

Beweging in de type 2-diabeteszorg

Ervaringsverhalen en praktische reflectieoefeningen voor zorgverleners

Mirjam Stuij

Mulier Instituut & Amsterdam UMC (locatie VUmc)



werkboek voor praktijkondersteuners,
(diabetes)verpleegkundigen, diëtisten,
fysiotherapeuten en huisartsen.

Doel: bewegen een 'comfortabeler' onderwerp binnen de zorg maken om zo zorgverlening te verbeteren en het werkplezier van zorgverleners te vergroten.

Voor wie: zorgverleners die mensen met type 2 diabetes adviseren, stimuleren of begeleiden op het gebied van bewegen, zoals praktijkondersteuners, (diabetes)verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten en huisartsen.

Wat: praktische reflectieoefeningen om na te denken over de manier waarop je 'beweegzorg' verleent, wat daar (onbewust) achter zit en waar je tegenaan loopt. Dit in combinatie met wetenschappelijke achtergronden en ervaringsverhalen van patiënten en zorgverleners.

Hoe: zelf lezen en nadenken over beweegzorg aan de hand van de oefeningen, gebruiken om samen met collega's (tijdens intervisie) over het onderwerp na te denken en ter inspiratie om gesprekken met patiënten eens op een andere manier in te vullen.

Waarom: uit verhalen van zorgverleners komt naar voren dat zij bewegen vaak als een belangrijk, maar 'heikel' onderwerp binnen de diabeteszorg ervaren. Verhalen van patiënten illustreren dat zij onbegrip ervaren en dat de zorg die ze krijgen niet altijd aansluiten op hun behoeften.

Tip: print als
een boekje

Inhoud

1. Aanleiding	4
Reflectie I	5
2. Opzet en mogelijkheden werkboek	6
2.1 Leeswijzer	6
Reflectie II	7
3. Ervaringen van zorgverleners	8
3.1 Begrip opbrengen voor gedrag van patiënten	9
3.2 Vragen over verantwoordelijkheden	15
Reflectie III	21
4. Ervaringen van mensen met type 2 diabetes	22
4.1 “Voor mij werkt bewegen als medicijn, maar niet zoals voorgeschreven”	23
4.2 “Het vraagt te veel van me om bewegen continu als medicijn in te zetten”	24
4.3 “Bewegen is meer dan een medicijn voor mij”	26
4.4 “Bewegen werkt bij mij niet als medicijn”	27
4.5 “Hou eens een keer op over beweging als medicijn”	28
4.6 “Bewegen is goed, maar ik wil niet dat het voor mij een medicijn is”	29
4.7 “Bewegen kan in mijn leven geen medicijn zijn”	31
Reflectie IV	33
5. Vertaalslag naar de zorgpraktijk	34
5.1 Het beweeg-cv	35
5.2 Beweeg-cv: bijsluiter voor zorgverleners	36
6. Tot slot	37
Reflectie V	38
7. Verantwoording	39
Bijlage 1 “Voor mij werkt bewegen als medicijn, maar niet zoals voorgeschreven”	40
Bijlage 2 “Het vraagt te veel van me om bewegen continu als medicijn in te zetten”	42

1. Aanleiding

Je wordt wel gecontroleerd, **maar voor die mensen die in het ziekenhuis werken**, of die huisarts, **is het allemaal vanzelfsprekend, omdat ze het al zo lang doen**. En dan komt er nóg een patiënt bij. Ze zeggen “ja, je moet afvallen en je moet meer sporten”. (...) En dan gaan ze dus naar mijn gegevens kijken en een vragenlijst afnemen en dat was het. En dan zeggen ze drie maanden later: “ja, het is niet zo best, hè? Nou, doe je best!” *That’s it*.

Meneer Cohen (46 jaar) vertelde over zijn ervaringen met de zorgverlening nadat hij gediagnosticeerd werd met type 2 diabetes, anderhalf jaar eerder. Hij heeft het in zijn verhaal over ‘de diabeteswereld’ waar hij ‘inrolde’, een wereld met zorgverleners waarvoor gezond leven een ‘vanzelfsprekendheid’ is, maar waarin hij zich niet thuis voelt en het gevoel krijgt dat hij het vooral allemaal zelf moet uitzoeken.

Vergelijkbare ervaringen komen naar voren in verhalen van zorgverleners. Zo vertelde Sarah, een 52-jarige praktijkondersteuner:

Als je net begint, dan wil je mensen redden. (...) Er is zoveel mogelijk! En je kan er zoveel zelf aan doen! Dus je bent ook geneigd om je eigen norm, om te verwachten dat iemand anders die ook heeft, mijn norm van gezondheid en je eigen verantwoordelijkheid nemen. (...) Dan begrijp je niet dat mensen het lekker vinden om op die bank te blijven zitten.

Het doel van dit werkboek is om (diabetes)zorgverleners ervaringsverhalen en oefeningen te bieden om na te denken over die ‘twee werelden’, de leefwereld van de patiënt en de wereld waarin zorgverleners werken, en te proberen ze dichterbij elkaar te brengen.

Tip: wissel antwoorden uit met een collega

Reflectie I

Wat is de reden dat je dit werkboek opent?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wat zijn je eerste gedachten bij het onderwerp bewegen binnen de (diabetes)zorg?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welke emoties roept het onderwerp bij je op? Waar komen die vandaan?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opzet en mogelijkheden werkboek

Dit werkboek is gevuld met verhalen van patiënten en zorgverleners over hun ervaringen met bewegen, als onderwerp van zorg en in hun privéleven. Volgens de NGH-standaard diabetes type 2¹ is fysieke activiteit gedurende het hele behandeltraject een belangrijke basis van de zorg. Hoe gaan patiënten en zorgverleners om met de opvatting dat bewegen ‘een medicijn’ is voor mensen met type 2 diabetes?

Deze verhalen worden afgewisseld met praktische reflectieoefeningen om na te denken over de manier waarop je zelf ‘beweegzorg’ verleent, wat daar mogelijk achter zit en waar je tegenaan loopt. Deze oefeningen kun je gebruiken om:

- **Zelf te doen**, om te bedenken of je misschien wat in je aanpak of houding wil veranderen.
- **Met collega’s**, bijvoorbeeld tijdens intervisie, over het onderwerp in gesprek te gaan. Het delen van ervaringen kan leiden tot verrassende en nieuwe inzichten.
- **Gesprekken met patiënten** eens op een andere manier in te vullen. De ervaringsverhalen en oefeningen kunnen inspiratie bieden om bijvoorbeeld andere vragen te stellen, maar ook helpen om je meer bewust te zijn van je eigen houding en opvattingen tijdens een gesprek.

De verhalen en wetenschappelijke achtergronden in dit werkboek zijn afkomstig uit Sport in Tijden van Ziekte, een groot onderzoeksproject naar betekenissen van sport en bewegen tijdens ziekte en in de zorg. Het beweeg-cv ([hoofdstuk 5](#)) is ontwikkeld in samenwerking met de ROHA, een zorggroep uit Amsterdam. Een volledige verantwoording staat in [hoofdstuk 7](#).

