

Sport en bewegen in de spreekkamer: enkele ‘boeiende spanningsvelden’ in de diabeteszorgverlening

Door Mirjam Stuij, Mulier Instituut

In mijn vorige bijdrage voor Sportexpert schreef ik over Sport in Tijden van Ziekte, een onderzoek naar betekenissen van sport en bewegen voor mensen met een chronische ziekte of aandoening en naar hoe die betekenissen in de zorgcontext vorm krijgen (www.stzverhalen.nl). Ik ging in op enkele verschillende typen ziekteverhalen die we tot nu toe tegen zijn gekomen in de verhalen die mensen met diabetes, depressie, borstkanker en hiv ons vertelden en op de rol van sport en/of bewegen daarin. In deze bijdrage licht ik alvast een tipje van de sluier op als het gaat om ervaringen van zorgverleners op dit gebied. Zelf richt ik me in dit project op mensen met diabetes en hun zorgverleners en inmiddels heb ik interviews gehouden met onder andere praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, huisartsen, een diëtiste en een beweegcoach. Ook heb ik op enkele plekken in de praktijk meegelopen, zoals een dag met een praktijkondersteuner (lees [hier](#) daarvan het verslag). Wat tot nu toe in de verzamelde data opvalt, zijn verschillende spanningsvelden die zorgverleners ervaren. Daar zal ik er hieronder een paar van uitlichten, te beginnen met:

“Mensen kunnen de adviezen wel dromen” vs. “Je kunt ze best nog wel heel veel bijbrengen”

In de behandelrichtlijnen voor diabetes type 2, bijvoorbeeld die van de huisarts (NHG Standaard 2013), is ‘educatie en leefstijladvisering’ een belangrijk onderdeel. Daaronder valt ook het advies om ‘voldoende’ te bewegen; dat wil zeggen een half uur tot een uur matig intensieve activiteit per dag. In praktisch alle consulten bij de praktijkondersteuner of de huisarts is bewegen dan ook onderwerp van gesprek. Wel zijn zorgverleners zich ervan bewust dat ze dat elke keer weer aanstippen, zoals de volgende twee citaten illustreren:

‘Omdat het continu herhaald wordt (...) hebben we het er toch ook wel eens over dat het hun de neus uitkomt, al die goeie adviezen. Ja, dat vind ik ook heel begrijpelijk, dat is ook continu dat van “eet gezond, drink met mate, ga vroeg naar bed, kijk uit met koolhydraten.” Ze kunnen het drómen.’ (Gemma, verpleegkundig specialist in een gezondheidscentrum)

‘En ik vraag het ook wel van “mag ik het de volgende keer nog wel een keertje vragen?”, want ja, weet je, dat is net zoets als stoppen met roken: op een gegeven moment worden mensen daar heel moe van als je dat continu zegt dat ze moeten bewegen. Dat weten ze zelf ook wel.’ (Elena, praktijkondersteuner)

Enerzijds komt uit de verhalen van de zorgverleners dus naar voren dat patiënten wel weten dat bewegen goed voor ze is, maar anderzijds schemert er in door dat ze hen op dit gebied nog best wat kunnen leren:

‘En natuurlijk ook advies geven van (...) hoe dingen werken en wat je zelf allemaal kunt beïnvloeden. (...) En soms verbaas je je erover dat ik denk: “ja, dat weet iedereen”, maar dat weet niet iedereen. Je kunt mensen best nog wel heel veel bijbrengen, dus dat is wel heel fijn.’ (Elena, praktijkondersteuner)

‘Het zijn natuurlijke wel de mensen die niet zelf in beweging komen die ik zie. En dat kan dus nogmaals legio redenen hebben, maar het valt toch wel op dat veel mensen toch nog wel een bepaald soort onwetendheid hebben over wat nou belangrijk is als je diabetes hebt. Dat het echt verschil maakt bijvoorbeeld dat je tabletten gebruikt en dat je door te sporten echt kunt voorkomen dat je insuline moet gaan gebruiken, wat natuurlijk uiterst belangrijk is. Maar veel mensen zijn toch een beetje, ja, toch onwetend, of laconiek, of zien er toch niet de ernst van in om te gaan bewegen. Maar nogmaals, dat geldt lang niet voor alle diabetesklanten.’ (Karin, beweegcoach)

Dit spanningsveld roept vragen op over hoe je informatie overbrengt en over verschillende strategieën die daarbij gebruikt (kunnen) worden. Daarmee kom ik op een tweede thema, namelijk:

Advisering vs. mensen letterlijk aan de hand nemen

De begeleidingsstrategieën die de zorgverleners inzetten zijn meestal in de sfeer van informatie verstrekken, bewustwording creëren en motiveren. Dat zijn vooral cognitieve strategieën, gericht op het ‘*knowing what*’, dus op het overbrengen van kennis over diabetes en gezond leven. De vertaling maken naar de dagelijkse praktijk, het ‘*knowing how*’, lukt niet bij alle patiënten. Overigens hebben enkele zorgverleners daar zelf ook ervaring mee, zoals de diëtiste die graag wilde gaan hardlopen, maar steeds redenen had waardoor dat niet of te weinig lukte of de praktijkondersteuner die vindt dat ze moet fitnessen, maar in haar eentje uiteindelijk toch weer niet gaat. Maar allemaal merken ze dat het overdragen van kennis niet voor alle patiënten voldoende is. Een alternatief is dan bijvoorbeeld om mensen bijna letterlijk aan de hand te nemen en een wandelgroep op te starten; iets wat steeds vaker gebeurt en ook in meerdere interviews naar voren komt. Wat daarbij een belangrijk thema is, is of dit de verantwoordelijkheid is van een zorgverlener of niet:

‘Soms zou je ze wel eens mee willen slepen, maar dat is meer een persoonlijk punt. (...) Of een groepje willen formeren, dat je zegt “vanaf deze locatie gaan we dan een wandeling doen”. Maar ja, aan de andere kant denk ik “dat moet je ook niet willen, dat is ook een stukje verantwoordelijkheid van de mensen zelf, wat ze er mee gaan doen.”’ (Nicole, diëtiste)

‘Wij denken dat een wandelgroep gedragen zou moeten worden door vrijwilligers, dat het alleen dan duurzaam is, en niet door zorgverleners. Ik denk wel dat wij als zorgverleners een schema moeten maken dat er elke keer wel iemand van het

centrum is, maar dat moet niet per se steeds dezelfde zijn. Wij vinden het niet zo zeer het takenpakket om een wandeling te doen als praktijkondersteuner, maar je kunt wel die verbinding maken.’ (Thomas, huisarts)

‘Dus bewegen is voor zoveel dingen goed, dat ik op een gegeven moment zoiets had van “ja, we kunnen wel de hele tijd zeggen dat je het moet doen, maar misschien kunnen wij ook actief iets bijdragen of aanbieden en zelf mee gaan doen, waardoor mensen het minder moeilijk vinden, of de drempel minder hoog ligt om er aan te beginnen.”’ (Elena, praktijkondersteuner)

Elena wandelt elke week op een vast moment een uurtje vanaf het gezondheidscentrum waar ze werkt en iedereen die wil kan aansluiten. Inmiddels heeft ze twee vaste dames die elke week meelopen, dus als ze zelf een keer niet kan, gaat de groep wel door. Toch geeft ze ook aan dat het opstarten en draaiende houden van de groep uithoudingsvermogen vergt en lopen minder mensen mee dan ze had verwacht. Marjolein, een andere praktijkondersteuner die ik sprak, heeft ook veel energie gestoken in het opzetten van een wandelgroep, maar is daar inmiddels een beetje op teruggekomen omdat de deelname tegenvalt. Zij heeft haar verwachtingen en inspanningen dan ook wat teruggeschroefd. Daarin zit het derde spanningsveld dat ik wil benoemen:

Mensen willen redden vs. los moeten laten

Meerdere zorgverleners geven aan dat ze, toen ze begonnen, de missie hadden om mensen te redden en daar ook veel voor deden en gaven, maar dat ze daar gaandeweg wat anders in zijn komen te staan:

Eigenlijk moet je mensen nog het liefst, willen ze dat ze opgehaald worden thuis, aan het handje meegenomen worden. (...) Dat ben ik nu een beetje aan het loslaten, van het moet wel gewoon ook van de patiënten uitkomen en ik wil best een beetje tegemoet komen dat we samen, dat we ze over een drempel heen gaan helpen, maar mensen die niet gemotiveerd zijn om te bewegen, dat is zo’n zonde van je tijd. Voor allebei is dat niet leuk.’ (Marjolein, praktijkondersteuner)

‘Als je net begint, dan wil je mensen redden (...) D’r is *zoveel* mogelijk! En je kan er zoveel *zelf* aan doen! (...) Dan begrijp je niet dat mensen het lekker vinden om op die bank te blijven zitten. (...) Dat vind ik het boeiende spanningsveld, dat je aan de ene kant natuurlijk toch probeert ze te motiveren tot, maar aan de andere kant ook moet loslaten en respecteren wat zij daar dan uit ervaren. Of niet ervaren.’ (Sarah, praktijkondersteuner)

Deze veranderende houding gedurende de loopbaan roept vragen op over in hoeverre zorgverleners last hebben van bepaalde spanningsvelden, er bewust mee omgaan en/of er zelfs mee kunnen spelen om de zorgverlening voor hun patiënten, maar ook voor henzelf te verbeteren.

Tot slot

Ik heb met dit stuk waarschijnlijk meer vragen opgeroepen dan beantwoord, maar een belangrijk knelpunt in de diabeteszorgverlening lijkt het onvermogen om mensen die het het meest nodig hebben goed te begeleiden bij het oppakken van bewegen/sport. Daarvoor zijn mogelijk andere strategieën nodig en belangrijke thema’s daarbij gaan over hoe ver je als zorgverlener moet, kunt en/of wilt gaan, over verantwoordelijkheden en over mogelijkheden en beperkingen binnen het huidige zorgmodel; thema’s die duidelijk terugkomen in het project Sport in Tijden van Ziekte en om verdere uitwerking vragen. Daar gaan we in de nabije toekomst ook zeker mee aan de slag!

Reageren? Graag! Herkent u deze spanningsvelden, wilt u spanningsvelden toevoegen of heeft u andere opmerkingen naar aanleiding van dit stuk? Laat het me weten via m.stuij@mulierinstituut.nl.

Meer weten? Op 29 oktober a.s. geef ik een presentatie op de Dag van het Sportonderzoek over dit onderwerp. Nog meer weten? Op 8 december a.s. organiseert het NISB een Kenniscafé Bewegen in Tijden van Ziekte rondom dit thema. Meer informatie volgt binnenkort, maar reserveer de datum vast in uw agenda!

Mirjam Stuij is onderzoeker bij het Mulier Instituut en promovendus aan het VU medisch centrum. Ze is geïnteresseerd in betekenissen die mensen geven aan sport, gezondheid en hun lichaam en heeft zich onder andere beziggehouden met daaraan gerelateerde onderwerpen als overgewicht, zelfdiscipline en sportsocialisatie in verschillende sociale klassen. Momenteel doet ze onderzoek naar betekenissen van sport en bewegen voor mensen met een chronische aandoening en bestudeert ze hoe die betekenissen zich na de diagnose ontwikkelen, met een focus op de medische context.