

Sport en bewegen: een 'heikel' onderwerp

BEWEGEN ALS ONDERWERP IN DE SPREEKKAMER

DOOR: MIRJAM STUIJ, ONDERZOEKER,
AFDELING METAMEDICA, VU MEDISCH CENTRUM,
AMSTERDAM EN MULIER INSTITUUT, UTRECHT

BEWEGEN WORDT OVER HET ALGEMEEN BESCHOUWD ALS BELANGRIJK ONDERDEEL VAN DE BEHANDELING BIJ DIABETES TYPE 2, MAAR ZORGVERLENERS ERVAREN HET OOK ALS 'HEIKEL' ONDERWERP; IETS WAAR PATIËNTEN NIET PER SE MAKKELIJK TOE GENEIGD ZIJN. UIT GESPREKKEN MET 24 ZORGVERLENERS OVER HUN ERVARINGEN MET DIT ONDERWERP KOMEN TWEE SPANNINGSVELDEN HEEL DUIDELIJK NAAR VOREN: HET BEGRIIP VOOR GEDRAG VAN PATIËNTEN ÉN DE OPVATTINGEN OVER VERANTWOORDELIJKHEDEN. BEWEGEN BLIJKT BINNEN DE DIABETESZORG EEN COMPLEX ONDERWERP.

► 'Bewegen en voeding vormen de basis van de behandeling en dat blijft altijd', aldus een diabetesverpleegkundige. Beide onderwerpen staan hoog in de behandelrichtlijn voor diabetes type 2 en de meeste zorgverleners vertelden dan ook dat ze bewegen vrijwel elk consult aanstippen. Maar ze ervaren ook knelpunten, want blijvend meer gaan bewegen blijkt voor veel patiënten lastig en de kaders van de zorg begrenzen de mogelijkheden. Denk hierbij aan: tijd, focus op waarden en protocollen, en beperkte (blijvende) opties om naar door te verwijzen. Daarbij hebben zorgverleners ook eigen ervaringen met bewegen en opvattingen over gezond leven. Deze elementen komen samen in de twee voornaamste spanningsvelden rondom bewegen als onderwerp in de diabeteszorg.

Begrip en onbegrip

Uit de interviews kwam naar voren dat het begrijpen van gedrag van patiënten en de keuzes die ze maken, vaak tegenstrijdige gevoelens met zich meebrengen. Enerzijds is er begrip voor patiënten die moeite hebben met het oppakken van bewegen. Bijvoorbeeld omdat eigen ervaringen maken dat ze zelf soms minder bewegen

dan ze zouden willen. Of omdat patiënten niet zo'n last hebben van hun diabetes, wat een blijvende focus op (beweeg)gedrag lastig maakt. Ook zijn de sportervaringen in de jeugd van patiënten lang niet altijd positief of maken hun leefomstandigheden het soms lastig, zoals weinig geld of andere problematiek thuis.

Anderzijds kwam er ook geregeld onbegrip in de gesprekken naar voren, vooral door verschillen die zorgverleners tussen henzelf en hun patiënten ervaren. Bijvoorbeeld omdat patiënten er andere opvattingen op nahouden over het belang van gezondheid en het nemen van verantwoordelijkheid. Of dat ze maar een lage prioriteit aan bewegen toekennen. Dit kan frustratie bij zorgverleners opleveren: 'iedereen kan bewegen, ga gewoon buiten wandelen of fietsen'. Een risico hiervan, vertelde een internist, is dat zorgverleners gedemotiveerd raken als ze te weinig resultaat van hun inspanningen zien.

Afstand

De tegenstrijdige gevoelens, de afwisseling tussen meer en minder begrip, kwamen vaak in één gesprek naar voren. Wat het



vooral complex maakt, zijn verschillen tussen zorgverleners en een deel van de patiënten. Niet alleen in opvattingen over gezond leven en ervaringen met sport en bewegen, maar ook in daarmee samenhangende sociaaleconomische posities, zoals verschillen in opleidingsniveau, inkomen of culturele achtergronden. Die afstand maakt het écht doorgronden van de keuzes en het gedrag van patiënten

lastig – iets waar de zorgverleners zich (ten dele) van bewust leken te zijn.

Motiveren en loslaten

Vooral rondom het thema verantwoordelijkheden kwamen veel vragen naar voren: wie is er verantwoordelijk voor gedragsverandering? Hoever gaat je verantwoordelijkheid als zorgverlener? En vooral: wanneer is het tijd om het onderwerp los

te laten? Hoewel alle zorgverleners aangaven dat de verantwoordelijkheid uiteindelijk bij de patiënt ligt, blijkt het niet gemakkelijk om te bepalen wanneer het tijd is los te laten. Hoeveel informatie moet je geven, hoeveel discussies moet je voeren? Hoever moet je gaan in het helpen zoeken naar laagdrempelig aanbod? Moet je zelf iets aanbieden? Degenen die al langer in het vak zitten, gaven aan dat ze een verandering hebben meegemaakt: van de zorgverlener die zegt wat een patiënt moet doen, naar het begeleiden van patiënten bij gedragsverandering. Ook fysiotherapeuten noemden iets soortgelijks: een omslag van het 'opknappen' van patiënten naar het gezamenlijk zoeken naar een oplossing van meer bewegen in het dagelijks leven inpassen. Motiverende gesprekstechnieken werden daarbij geregeld genoemd als middel om het initiatief bij de patiënt te leggen. Meer werkervaring gaat ook vaak gepaard met veranderende opvattingen over verantwoordelijkheden. Het loslaten van het onderwerp als het echt niet lukt, lijkt een leerproces.