Terminologie

Onder ‘**bewegen**’ valt in dit werkboek alles wat fysieke inspanning kost, van dagelijkse mobiliteit tot sport. In de gepresenteerde ervaringsverhalen gaat het vooral over wat de verteller onder bewegen en/of sport verstaat. ‘**Beweegzorg**’ is zorgverlening rondom het onderwerp bewegen. Dit kan variëren van adviseren, stimuleren tot het daadwerkelijk begeleiden tijdens het bewegen.

2.1 Leeswijzer

In dit werkboek worden ervaringsverhalen van zorgverleners ([hoofdstuk 3](#)) en patiënten ([hoofdstuk 4](#)) afgewisseld met reflectieoefeningen in groene blokken. De verhalen zijn ook ‘los’ te lezen en voorzien van een titel of thema. In hoofdstuk 5 staat de kernoefening beschreven: het invullen en nadenken over je eigen beweeg-cv.

¹ <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/diabetes-mellitus-type-2>

Reflectie II

Wat betekent gezondheid voor jou?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wat is gezond leven voor jou?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welke plaats neemt (aandacht voor) gezond leven nu in je leven in?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

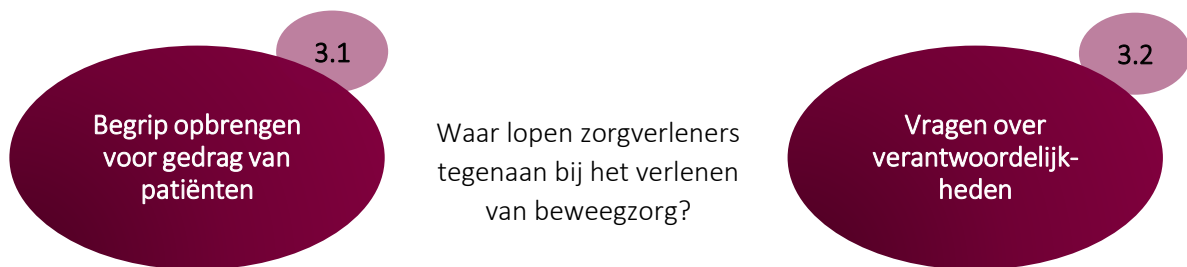
3. Ervaringen van zorgverleners

24 zorgverleners vertelden over hun ervaringen met de rol van bewegen in de diabeteszorg én in hun eigen leven.² Dit waren praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diabetesverpleegkundigen, huisartsen, een internist, een verpleegkundig specialist, een diëtist en beweegcoaches.

De meeste respondenten gaven aan dat ze het onderwerp bewegen vrijwel altijd aanstipten of bevroegden. Ze beschouwden dit onderwerp als basis van de diabeteszorg, zoals Gemma (verpleegkundig specialist) vertelde:

Voor alle onderwerpen [in de diabeteszorg] geldt: er zitten altijd min of meer dezelfde adviezen aan vast, omdat diabetes toch te maken heeft met overgewicht. Dus dan leg ik altijd wel uit van: ‘Als je meer gaat bewegen, of als je meer op je eten let, zal dat positief uitpakken op je chronische ziekte.’ (...) **Maar sport en bewegen, dat is een heikel onderwerp.** Dat is niet iets waar mensen makkelijk toe geneigd zijn. Ja, dat blijft gewoon, net zoals een dieet, *heel* erg moeilijk om te veranderen. Ik bespreek het wel altijd, ik stip het altijd aan.

Dit citaat onderstreept het belang dat de zorgverleners hechten aan het onderwerp bewegen, maar geeft ook aan dat ze moeilijkheden ervaren. Uit die moeilijkheden komen twee spanningsvelden naar voren (figuur 3.1).



Figuur 3.1 Spanningsvelden in ervaringen van zorgverleners (met verwijzing naar de paragraaf)

² Dit hoofdstuk is gebaseerd op Stuij, M. (2018). ‘Physical activity, that’s a tricky subject.’ Experiences of health care professionals with physical activity in type 2 diabetes care. *BMC Health Services Research*, 18:297 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3102-1> (Engelstalig, vrij toegankelijk). De interviews zijn afgenomen in de periode 2012-2015. De analyse was niet alleen gericht op wat iemand vertelde, maar ook op hoe. Bijvoorbeeld door te kijken naar de interactie met de interviewer, tegenstrijdigheden in het verhaal en hoe dominante opvattingen over bewegen in het verhaal terugkwamen. Met deze ‘narratieve’ focus is gekeken hoe de respondenten hun ervaringen met ‘bewegezorg’ betekenis gaven binnen de bredere sociaal-culturele context waarin zij werken en leven. Alle namen zijn pseudoniemen.

3.1 Begrip opbrengen voor gedrag van patiënten

In de ervaringen van zorgverleners zaten veel verwijzingen naar het wel of niet begrijpen van gedrag van patiënten. Dit leek vooral gerelateerd te zijn aan verschillen die de zorgverleners tussen zichzelf en hun patiënten ervaarden, zoals verschillen in ervaringen met en opvattingen over sport/bewegen, opvattingen over gezond leven en wie daar verantwoordelijk voor is en verschillen in sociaaleconomische posities. Daarbij maakten zowel professionele als privé-ervaringen van zorgverleners het voor hen meer of minder makkelijk om zich met (een deel van de) patiënten (en hun gedrag) te identificeren.

Ervaringen die bijdragen aan meer begrip

Sommige respondenten vertelden over specifieke privé-ervaringen waardoor ze beter begrepen waarom patiënten het zo moeilijk kunnen vinden om meer te gaan bewegen. Drie zorgverleners konden hun favoriete sport niet meer beoefenen door een blessure of ziekte en ontdekten dat ze ‘een hekel’ aan de sportschool hadden. Twee anderen hadden andere prioriteiten – een zieke moeder, een jong kind thuis – en merkten op dat ze graag meer zouden bewegen, maar daar gewoon niet aan toe kwamen. Een huisarts vertelde dat ze het heel lastig vond om te beginnen met hardlopen, vooral door de enorme spierpijn. Hierdoor realiseerde ze zich dat haar patiënten begeleiding nodig hebben, bijvoorbeeld van een fysiotherapeut die vertelt dat spierpijn normaal is en ‘dat je een week nodig hebt om eraan te wennen’. Deze laatste toevoeging kan echter ook een afstand benadrukken tussen de zorgverlener, met veel ervaringen met sport en waarschijnlijk ook spierpijn, en patiënten zonder deze eerdere ervaringen.

Gebaseerd op hun professionele ervaringen, kwamen meerdere respondenten tot de conclusie dat het doel van de NHG-richtlijn – 30 minuten per dag matig intensief actief zijn – ‘onrealistisch’ is voor veel patiënten. Zij benadrukten dat ‘kleine stapjes ook stapjes’ zijn en dat het voor veel patiënten, vooral degenen die niet gewend zijn actief te zijn, heel belangrijk is in kleine stapjes te denken. Dit waren bij voorkeur stapjes die makkelijk in het dagelijks leven zijn te integreren, zoals op de fiets naar de winkel in plaats van met de auto. Sommige zorgverleners vertelden dat ze vaak probeerden patiënten af te remmen, omdat ze anders ‘de volgende keer allemaal excuses hebben waarom het weer niet gelukt is’.

