'dé diabetes patiënt' niet bestaat. Iedereen is in elk opzicht verschillend en stelt zich ten aanzien van de begeleiding en advisering ook verschillend op. De manier waarop een paramedisch professional invloed kan uitoefenen op de betekenisgeving van de patiënt aan sport en bewegen is daarom ook afhankelijk van het karakter en persoonlijkheid van de patiënt. De afstemming van het advies op het type patiënt en de algehele begeleiding en communicatie speelt hierin een grote rol en kan volgens sommige patiënten verbeterd worden.

De bevindingen uit het onderzoek laten zien dat het conceptueel model toepasbaar is op het proces van betekenisconstructie van diabetes type 2 patiënten. Het blijkt dat de interactie tussen persoonsgeboden en omgevingsgeboden factoren van invloed zijn op de betekenisconstructie. De eigen kijk op het leven en de houding van de patiënt ten aanzien van de diabetes spelen een rol in hoeverre een patiënt leert leven met de diabetes. Het heersende gezondheidsvertoog en de advisering en begeleiding van paramedisch professionals zijn in enkele gevallen ook van invloed op betekenissen die worden toegekend aan het (sport- en beweeg)leven met diabetes. Uiteindelijk worden betekenissen aan sport en bewegen toegekend aan de hand van deze persoonsgeboden en omgevingsgebonden factoren.

6.3 Toepassing van narratief onderzoek

Dit onderzoek heeft het mogelijk gemaakt om de betekenisgeving aan sport en bewegen in het leven van diabetici vanuit twee verschillende invalshoeken te bekijken. Via levensverhalen van patiënten en interviews met professionals. Uit dit onderzoek blijkt dat het autobiografisch levensverhaal geschikt is voor onderzoek naar betekenisgeving in het leven van diabetici. Daarbij is het van belang met een aantal aandachtspunten rekening te houden, zoals hieronder genoemd.

Het voordeel van narratief onderzoek is dat de onderzoeker een uitgebreid beeld krijgt van het leven van een geïnterviewde. Geïnterviewden zitten niet vast aan een standaard protocol. Zij kunnen, zonder gestuurd te worden door vragen, hun eigen levensverhaal vertellen. Toch kan de werkelijkheid nooit volledig worden vastgelegd. In het levensverhaal wordt gereflecteerd op eerdere gebeurtenissen, waarbij de patiënt bepaald wat er verteld wordt. Hierdoor is het voor de onderzoeker niet altijd zeker dat de data antwoord geven op de onderzoeksvraag (Nijhof, 2000). Het karakter en de houding van de patiënt speelt hierbij een belangrijke rol. Narratief onderzoek is goed inzetbaar bij patiënten die praatwillig zijn. Terughoudende patiënten die niet graag in de belangstelling staan, hebben meer moeite met deze onderzoeksmethode. Uit dit onderzoek blijkt dat sommige patiënten onzeker worden wanneer zij zelf een verhaal moeten vertellen en daarin niet gestuurd worden. Zij geven aan dat zij twijfelen of zij wel hebben verteld wat de onderzoeker wil horen. Om hier op in te kunnen spelen, is het aan te raden een aantal voorafgestelde thema's of interviewvragen achter de hand te houden. Wat meer sturing kan voordelen opleveren.

Tevens wordt het levensverhaal niet alleen bepaald door de verteller, maar ook door de context waarin het gesprek plaatsvindt en de klik met de onderzoeker. De persoon achter de onderzoeker in dit onderzoek is sportief en ziet het nut van beweging in. De sociaaldemografische achtergrond en de persoonlijkheid en/of uitstraling van de onderzoeker kan mogelijk invloed hebben gehad op de interactie met patiënten. Daarnaast blijkt uit resultaten van dit onderzoek dat de inleiding waarin de onderzoeker het doel van het onderzoek toelicht, ertoe bijdraagt dat de patiënt zich direct focust op zijn of haar sport- en beweegverleden. De patiënt wordt namelijk door deze vraag al in een bepaalde context gestuurd. Het is aan te raden de vraag *'Kunt u mij uw levensverhaal vertellen?'* meer allesomvattend te maken, zodat de focus van de patiënt niet alleen op het sport- en beweegverleden ligt. Op deze manier kan er meer inzicht verkregen worden in de algehele impact en veranderingen van diabetes op het leven.