Ondanks de toegenomen aandacht voor beweeggedrag binnen de diabeteszorg, lijkt het belangrijkste repertoire van »

INTERVIEWSTUDIE

'Sport in Tijden van Ziekte' is een onderzoek naar verhalen over sport en bewegen bij chronische ziekte, specifiek gericht op betekenisgeving en zorgverlening. Centraal staan verhalen van mensen met diabetes, depressie, borstkanker of hiv en ervaringen van hun zorgverleners. Het project wordt uitgevoerd door onderzoekers van de afdeling Metamedica van het VU Medisch Centrum en het Mulier Instituut in samenwerking met verschillende maatschappelijke partners, waaronder de Bas van de Goor Foundation en de Nederlandse Diabetes Federatie. Het wordt gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.

Dit artikel is gebaseerd op een interviewstudie onder 24 zorgverleners, zoals praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, huisartsen, fysiotherapeuten en een internist. Zie voor de volledige onderzoeksverantwoording: stzverhalen.nl (diabetes > onderzoeksverantwoording). In 2017 verschenen in *Diabetes Pro* vier korte bijdragen gebaseerd op deze deelstudie. In dit artikel staan de belangrijkste bevindingen en conclusies.



zorgverleners – informeren, adviseren, bediscussiëren, verwijzen naar (vaak tijdelijk) beweegaanbod – niet voldoende aan te sluiten bij de behoefte van in ieder geval een deel van de patiënten. Zorgverleners zijn zich hiervan bewust en worstelen er mee, blijkt uit de interviews. Sommigen verbreden hun aanbod, bijvoorbeeld door zelf een wandelgroep voor patiënten te starten. Maar ook zij ervaren dilemma's, bijvoorbeeld het moeten investeren van vrije tijd of de moeite die het kost om patiënten elke week weer mee te krijgen.

Wat en hoe

In een recent rapport waarschuwde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat de nadruk op individuele verantwoordelijkheid en redzaamheid in onze huidige samenleving (te) veel van burgers vraagt. Weten wat bijvoorbeeld het volgen van een gezonde leefstijl is, is niet hetzelfde als weten hoe dat te realiseren in het dagelijks leven [1]. Op het gebied van bewegen binnen de diabeteszorg, blijkt iets soortgelijks voor zorgverleners op te gaan: bewegen als een belangrijk onderwerp beschouwen, is niet hetzelfde als weten hoe 'goede beweegzorg' te bieden, binnen de huidige kaders van de zorg. Dit maakt dat zorgverleners reflecteren op de vraag wanneer het tijd is de verantwoordelijkheid bij de patiënt te laten. Uit deze studie blijkt dat zorgverleners daarmee worstelen, waarschijnlijk omdat dat ingaat tegen waarvoor ze zijn opgeleid. Wat 'goede beweegzorg' behelst, daar valt geen eenduidig antwoord op te geven. Het vraagt om samen 'dokteren': een gezamenlijk proces waarin zorgverlener en patiënt richtlijnen naar het dagelijks leven vertalen [2]. Dit betekent niet alleen luisteren naar patiënten, maar ook hun verhalen horen, en uitproberen en evalueren wat werkt en wat niet.

WAT 'GOEDE BEWEEGZORG' BEHELST, DAAR VALT GEEN EENDUIDIG ANTWOORD OP TE GEVEN. HET VRAAGT OM SAMEN 'DOKTEREN'.

Zorgzaam loslaten

Op bepaalde momenten kan loslaten van het onderwerp bewegen ook goede zorg zijn, hoewel het belangrijk is alert te blijven op veranderende behoeften van patiënten. Zelfmanagementgedrag van patiënten is gebonden aan context en kan altijd veranderen [3]. Daaruit volgt dat goede zorgpraktijken ook die kenmerken moeten hebben. Dat vraagt om een focus op de persoon en mogelijk wat minder op zijn of haar waarden. Centraal staat vooral het zoeken naar een goede balans tussen de kaders die de diabeteszorg biedt, de benodigde inspanningen om een blijvende inbedding van bewegen in het dagelijks leven van de patiënt te helpen realiseren en het bewust zijn van eigen opvattingen over gezond leven, sport en bewegen.

Uit deze studie komen twee aanbevelingen naar voren:

- 1. Ten eerste is het van belang dat zorgverleners zich bewust zijn van hun eigen opvattingen en ervaringen met bewegen, sport en gezond leven. Die ervaringen kunnen – bewust en onbewust – impact hebben op de manier waarop zij beweegzorg verlenen en de relatie die zij met patiënten hebben. Dit kan bijvoorbeeld een onderwerp voor intervisie zijn, door te reflecteren op professionele en persoonlijke ervaringen met sport en bewegen en mogelijke overeenkomsten en conflicten hiertussen.**

- 2. Ten tweede is een risico van de huidige nadruk op bewegen, individuele verantwoordelijkheid en kosteneffectieve zorg, in combinatie met de spanningen die zorgverleners ervaren bij het geven van beweegzorg, dat zorgverleners gedemotiveerd raken. Gezien de verwachte toename van het aantal mensen met diabetes type 2, wordt dit mogelijk een nog urgenter onderwerp in de toekomst. Dit vraagt om voldoende toerusting, tijd en verwijsopties voor zorgverleners. Maar het vraagt ook om een bredere erkenning van de complexiteit van het leveren van 'goede beweegzorg', zowel politiek als maatschappelijk.**

Literatuur ►►►

- [1] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR.
- [2] Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- [3] Rosenbek Minet, L.K., Lønngvig, E-M, Henriksen, J.E. & Wagner, L. (2011). *The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing*. *Qualitative Health Research*, 21, 1115-1126. ◀◀