Andere zorgverleners, vooral de fysiotherapeuten, hielden juist wel die norm van 30 minuten per dag in hun achterhoofd. Zij gaven gedurende drie maanden twee keer per week trainingen en moedigden patiënten aan daarnaast ook actieve dingen op te pakken. Maar ook ervaarden sommigen dat dit erg moeilijk is voor patiënten die geen positieve beweegervaringen hebben: ‘Het is een utopie

om te denken dat je het in twaalf weken “gefikt” hebt’. Dit laat een spanning zien tussen de richtlijn en de praktijk, die leidde tot andere opvattingen over wat je kan verwachten van patiënten.

Verschillende opvattingen over gezond leven

Een andere spanning zat in de verschillende opvattingen over gezond leven. Sommige zorgverleners hielden er vrij sterke ideeën over hun patiënten op na, vooral de fysiotherapeuten. Zij leken ook de grootste verschillen tussen hun eigen (beweeg)gedrag en dat van hun patiënten te ervaren, zoals de volgende citaten illustreren:

Mijn ervaring is dat het juist een groep is die er niet vanuit zichzelf een actieve leefstijl op nahoudt. En als therapeut vind ik dat heel moeilijk, helemaal als sportfysiotherapeut. Maar ook als algemeen sporter vind ik het... **lig ik nog weleens in conflict met die mensen, omdat zij een totaal andere benadering hebben op hoe je het pakketje in je lijf gezond moet houden dan dat ik heb. En dat is lastig.** (...) Ik vind dat gezondheid een voorrecht is. (...) Ik denk dat als jij een goed pakket mee krijgt van huis uit, dat je daar ook een beetje fatsoenlijk mee moet omgaan. Dus dat betekent: prop er niet zoveel in en verbrand gewoon voldoende. (...) Ik vind dat heel erg moeilijk dat mensen daar moeite mee hebben.

John (fysiotherapeut)

Een gemiddelde diabeet is niet bereid om te bewegen. Dan zet ik het even heel hard aan en het is heel zwart-wit. Dat klinkt natuurlijk ook niet helemaal netjes. **De gemiddelde diabeet heeft overgewicht, komt uit de lagere SES-klasse. Dat is algemeen gezegd. Die heeft geen geld om te sporten, of heeft het er niet voor over.** Want ze hebben wel geld om een grote *flatscreen* te kopen. Maar ze geven daar weinig prioriteit aan. Zo moet je het zien, of ja, zo zie ik dat. (...) Dan denk ik: 'Potverdorie, tuurlijk heb je last van je enkels en tuurlijk heb je last van je knieën, je hebt gewoon 30 kilo overgewicht.' (...) Ik denk dan: 'Dat is gewoon niet nodig, dat je zo dik bent geworden. Waar is het fout gegaan?' Ik beleef dat vanuit mijn eigen perceptie, van mijn eigen situatie thuis, met twee inkomens, een leuk huis. Vanuit een hele andere positie dan van iemand die thuis zit. En ik kan niet achter iemands voordeur kijken. Dat is het probleem. (...) Iedereen kan bewegen, gewoon wandelen of fietsen! (...) Maar daar is dan geen tijd voor. Prioriteit, daar gaat het om.

Marcel (fysiotherapeut)

Voor Marcel leek moeite te hebben om zijn patiënten te begrijpen, hoewel hij zich ook bewust was van verschillen met zijn eigen sociaaleconomische positie. In het verhaal van Krista (fysiotherapeut), dat op de volgende pagina staat, was de spanning tussen begrip opbrengen voor patiënten die in haar optiek voor hun gezondheid niks willen veranderen enerzijds en de realisatie dat gedragsverandering moeilijk is anderzijds, het meest voelbaar.

Weet je, je zou denken: je zit in deze buurt, een achterstandswijk, er is veel overgewicht en er zijn veel diabeten, dus dat wordt *boom*ing met deze groepen [voor een diabetes-trainingsprogramma]. Kunnen we dat wel hanteren? Maar ik vind het eigenlijk verbazingwekkend hoe lastig dat toch is. (...) En als je eenmaal een groep bij elkaar gesprokkeld hebt, om het zo maar te zeggen, dan is het vaak ook moeilijk dat mensen consequent blijven komen. **Ze hebben toch gauw wel smoesjes om weer niet te komen, hè, en in je eigen ogen toch niet legitieme redenen, maar ja, wat is legitiem?** Voor de één, ja tuurlijk, als de buurvrouw koffie komt drinken, dan moet je koffie gaan drinken. Dus hoe belangrijk is bewegen dan? Om dat vol te houden, dat is best lastig [voor mij]. (...) En dan laat ik ze 25 euro eigen bijdrage betalen, ook toch als een soort drempeltje. Ik wil wel dat je gemotiveerd bent als je bij me komt, want alleen maar gratis, dat de verzekering alles vergoedt, vind ik wel heel makkelijk. (...) Maar daar is soms ook wel een hoop gezeur is een groot woord, maar dat ze het toch belastend vinden. En dan denk ik: 'Hallo, je komt drie maanden trainen voor 25 euro.' Dat kost veel geduld en uitleg. (...) Daar heb ik niet helemaal volledig begrip voor. Wil je nou echt iets aan je gezondheid doen en is dat je het dan niet waard? Terwijl je misschien hele andere keuzes maakt waar je heel makkelijk zo die 25 euro voor betaalt. (...) Je trekt soms aan een dood paard, om het zo maar oneerbiedig te zeggen (..) en eigenlijk heb ik niet zo'n zin om daaraan te trekken. Ik wil wel input geven, maar eigenlijk moet je zelf al wel willen komen.

Maar dat is ook best lastig, om thuis consequent oefeningen uit te voeren. Dat vind ik zelf ook, als ik mezelf iets opleg in die richting, dat ik denk: 'Nou ga ik eens een tijdje intensief buikspieroefeningen doen.' Nou, en er is zo weer een week voorbij en je denkt: 'Ooooh ja! Ik zou die oefeningen nog doen! Wacht even, zo is het voor die patiënt ook natuurlijk.' Dus ja, ik snap best dat voor iemand die ook al een lastig lijf heeft, hè, want ga er maar aan staan als je 140 kilo weegt, om dan te gaan bewegen. Dan hebben wij drie rugzakken om ons heen, misschien wel vier en ga dan maar eens op een crosstrainer staan, nou, dat is heftig. (...)

En dat stomme homeopathische tabletje dat ik twee keer per dag in moet nemen en hoe vaak ik dat vergeet! (...) Dat was voor mij een hele goeie eyeopener: **wat verwacht je nou eigenlijk van iedereen?** Dus jij kan wel zeggen: 'joh, ga nou eens elke dag je oefeningen doen of ga nou eens even elke dag wat meer bewegen.' Maar tussen het goede voornemen om dat te doen, want ik wil ook echt wel dat pilletje innemen, en het DOEN, dat is niet zo eenvoudig. Het is best lastig. Een mens is een zo'n gewoontedier.