Het is van groot belang dat de onderzoeker ervaring heeft met de uitvoering en weet te anticiperen op stiltes en verschillende type praters. Tevens is de analyse een dubbele interpretatie van het levensverhaal: de onderzoeker leest op eigen selectie de interview transcripties (Nijhof, 2000). Het sportieve karakter van de onderzoeker en haar inzicht in het belang van een gezonde en sportieve leefstijl, heeft in dit onderzoek mogelijk invloed gehad op de interpretatie van levensverhalen en de

mate waarin onsportiviteit (negatief) is beoordeeld. Ook is ervaring in de analyse van levensverhalen vereist. Een mogelijkheid is om de analyse met meerdere personen uit te voeren, om bovengenoemde situaties te voorkomen. Tevens is uit dit onderzoek gebleken dat het belangrijk is dat de geïnterviewde vooraf op de hoogte is van het type interview, zodat men weet wat er verwacht wordt en niet voor verassingen komt te staan.

De inzet van narratief onderzoek en het bestuderen van autobiografische levensverhalen blijkt effectief om betekenissen te achterhalen. Door een tweede invalshoek te betrekken in het onderzoek – namelijk de paramedisch professionals – wordt de rol van hen in het proces van betekenisgeving duidelijk. Het is van belang om bovengenoemde aandachtspunten mee te nemen in het vervolg onderzoek naar narratieven van chronisch zieken, om een compleet beeld te krijgen van de narratieve betekenissen van sport en bewegen in het leven van chronisch zieken.

7. Conclusie

Welke narratieve betekenissen geven diabetes type 2 patiënten aan sport en bewegen en welke rol hebben adviezen en begeleiding van paramedisch professionals hierin?

Narratieve betekenissen die aan sport en bewegen worden gegeven door type 2 diabetici zijn afhankelijk van persoonsgebonden factoren, zoals het type persoon en hoe hij of zij omgaat met de diabetes. Ook omgevingsgebonden factoren, zoals adviezen en begeleiding van paramedisch professionals spelen een rol.

Paramedisch professionals spelen voor enkele patiënten een rol in het proces van betekenisgeving, door de manier waarop zij adviezen en begeleiding overbrengen. Zij besteden specifiek aandacht aan het belang van lichamelijke activiteit in verband met de controle van de diabetes en het ervaren van plezier in bewegen. Paramedisch professionals proberen de diabetes patiënt intrinsiek te motiveren door eigen ervaringen ten aanzien van sport en bewegen mee te nemen in de advisering en in te spelen op de beleavingswereld – en veelal beperkte intrinsieke sport- en beweegmotivatie – van patiënten.

Uit levensverhalen van diabetes patiënten blijkt echter dat professionals niet altijd een positieve invloed hebben op de betekenisgeving. De rol die paramedisch professionals op zich nemen in het proces van betekenisgeving blijkt niet voor alle patiënten van even groot belang. De afstemming van de visie en het aanbod van de professional op de vraag en behoeften van de patiënt is niet altijd voldoende. Dit blijkt uit het feit dat paramedisch professionals merken dat niet alle patiënten de adviezen opvolgen. Zij merken een tweedeling in typen patiënt op; 'de gemotiveerde of therapietrouwe' en de 'ongemotiveerde of therapieontrouwe' patiënt. Een vergelijkbare verdeling is op te merken in de narratieve betekenissen die deze twee typen diabetes patiënten aan sport en bewegen geven.

Afgezien van het feit dat alle patiënten een bepaalde bewegingsvorm in hun leven inpassen, zijn er voor het eerste patiënt type, de 'niet-sporter na diagnose', weinig veranderingen opgetreden na de diagnose. Sport en bewegen hebben nauwelijks een belangrijke betekenis in het leven. Er wordt weinig bewogen. Deze huidige manier van leven is voor deze patiënt aanvaardbaar. Wanneer er wordt bewogen, is dit niet specifiek omdat het 'moet' voor de diabetes. Het leven gaat door zoals voor de diagnose, alleen de omgang met de medicatie vormt de enige verandering in het leven. Deze patiënt is weinig gemotiveerd en ziet sport en bewegen als: 'een heel gedoe', 'niet nodig', 'het kost tijd'.