Krista (fysiotherapeut)

Krista leek teleurgesteld en gefrustreerd over het enthousiasme voor het trainingsprogramma dat ze aanbood, terwijl haar eigen ervaringen ervoor zorgden dat ze meer begrip had voor de moeilijkheden van patiënten omdat ze zich er beter mee kon identificeren. Dit citaat geeft duidelijk tegenstrijdige gevoelens weer gerelateerd aan het begrijpen van gedrag van patiënten en moeilijkheden die de respondenten bij de begeleiding ervoeren.

Balanceren tussen begrip en onbegrip

De meeste professionals balanceerden tussen het begrijpen en tegelijkertijd niet helemaal begrijpen van patiënten (gedrag). Meerdere zorgverleners benadrukten dat 'bewegen iets extra's is, het komt er nog bij', aangezien mensen met type 2 diabetes ook bezig moeten zijn met medicatie, gezond eten en eventueel moeten proberen te stoppen met roken. Drie anderen gaven aan dat de meeste patiënten zich niet ziek voelen of in hun dagelijks leven niet echt last hebben van hun diabetes, waardoor het 'lastig is om constant de focus op de diabetes te houden' of het belang te zien van blijven bewegen. Veel vertelden dat positieve jeugdervaringen met bewegen belangrijk zijn, iets dat ze vrijwel allemaal zelf hadden, maar waarvan ze wisten dat veel patiënten die niet hadden. Financiële drempels werden vaak genoemd en een huisarts voegde toe dat sporten veel geld kan kosten, zeker als je niet gewend bent daar geld aan uit te geven. Sommige zorgverleners verwezen naar sociaaleconomische of culturele verschillen tussen henzelf en hun patiënten, zoals een lagere sociaaleconomische status, wonen in een achterstandswijk of het hebben van een niet-westerse achtergrond, zeker voor vrouwen. Van deze patiënten vermoedden of wisten de respondenten dat ze grotere moeilijkheden hadden om de boodschap over bewegen te begrijpen, bepaalde 'prioriteiten te stellen' en bewegen in het dagelijks leven te integreren. Hoewel dit leek te resulteren in een soort begrip of acceptatie aan de ene kant, maakte dit het ook lastig voor zorgverleners om de moeilijkheden van patiënten écht te begrijpen, omdat ze er zelf niet mee bekend waren.

Deze verschillen waren soms ook zichtbaar in de manier waarop de interviewer in het verhaal van de zorgverlener werd betrokken: 'wij praten natuurlijk makkelijk over bewegen', zei Paul (fysiotherapeut) tegen de interviewer zonder iets van haar 'beweegverhaal' te weten. Dit illustreert een bepaald verondersteld verschil tussen henzelf en de interviewer enerzijds en (een deel van) zijn patiënten anderzijds.

Sarah (praktijkondersteuner) vertelde over dit ervaren verschil als volgt:

Je hebt gewoon twee categorieën mensen: je hebt mensen die zitten aan het stuur, die willen de regie over hun leven hebben en hun eigen verantwoordelijkheid en nemen die ook. **En er zijn mensen die zitten achterin de bus en die laten zich rijden** en die laten het gebeuren. En als die mensen niet ergens een omslag krijgen van ‘hé, maar ik kan er zelf wellicht ook wat aan gaan doen’, ja, dan hebben ze gewoon een hele lange weg te gaan voordat ze voor in die bus stappen, zitten. Dan heb je zo'n andere weg nog te gaan, voordat je het überhaupt over bewegen en weet ik het allemaal kan hebben.

Sarah was zelf erg actief, in tegenstelling tot een deel van haar patiënten. Hoewel ze zich bewust was van dit verschil en er tijdens haar verhaal op reflecteerde, vond ze het ook lastig patiënten te begrijpen die een andere kijk hadden op gezondheid en verantwoordelijkheid daarvoor nemen. Hier overlappen spanningen tussen ‘begrip opbrengen’ met vraagstukken over verantwoordelijkheden.

Heb je zelf wel eens moeite begrip voor gedrag van patiënten op te brengen? Kun je er specifieke voorbeelden bij bedenken? Welke vooroordelen heb je zelf?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

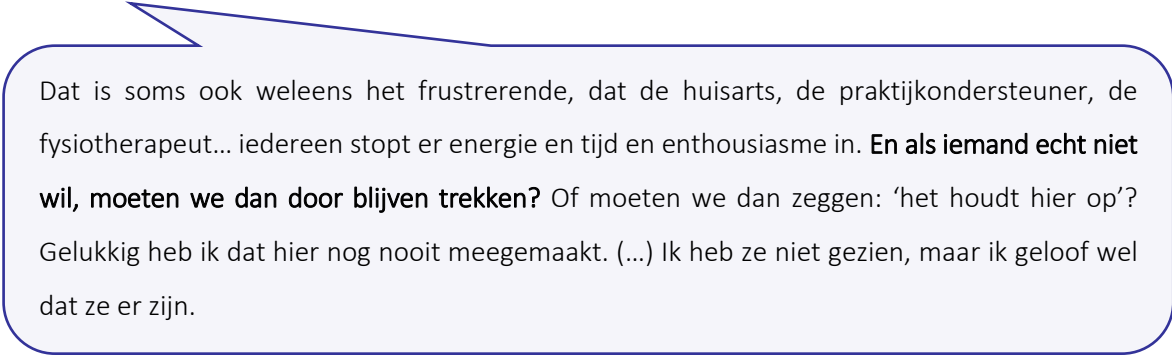
.....

3.2 Vragen over verantwoordelijkheden

Bij dit thema kwamen verschillende vragen naar voren: wie is verantwoordelijk voor gedrag en gedragsverandering? Wat zijn professionele verantwoordelijkheden en wat niet? Hoe ver gaan die professionele verantwoordelijkheden of hoever kunnen ze gaan? Meerdere zorgverleners vertelden over veranderingen in hun vak gedurende hun loopbaan, bijvoorbeeld in de manier van communiceren met een groeiende nadruk op *motivational interviewing*: in plaats van patiënten te vertellen wat ze moeten doen, hebben ze geleerd ‘achterover te leunen’ en patiënten zelf te laten vertellen wat ze willen doen. Alice (diabetesverpleegkundige) bemerkte in haar vak een verschuiving van de professional die weet wat te doen naar de professional die meer een begeleider is. Ze heeft ook de aandacht voor gedragsverandering flink zien toenemen. De drie fysiotherapeuten met meer dan 25 jaar werkervaring hebben een vergelijkbare verschuiving ervaren: van het masseren en ‘fiksen’ van patiënten naar patiënten zelf actief laten zijn tijdens de behandeling en samen een oplossing zoeken, namelijk door meer actief te zijn in het dagelijks leven.

Wanneer patiënten loslaten?

In het algemeen kwamen dilemma’s gerelateerd aan verantwoordelijkheden vooral voort uit ideeën of twijfels over wanneer het tijd is een patiënt ‘los te laten’, zoals Emma (net begonnen als fysiotherapeut) aangaf:



Dat is soms ook weleens het frustrerende, dat de huisarts, de praktijkondersteuner, de fysiotherapeut... iedereen stopt er energie en tijd en enthousiasme in. **En als iemand echt niet wil, moeten we dan door blijven trekken?** Of moeten we dan zeggen: ‘het houdt hier op’? Gelukkig heb ik dat hier nog nooit meegemaakt. (...) Ik heb ze niet gezien, maar ik geloof wel dat ze er zijn.

Dit citaat illustreert ook een beeld dat zorgverleners van specifieke patiënten hebben: van hen die niet actief willen worden. Uiteindelijk beschouwden de respondenten dit als de verantwoordelijkheid van de patiënt: ‘als mensen niet willen, oké, dan houdt het op’. Desondanks hadden ze verschillende opvattingen over hun professionele mogelijkheden. Voor Nicole (diëtist) was het duidelijk dat haar patiënten hulp nodig hadden, anders waren ze niet bij haar, maar het enige wat ze voor haar gevoel kon bieden waren adviezen en gesprekken over het onderwerp.

Willem (internist) had na veertig jaar werkervaring ‘weinig illusies’ over:

We weten dat in Nederland het aantal mensen [met type 2] nog steeds enorm stijgt en dat dat gewoon het gevolg is van onze leefstijl. Hier is dus het ontstaan van een chronische aandoening een gevolg van je eigen gedrag. (...) Dan kun je wel zeggen: ‘Laten we deze mensen in beweging krijgen.’ Dat is fantastisch, maar dat zie ik als een gezondheidstaak, dat is publieke gezondheidszorg. (...) Waar ik voor moet zorgen is dat deze mensen, als ze de aandoening hebben, hun zorg goed kunnen krijgen. (...) Ook als je stinkend je best doet [om mensen hun gedrag te laten veranderen], lukt het niet. Dat wil niet zeggen dat je het niet moet proberen, want ook mensen die diabetes ontwikkelen, zeker als het wat jongere mensen zijn en als je goed met ze kunt praten, die willen best weleens veranderen. (...) **Maar het veranderen van mensen is sterk afhankelijk van de omgeving waarin mensen mogen en willen functioneren, en dat kan ik niet vanuit de gezondheidszorg.**

Ik ben af van het: ‘het is fijn om ook eens wat te gaan bewegen’. Ik stel weleens voor: ‘zullen we valsspelen? Zal ik je een tijdje naar een fysiotherapeut sturen, zodat je daar eens een keer gewoon aan de bak kunt?’ Maar ook daar geldt voor: we hebben beweegprogramma's gehad waarbij we mensen konden verwijzen op kosten van de ziektekostenverzekeraar, dan stopte het beweegprogramma en zeiden ze: ‘ja, ik ben gestopt want ik krijg het niet meer betaald.’ Dan denk ik: ‘jongens, je kunt buiten lopen.’ Nou, dat krijg je, en dat was met name mensen met type 2, nou, negen van de tien vielen gewoon weer terug in hun ouwe gewoonte. Dus ik ben daar pessimistisch over, maar pessimisme in dit geval is realisme in mijn ogen.

Willem noemde de behoefte van professionals om resultaat van hun inspanningen te zien om de motivatie niet kwijt te raken; een ‘*what’s in it for me?*’. Hoewel hij hintte op de zeldzame mogelijkheden op positieve resultaten, leek hij het gevoel verantwoordelijk te zijn voor gedragsverandering van patiënten los te hebben gelaten omdat hij de ervaring had dat dit buiten zijn bereik lag. Hij was de enige zorgverlener die dit expliciet zo benoemde. Tegelijkertijd beschouwde hij gedragsverandering ook niet als een verantwoordelijkheid van patiënten alleen, maar juist ook van de publieke gezondheidszorg, hoewel de opmerking ‘je kunt buiten lopen’ een ambivalente houding weergeeft.

Begrenzing door het zorgsysteem

Meerdere zorgverleners noemden kenmerken van het zorgsysteem als begrenzingen van professionele verantwoordelijkheden: gebrek aan tijd, veel tijd tussen afspraken met één patiënt en een focus op protocollen in plaats van mensen. Vooral Gemma (verpleegkundig specialist) beschouwde het systeem als ‘erg moeilijk op het moment’, met een groeiende nadruk op administratie en hoge eisen van zorgverzekeraars. Willem (internist) noemde zowel tijd als de focus op protocollen lastig:

Ik heb ook maar tien minuten en er zijn een hele hoop dingen die ik moet bespreken. **Ik heb gewoon te weinig tijd als ik het echt zou willen aanpakken met een serieuze inslag.** (...) Mijn eerste vraag is altijd: ‘Hoe is het met u?’ En dan gaan ze dus suikers noemen, dat vraag ik helemaal niet. (...) Ook praktijkondersteuners hebben we natuurlijk zo gedrild al die jaren dat ze vooral bezig zijn met suikers omlaag brengen (...) Door zo op te treden, hebben we wel vanuit het ziekteperspectief de beste diabeteszorg van de wereld gecreëerd. Die is bij ons geconcentreerd in de eerste lijn met excellente resultaten! **Maar nu komt de tijd dat je niet moet kijken naar het getal, maar nog meer naar de mens.**

Elena (praktijkondersteuner) gaf toe dat ze het protocol nodig heeft om aan vast te houden, maar het tegelijkertijd lastig vindt dat ‘die hele lijst niet de lijst van de mensen zelf is’. Ze heeft daar een tussenweg in gevonden: nadat ze het protocol heeft doorlopen, vraagt ze mensen hoe het met ze gaat.

Meerdere respondenten noemden het beperkte overzicht van en mogelijkheden voor beweegactiviteiten om patiënten naar te verwijzen als belemmering. Zorgverleners ervoeren dat de mogelijkheden vaak tijdelijk waren doordat subsidies voor beweegprogramma’s stopten, waardoor ze het moeilijk vonden, en niet per se hun verantwoordelijkheid, om bij te houden wat er allemaal aan beweegaanbod in de omgeving is. Een onderwerp dat vaker werd aangehaald was de tijdelijkheid van fysiotherapie – omdat zorgverzekeraars drie maanden training vergoeden – en de moeilijke taak voor patiënten om na afloop actief te blijven. Dit werd niet zozeer door de fysiotherapeuten zelf benoemd; de meesten vertelden dat patiënten gedurende de trainingen vaak wel enthousiast zijn, maar dat ze hen daarna uit het oog verliezen. De andere zorgverleners daarentegen – degenen die naar de fysiotherapeut verwezen en patiënten na afloop weer terugzagen – ervoeren dat het maar weinig mensen lukt daarna zelf actief te blijven.

Zelf aanbod realiseren of niet?

Een specifiek thema onder de 'sprekkamerprofessionals', degenen die geen daadwerkelijke trainingen geven, was een spanning tussen de wens meer te kunnen bieden dan alleen advies en de opvatting dat dit niet hun verantwoordelijkheid was.

[Als de stap te groot is om te gaan bewegen], dan hou-, dan kan ik verder ook niks. **Ik kan mensen moeilijk in de arm nemen en met ze mee gaan**, dus dan is het stukje bij hun. (...) [Ik kan adviezen geven], maar iemand moet er wel mee aan de slag. En het liefst zou je zeggen: 'Nou, dat moet je doen, klaar, kat in 't bakkie!' Maar zo is het dus niet en dat zal altijd lastig blijven.