Voor het tweede patiënt type, de 'sporter na diagnose', zijn er veranderingen opgetreden in het leven na de diagnose. Veranderingen treden op in mate van zelfzorg en het bewuster bezig zijn met het voedingpatroon. De adviezen en begeleiding van paramedisch professionals dragen er in sommige gevallen toe bij dat een patiënt de betekenisgeving ten aanzien van sport en bewegen bijstelt. Ook zien sommigen na de diagnose de meerwaarde van sport en bewegen in. De betekenissen van sport en bewegen zijn veranderd. Sport en beweging blijken voor hen veelal behalve 'nuttig', ook ontspannend te werken en plezierig te zijn. Er wordt voldoening uitgehaald en men merkt dat sport en bewegen betekent dat de diabetes beter gereguleerd kan worden en dat het bijdraagt aan gewichtvermindering. Wel betekent het bewegen met diabetes dat er na de diagnose rekening moet worden gehouden met de intensiteit, de bloedsuikerwaardes en de inname van medicatie. Betekenissen die aan sport en bewegen door deze patiënten worden gegeven zijn:

‘plezier’, ‘gelukkig voelen’, ‘voldoening eruit halen’, ‘goed voor de gezondheid en de diabetes’, en ‘ontspannend’.

Er kan geconcludeerd worden dat narratieve betekenissen verschillen per patiënt typen en deels afhankelijk zijn van de manier van advisering en begeleiding van paramedisch professionals. Het is belangrijk dat er vanuit paramedisch professionals meer begrip komt voor verschillende leefstijlen en opvattingen van patiënten, zodat een effectievere begeleiding ten aanzien van gedragsverandering mogelijk is. Dit maakt het mogelijk om het proces van betekenisgeving van diabetes type 2 patiënten aan sport en bewegen positief te beïnvloeden.

“Mensen met diabetes type 2 kunnen zelf iets ondernemen om gezonder te worden... Dat klopt, maar kijk ik kan leven zoals ik wil leven en dat vind ik het meest belangrijke. Daar past sporten niet direct in. Nee, het enige waar rekening mee moet worden gehouden is de insuline en medicatie. En als ik mijn leven met diabetes nu kan reguleren op de manier zoals ik het nu doe, dan is dat fijn. Ik heb plezier in mijn leven, ik mis niks en hoef dus niet per se mijn leven om te gooien alleen maar voor de diabetes. En ik weet wel dat sport belangrijk is, maar ik zie niet zoveel problemen. [gebaseerd op onderzoeksresultaten]”

“Mensen met diabetes type 2 kunnen zelf iets ondernemen om gezonder te worden... Dat klopt zeker, kijk dat sporten is nu een enorme drijfveer, het helpt enorm. Ik probeer daarmee toch te voorkomen dat het erger wordt en ik beleef plezier en voldoening. Met betrekking tot diabetes zijn heb je natuurlijk zelf de regie. Ik sport nu gewoon intensiever, maar je moet wel regelmatig hebben en rekening houden met veel dingen. En natuurlijk moet je niet denken in problemen, je moet denken in mogelijkheden die je nog wel hebt. En dat is sporten. [gebaseerd op onderzoeksresultaten]”