Alice (diabetesverpleegkundige)

Ik ben huisarts, dus **ik ben niet iemand die daadwerkelijk met mensen meegaat als ze moeten bewegen**. Een huisarts geeft vaak vooral gewoon voorlichting, bespreekt ook wat iemands weerstand of twijfel is, of beperkingen, om te kijken wat er binnen die context wel mogelijk is. Ik geef ook vaak wel veel uitleg over waarom het belangrijk is.

Thomas (huisarts)

Op het moment van het interview was Thomas wel betrokken bij de organisatie van een wandelgroep. Hij probeerde dit samen met vrijwilligers en sociaal werk op te zetten, omdat hij het niet de verantwoordelijkheid van hemzelf en zijn collega's vond om zo'n groep draaiende te houden. Elena (praktijkondersteuner) had zelf een wekelijkse wandelgroep opgezet, omdat ze haar patiënten iets concreets en toegankelijk wilde bieden in plaats van 'alleen maar te vertellen dat ze actiever moeten worden'. Ook Marjolein (praktijkondersteuner) was begonnen met een wekelijkse wandelgroep. Beiden investeerden wat vrije tijd in de organisatie. Ze waren enthousiast over hun groep en voelden dat het voor sommige patiënten een belangrijke aanvulling was. Desondanks vonden ze het ook veel werk om te organiseren en (nieuwe) patiënten te vinden om mee te doen. Soms voelden ze zich daar gefrustreerd door. Vooral het verhaal van Marjolein, dat op de volgende pagina staat, bevatte verschillende spanningen gerelateerd aan het thema professionele verantwoordelijkheden en motivatie om zelf vol te houden.

Het liefst willen [mensen] dat ze thuis opgehaald worden, aan het handje meegenomen worden van 'oké, we gaan lopen', en ook weer netjes thuisgebracht worden. Ja, de maatschappij is zo veranderd, dat is niet meer te doen. (...) Dat ben ik nu een beetje aan het loslaten, het moet wel ook van de patiënten uit komen. **En ik wil best een beetje tegemoetkomen dat we samen, dat we ze over een drempel heen helpen, maar mensen die niet gemotiveerd zijn om te bewegen, dat is zo'n zonde van je tijd.** Dat is echt, voor allebei is dat niet leuk. (...) Eigenlijk moet je bij de voordeur al een beetje kunnen inschatten of mensen wel of niet gemotiveerd zijn, en met de mensen die dat wel zijn, daarmee aan de slag gaan en de mensen waarbij je het idee hebt, of mensen die zelf het idee hebben van 'ik ga hier niks mee bereiken', die moet je eigenlijk ook gewoon weer loslaten. Dat is een beetje de tendens nu. (...) Alle excuses heb ik al gehoord, dus dat maakt het voor jezelf wel weer heel, heel moeilijk om gemotiveerd te blijven, om iedere keer maar weer door te gaan [met wandelen].

Soms lukt het ook gewoon niet. Er zijn ook mensen die zeggen: 'ik heb geen zin om te bewegen en ik zie het nut er niet van in.' Nou ja, dan ga je een paar keer in gesprek om uit te leggen van wat ik er wel als nut van inzie en als mensen dat dan niet willen, ja, prima, dan is het klaar. Dan is het ook mijn verantwoordelijkheid niet meer. Ik zeg weleens: 'Het is uw chronische ziekte en zie mij als een soort supermarkt waar je kennis en informatie uithaalt, maar u moet er mee dealen.' (...) Als ze maar niet later zeggen: 'ja, had ik maar geweten dat ik meer had moeten bewegen', want dat wordt iedereen wel dusdanig ingepeperd dat niemand dat meer kan zeggen. Dus men weet het allemaal wel, het is alleen maar net wat je er zelf mee wil. Maar goed, da's met alles. Dat maakt mij ook niet meer zo gedwongen om altijd maar [door te gaan]. (...) Kijk, dat is voor mij de pré, **ik moet zeker weten dat mensen beseffen dat je zelf best wat aan je ziekte kan doen als je meer gaat bewegen en gezonder gaat eten. Als mensen dat weten en ze doen er niks mee, ja, dan is het je eigen verantwoordelijkheid.** (...) Ik bedoel. ik krijg er niet minder door betaald. ofzo.

Marjolein (praktijkondersteuner)

Dit 'mensen laten gaan' en de motivatie van patiënten vooraf bepalen was iets dat Marjolein gedurende haar loopbaan had geleerd: 'je verandert zelf ook in dat proces'. Dit illustreert een verschuiving in verantwoordelijkheidsgevoel in de loop van de tijd, iets dat Krista (fysiotherapeut) noodzakelijk achtte om 'gezond te blijven als zorgverlener'.

Herken je (deze) vraagstukken over verantwoordelijkheden? Kun je er specifieke voorbeelden bij bedenken? Heb je voorbeelden waarbij het (onverwachts) wel goed ging?
Wat was de bepalende succesfactor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Reflectie III

*Welke patiëntverhalen of -ervaringen komen in je op als het gaat om
'beweegzorg'?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Ervaringen van mensen met type 2 diabetes

“U hebt diabetes, kunt u me vertellen wat er is gebeurd?” Met die vraag hebben we verhalen opgetekend van achttien mensen die gediagnosticeerd waren met type 2 diabetes.³ Indien iemand daar niet zelf al over vertelde, vroegen we naar ervaringen met (beweeg)zorg en de rol van sport en/of bewegen voor en na de diagnose. Tijdens de analyse was de voornaamste vraag: hoe gaat de verteller om met de boodschap dat bewegen een goed medicijn is bij type 2 diabetes? Uit de analyse kwamen zeven verhaallijnen naar voren (zie figuur 4.1). Naast deze zeven verhaallijnen zijn er ongetwijfeld nog andere mogelijk, maar ze geven wel een goed inkijkje in hoe mensen kunnen reageren op de boodschap dat bewegen goed voor hen is en hoe ze daar in hun dagelijks leven mee om kunnen gaan. Overigens vertelden vrijwel alle respondenten over negatieve ervaringen met zorgverlening en ondersteuning op het gebied van bewegen na de diagnose.



Figuur 4.1 Verhaallijnen van mensen met diabetes (met verwijzing naar de paragraaf)

³ Dit hoofdstuk is gebaseerd op Stuij, Elling & Abma (2019). Negotiating exercise as medicine. Narratives from people with type 2 diabetes. *Health*, <https://doi.org/10.1177/1363459319851545> (Engelstalig, vrij toegankelijk). De interviews zijn afgenomen in de periode 2012-2016. Alle namen zijn pseudoniemen.

4.1 “Voor mij werkt bewegen als medicijn, maar niet zoals voorgeschreven”

Net na haar diagnose voelde mevrouw Borst (46 jaar, 6 maanden diabetes) zich niet prettig bij de boodschap van haar zorgverleners: ze moest beginnen met medicatie en dit zou in de toekomst alleen maar meer worden omdat diabetes ‘in de familie’ zit. Tegelijkertijd kon ze haar eigen fitnessprogramma niet meer volhouden en vroeg ze haar sportschoolhouder om hulp. Gebaseerd op een wetenschappelijke studie ontwikkelden ze samen een programma dat voor haar werkte:

“Met drie keer per week een krachttraining, want dan gaat een specifiek hormoon, dat wordt vergroot, IGF-1, ik weet niet of je dat gehoord hebt? Dat is een groeihormoon, nou, dat gaat dan binnen zes weken heel erg omhoog, dat vervangt een beetje de insuline.”

Daarnaast deed ze elke twee weken een trainingssessie op een lege maag om ‘de lever schoon te maken voor de rest van de week’. Om te zorgen dat haar lichaam niet gewend raakte aan de trainingsimpulsen, wijzigde ze haar trainingsprogramma elke vier weken. Door steeds tegenoverliggende spieren te trainen en snelheden te variëren, werden haar spieren weer anders aangesproken en bleef haar suikerspiegel beter stabiel. Sinds ze met de training is begonnen, is haar suikerwaarde nooit meer echt boven de 10 geweest:

“[Nu het voor mij] sport als medicijn is geworden, in plaats van die medicatie, met bijwerkingen, doe ik drie keer per week een training. Zoals ik nu leef, leef ik weer zoals voordat ik ziek was: dat je actief bent en gewoon alle dingen kunt doen die je wil doen.”

Voor haar diagnose trainde mevrouw Borst vijf keer per week en het kostte haar niet veel moeite haar programma aan te passen. Haar aanpak is systematisch en gebaseerd op wetenschappelijke literatuur: ze hield haar bloedglucosewaarden voor en na de training bij, experimenteerde met verschillende gewichten en gebruikte een app om haar beweeg- en eetgedrag bij te houden. Ze paste een redelijk mechanische opvatting van het lichaam toe waarin bewegen/sport, door de productie van IGF-1, een gebrek van de pancreas ‘repareerde’. Haar belichaamde ervaringen kwamen overeen met de opvatting dat bewegen een medicijn is.

Mevrouw Borst was de enige respondent die de boodschap dat bewegen een medicijn is volledig omarmde. Toch was ze tegen het beweegadvies dat voor diabetespreventie geldt:

“Er zijn heel veel mensen die het gewoon niet weten, en die gewoon een uur lang op zo'n cross-trainer staan, drie keer in de week, en denken dat ze goed bezig zijn. Net zoals ik dacht dat ik goed bezig was, maar toch uiteindelijk heel erg ziek werd.”

Daarmee zette ze vraagtekens bij de standaardboodschappen.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?
Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➔ *Meer lezen? Ga naar [bijlage 1](#) voor een uitgebreidere versie van het verhaal van mevrouw Borst.*

4.2 “Het vraagt te veel van me om bewegen continu als medicijn in te zetten”

Voor sommige mensen vraagt constante diabetesmanagement (te) veel. Zo wisselde mevrouw Hoekstra (47 jaar, 10 jaar diabetes) tussen periodes met meer en minder controle. Ze was elf kilo afgevallen met een intensief sportprogramma dat zes maanden duurde, waardoor ze haar hoeveelheid medicatie kon halveren. Ze vond het sporten vreselijk, maar ervaaarde wel positieve effecten. Toen het programma was afgelopen, was ze niet in staat om de vier intensieve trainingen per week in haar eentje vol te houden, naast de onregelmatige diensten op haar werk in de zorg en met een puberende dochter thuis.

“Nou goed, ik heb een tijdje nog verder gesport, wel minder intensief, maar ik heb wel geleerd dat je in ieder geval twee keer in de week moet gaan sporten, anders zet het geen zoden aan de dijk. Dat heb ik wel zo’n beetje gedaan, maar dan komen er weer een hoop stressdingen bij, gaat je suiker toch weer omhoog, kom je toch weer aan, gaan dingen toch niet goed. Inmiddels ben ik van die elf kilo weer zes kilo aangekomen. Dat is natuurlijk niet goed en mijn suiker is veel te hoog. (...) **Wat ik toen gedaan heb was gekkenwerk. Ik heb het allemaal wel gehaald en het is hartstikke goed gelukt, maar zo kan je je leven niet inrichten.** Dat is gewoon *too much*. Want je stopt er alles in en het heeft effect, daar deed ik het voor, want ik vond het helemaal niet leuk, maar het werkt als een tierelier.”

Op het moment van het interview had mevrouw Hoekstra niet het gevoel dat ze zelf iets aan haar diabetes kon doen. Ze had ook niet het idee dat ze een balans had gevonden na tien jaar diabetes: ‘Soms gaat het redelijk goed en soms gaat het helemaal niet.’ Omdat haar internist altijd zo weinig tijd leek te hebben, durfde ze hier niet met haar over te praten of om hulp te vragen. Ze had geen diabetesverpleegkundige. Haar leefomstandigheden en eerdere negatieve ervaringen met bewegen lijken in de weg te staan bij haar wens om haar diabetes onder controle te houden. Bewegen lijkt voor haar een onmogelijke noodzaak.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?
Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➔ *Meer lezen? Ga naar [bijlage 2](#) voor een uitgebreidere versie van het verhaal van mevrouw Hoekstra.*

4.3 “Bewegen is meer dan een medicijn voor mij”

Klachten door diabetes kunnen fysieke mogelijkheden die altijd vanzelfsprekend waren in de weg staan en iemand belemmeren een sport te blijven beoefenen. Dit kan een confrontatie met eerder belangrijke betekenissen betekenen, zoals plezier. Zo had mevrouw Dekker (54 jaar, 13 jaar diabetes) de laatste tijd te veel pijn in haar benen om te kunnen blijven paardrijden. Ze was emotioneel toen ze hierover vertelde.

“Dat is eigenlijk wat het meest zeer doet (...) dat plezier heb je niet meer. Maar nu moet ik ook moeite gaan doen om dat stukje van m’n lichaam goed te maken, weet je. En dat gaat nooit meer zo leuk zijn. Dat is de pijn, dat is ook echt pijn.”

In haar verhaal zaten veel verwijzingen naar zowel het verleden als de toekomst. Daarnaast kwamen er duidelijk gevoelens van verlies naar voren, bijvoorbeeld gerelateerd aan eerder vanzelfsprekende fysieke mogelijkheden en activiteiten die voor haar belangrijk waren. Ze vroeg haar zorgverleners niet om hulp, omdat ze in het algemeen negatieve ervaringen met hen had en het gevoel had dat je het net moest treffen met de juiste hulpverlener.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?
Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.4 “Bewegen werkt bij mij niet als medicijn”

De belofte dat bewegen als medicijn werkt, bleek niet voor iedereen op te gaan. Mevrouw Mulder (46 jaar, 18 jaar diabetes) ervaarde totaal geen controle tijdens haar menstruatie:

“Je bent echt de hele dag bezig: ‘Hoeveel beweeg ik? Wat ga ik eten? Hoeveel moet ik spuiten?’ Maar ook van: ‘jeetje, ik heb het allemaal goed gedaan: ik heb gesport, ik heb gezond gegeten en ik zit toch op de 14. Ik heb heel veel insuline gespoten, ik heb extra gespoten. Hoe krijg ik het naar beneden? Ik voel me zo rot. Ik voel me zo beroerd. Ik voel me zo naar.’”