Referentielijst

- Abramson, S., Stein, J., Schayfele, M., Frates, E., Rogan, S. (2000). Personal Exercise Habits and Counseling Practices of Primary Care Physicians: A National Survey. *Clinical Journal of Sport Medicine*, Vol. 10, p. 40 – 48.
- Al Shehabi, F.A., Ali, N.H., Al-Khalif, G.H., Radwan, M.M. (2006). Knowledge, attitude and practices of general practitioners towards physical activity in the capital health region, Kuwait. *Bull. Alex. Fac. Med.*, Vol. 42(4), p. 933 – 934.
- Baan, C.A., Schoemaker, C.G., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Hamberg-van Rheenen, H.H., Verkleij, H., Heus, S., Melse, J.M. (2009). *Diabetes tot 2025. Preventie en zorg in samenhang*. Bilthoven: RIVM.
- Bas van de Goor Foundation (2012). *Sportief met diabetes. Inspiratie en beleving*. Deventer: daM uitgeverij.
- Bas van de Goor Foundation (2010). *Pieken met diabetes. Atlas Diabetes Challenge*. Deventer: daM uitgeverij.
- Bhattacharya, G. (2012). Psychosocial Impacts of Type 2 Diabetes Self-Management in a Rural African-American Population. *Journal Immigrant Minority Health*, p. 1- 11, article in press.
- Boeije, H, 't Hart, H. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Boonstra, N., Hermens, N. (2011). *De maatschappelijke waarde van sport. Een literatuurreview naar de inverteffecten van sport*. Den Haag, Utrecht: De Sportbank, Jonker-Verwey Instituut.
- Bottenburg, M., Schuy, C.J.M. (1996). *De maatschappelijke betekenis van sport. In opdracht van NOC*NSF*. Arnhem: NOC*NSF.
- Bowling, A., Ebrahim, S. (2007). *Handbook of health research methods. Investigation, measurement and analysis*. Maidenhead: Open University Press, McGraw – Hill Education.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Charmaz, K. (2006). Measuring pursuits, marking self: Meaning construction in chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Vol. 1, p. 27 – 37.
- Diabetes Fonds (2011). *Actuele cijfers over diabetes, oktober 2011*. <http://www.diabetesfonds.nl/sites/default/files/Cijfers%20over%20diabetes%20oktober%202011.pdf> [Opgevraagd 5 oktober, 2012].
- Docherty, D., McColl, M.A. (2008). Illness Stories. *Social Work in Health Care*, Vol. 37(1), p. 19 – 39.
- Dongen, van J.M., Proper, K.I., Wier, van M.F., Beek, van der A.J., Bongers, P.M., Mechelen, van W., Tulder, van M.W. (2012). A systematic review of the cost-effectiveness of worksite physical activity and/or nutrition programs. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, Vol. 38(5), p. 393 – 408.
- Douglas, F., Teijlingen, van E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 55(2), p. 159 – 168.
- Dyck, I. (2002). *Women, body, illness: space and identity in the everyday lives of women with chronic illness*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Eekeren, van F. (2007). Uitwerking van de bouwsteen 'Maatschappelijke betekenis' in het kader van het Olympisch Plan 2028. In opdracht van NOC*NSF. Utrecht: USBO.

- Elling, A., Kemper, F. (2011). *'Het kost veel tijd en je wordt er moe van'. Verklaringen voor sportdeelname en inzichten in de leefwereld van niet-sporters.* Nieuwegein/'s-Hertogenbosch: Arko Sports Media.
- Ezzy, D. (2000). Illness narratives: time, hope and HIV. *Social Science & Medicine*, Vol. 50, p. 605 – 617.
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness and ethics.* Chicago: the University of Chicago Press.
- Gergen, K.J. (2005). *Narrative, moral identity, and historical consciousness. A social constructionist account.* In Straub, J. (2005). *Narration, identity, and historical consciousness.* New York, Oxford: Berghahn Books, p. 104 – 107.
- Hardman, A.E., Stensel, D.J. (2011). *Physical Activity and Health: The Evidence Explained.* New York: Routledge.
- Hawley, J.A., Gibala, M.J. (2012). What's new since Hippocrates? Preventing type 2 diabetes by physical exercise and diet. *Diabetologia*, Vol. 55, p. 535 – 539.
- Heeg, J.E. (2008). Lichaamsbeweging draagt bij aan goede regulatie type 2 diabetes. *Diabetesspecialist*, Vol. 27, p. 7 – 9.
- Hörnsten, A., Sandström, H., Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 47(2), p. 174 – 182.
- Horton, E.S. (1988). Role and Management of Exercise in Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, Vol. 11(2), p. 201 – 211.
- Karlberg, M. (2012). *Discourse Theory and Peace.* The Encyclopedia of Peace Psychology, p. 1 – 5. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Kemper, H.C.G. (2000). *Groei en gezondheid in Nederland.* Utrecht: Van der Wees Uitgeverij.
- Kirk, A.F., Barnett, J., Mutrie, N. (2007). Physical activity consultation for people with Type 2 diabetes. Evidence and guidelines. *Diabetic Medicine*, Vol. 24, p. 809 – 816.
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, Vol. 380, p. 219 – 229.
- Liburb, L.C., Namageyo-Funa, A., Jack, L., Gregg, E. (2004). Views From Within and Beyond: Illness Narratives of African-American Men With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, Vol. 17(4), p. 219 – 224.
- Manderson, L., Kokanovic, R. (2009). "Worried all the time": distress and the circumstances of everyday life among immigrant Australians with type 2 Diabetes. *Chronic Illness*, Vol. 5, p. 21 – 32.
- McKenna, J., Vernon, M. (2004). How General Practitioners promote 'lifestyle' physical activity. *Patient Education and Counseling*, Vol. 54, p. 101 – 106.
- Ministerie van VWS (2011). *Landelijke nota gezondheidsbeleid. 'Gezondheid dichtbij'.* Den Haag: Ministerie van VWS.
- Nederlandse Diabetes Federatie (2000). *Sport en bewegen bij diabetes mellitus.* Leusden: NDF.
- Nijhof, G. (2000). *Levensverhalen. Over de methode van autobiografisch onderzoek in de sociologie.* Amsterdam: Boom.
- Oakly, L.D., Aekwarangkoon, S., Ward, E.C. (2011). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. A very personal story. *Holistic Nurse Practice*, Vol. 25(2), p. 88 – 96.

- Riessman, C.K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles: Sage Publications.
- Smith, B., Sparkes, A.C. (2008). Changing bodies, changing narratives and the consequences of tellability: a case study of becoming disabled through sport. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 30(2), p. 217 – 236.
- Sparkes, A.C., Pérez-Samaniego, V., Smith, B. (2011). Social comparison processes, narrative mapping and their shaping of the cancer experience: A case study of an elite athlete. *Health*, Vol. 16(5), p. 467 – 488.
- Tiessen-Raaphorst, Z.H., Kerssens, J.J., Bakker, de D.H., Wendel-Vos, G.C.W. (2005). *Sporters vitaal!* Utrecht: Nivel.
- Vaus de, D.A. (2001). *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publication.
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. California: Sage Publications.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
- Witte, de, J., Dekkers, W. (1997). Chronische aandoeningen en persoonlijke identiteit. *Ethische perspectieven*, Vol. 7(2), p. 150 – 164.

Bijlagen

1. Codeschema diabetes type 2 patiënten

Het codeschema voor de analyse van interviews met patiënten is als volgt:

Leeftijd

Beroep

Diabetes

- *Comorbiditeit*
- *Symptomen*
- *Bekendheid in familie*
- *Type medicatie*
- *Diagnose*

Sport en beweging in leven voor diagnose

Sport en beweging in leven na diagnose

Type sport

- *Type sporter (individueel/team)*
- *Vorm (competitie/recreatief)*

Betekenis sport en beweging

Type patiënt

- *Houding t.a.v. dm2/medicatie/adviezen*
- *Onvrede, schuld*
- *Zelfvertrouwen, zelfbeeld, identiteit, angst*

Ervaring adviezen en begeleiding

- *Stok achter deur*
- *Omgang met adviezen*
- *Relatie met professionals*
- *Medisch discours*

Impact op leven

- *Sociale omgeving*
- *Verandering leefstijl*
- *Dagelijks leven*
- *Werk*

2. Codeschema paramedisch professionals

Het codeschema voor de analyse van interviews met paramedisch professionals is als volgt:

Beroep

Opleiding

Leeftijd

Relatie tot dm2 patiënten

- *Beweegprogramma voor dm2*
- *Follow up*

Rol sport en beweging in eigen leven

Betekenis sport en beweging in eigen leven

Invloed kijk sport op werk

Invloed werk op kijk sport

Houding t.a.v. belang sport en beweging voor dm2

- *Gedragsverandering*

Manier van advisering en begeleiding

- *Motivational Interviewing*
- *Voorbeeldfunctie voor patiënt*
- *Multidisciplinair*
- *Interactie*

Reactie dm2 patiënt op advisering en begeleiding

Mening professional t.a.v. reactie/houding patiënt

Ervaringen invloed dm2 op sport- en beweeggedrag

Ervaringen invloed sport- en beweeggedrag op dm2

Patiënt typen

- *Kenmerk dm2 patiënt*

Barrières voor patiënten

- *Zelfmanagement, eigen verantwoordelijkheid*
- *Intrinsieke motivatie*