Buiten haar menstruatieperiode lukte het mevrouw Mulder om met insuline, gezond eten en fitness haar diabetes onder controle te houden. Ze heeft zichzelf deze leefstijl aangemeten, omdat haar dieet en sportgedrag geen onderwerp was bij haar zorgverleners. Haar dokters konden ook geen verklaring geven voor haar oncontroleerbare suikerwaardes tijdens de menstruatie en gaven aan dat ze moet wachten op de menopauze. In die zin had ze hoop op een betere toekomst. Dit ging echter samen met angst voor complicaties:

“De angst, de ongelooflijke angst die je de hele dag hebt: je krijgt complicaties. Als ik een wondje heb geneest het eigenlijk al niet meer. Inmiddels heb ik het ook aan mijn schildklier gekregen. Ik heb heel snel de griep, ben heel snel verkouden, zo’n ontzettend slechte weerstand. (...) M’n lichaam is zo achteruit gegaan. Ik ben dan net 46, maar ik voel me af en toe – af en toe? Best wel geregeld – alsof ik ver in de 80 ben. Ik ben echt beperkt in mijn leven, beperkt in mijn doen en laten. En je weet dat het alleen nog maar verder achteruit zal gaan: je ogen worden slechter, je krijgt neuropathie, er zijn zoveel dingen die kapot gaan in je lijf. En dat beangstigt me enorm. Nu zijn mijn kinderen 16 en 18 en ik heb heel vaak dat ik denk: godzijdank, als mij nu wat overkomt dan kunnen ze dat alleen aan. Niet dat ik eraan moet denken, maar omdat ik best wel heel vaak heel ziek ben en die suiker gewoon zoveel ellende brengt. **Ik vind het een zwaar onderschatte ziekte.**”

Dit verhaal laat duidelijk zien dat het dominante verhaal dat een individu de mogelijkheid heeft om diabetes te controleren niet altijd opgaat. Omdat mevrouw Mulder weinig hulp ervaarde, was ze vooral op zichzelf aangewezen.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?
Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.5 “Hou eens een keer op over beweging als medicijn”

De boodschap dat bewegen een medicijn kan zijn, kan ook als confrontatie worden opgevat en resulteren in een defensieve reactie. Meneer Hendriks (60 jaar, 12 jaar diabetes) en mevrouw Sital (56 jaar, 15 jaar diabetes) gaven beiden aan soms geïrriteerd te zijn door de constante nadruk hierop, zoals de laatste uitlegde:

“Ze vragen wat ik doe, wat ik niet doe. Ik rook ook nog, en of ik niet wil stoppen met het roken. Over dat soort dingen. Hoe mijn eetstijl is. Dat ik veel moet bewegen, wat ik al doe. Dat ik moet stoppen met drinken. Ik zeg: ‘nog even en ik ga het klooster in.’”

Meneer Hendriks, die aangaf ‘op het moment niet echt aan sport te doen’, leek tijdens het interview geïrriteerd door de vragen:

Meneer Hendriks: “En je hoort soms ook weleens van mensen dat gewoon tenen afsterven of dingen ofzo. Maar goed, ik heb dat nog niet. En ik hoop dat dat ook niet komt. Ook niet met mijn ogen en dergelijke.”

Interviewer: “En wat doet u ervoor om dat niet zo ver te laten komen?”

Meneer Hendriks: “Nou ja, niet zoveel meer. Dus ik denk dat jij mij een beetje probeert te overtuigen dat ik er meer voor moet doen.”

Interviewer: “Nee, dat is absoluut niet...”

Meneer Hendriks: “Want precies hetzelfde vraagt de praktijkassistente. Van wat zou je...”

Dit fragment laat duidelijk zien hoe de boodschap van bewegen als medicijn aanwezig is tijdens het interview en hoe dit in een consult kan worden opgevat.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?
Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.6 “Bewegen is goed, maar ik wil niet dat het voor mij een medicijn is”

Meneer Cohen (46 jaar, 1,5 jaar diabetes), die sprak over de diabeteswereld waar hij voor zijn gevoel inrolde (hoofdstuk 1), vertelde dat hij in het begin ‘stiekem niet meedeed’, niet wilde voldoen aan de eisen die diabetes aan het dagelijks leven stelt. Uiteindelijk lag voor hem de oplossing in de verandering van voeding: door alle suikers uit zijn dieet te schrappen en tegelijk zelf zijn bloedglucose te kunnen meten, merkte hij dat hij meer controle over zijn diabetes had.

Ook meneer Tahiri (46 jaar, 7 jaar diabetes) vond de oplossing in de combinatie tussen medicatie en het schrappen van suikers. Vroeger deed hij veel aan fitness, maar daar stopte hij twaalf jaar geleden mee omdat hij vader werd, onregelmatige diensten draaide en te weinig tijd had. Als moslim geloofde meneer Tahiri bovendien dat iedereen ziek wordt en dat je erger kunt voorkomen door stress en angst te vermijden. Dit was voor hem belangrijker dan de opvatting dat bewegen een medicijn is.

Tijdens het interview benadrukte zowel meneer Cohen als meneer Tahiri dat bewegen belangrijk was, maar tegelijkertijd bleven ze vaag over wat ze nou deden en gaven ze op andere momenten ook aan dat dat niet zo veel was. ‘Dit is altijd een probleem voor me geweest’, voegde meneer Cohen toe. Hun opmerkingen over het belang van bewegen leken meer voort te komen uit een gevoel dat dit een sociaal wenselijk antwoord was. Dit benadrukt de dominantie van de boodschap dat bewegen als medicijn werkt.

Meneer Postma (60 jaar, 16 jaar diabetes) vond nog een andere manier om zijn diabetes te reguleren:

“En nou kom ik effe op hoe moet je dan leven. Er zijn mensen bij die zeggen van ‘joh je moet elke morgen op een vast tijdstip spuiten en eten’. Ik zeg: ‘dat is nergens voor nodig.’ Waarom niet? Als jij gaat eten doe je dat ook niet elke dag om 8 uur ’s morgens en elke dag om 12 uur en om precies 6 uur. Je alvleesklier zegt op een gegeven moment als je gaat eten of gegeten hebt: ‘hé, er komen koolhydraten binnen. Hoeveel koolhydraten komen er binnen? O, zoveel? Dan moet ik zoveel insuline aanmaken om die koolhydraten weg te werken.’ Dus voor mij werkt het dan precies hetzelfde. Als ik ga eten, moet ik weten wat die stand is en wat ik dan ga eten. En dan moet ik zelf die insuline inspuiten, omdat mijn alvleesklier het niet meer aanmaakt. (...) Als ik een zak chips eet, kijk ik achter op die zak hoeveel koolhydraten erin zitten. En terwijl ik die chips eet, prik ik die insuline die erbij hoort. Dan werkt de insuline die ik spuit die koolhydraten van die chips weg. (...) Als je er maar mee weet om te gaan. En over een jaar of 10 à 15 zal blijken of ik het goed gedaan heb, zeg ik dan alleen maar. Maar voorlopig kan ik nu gewoon leven zoals ik wil leven. En dat vind ik het meest belangrijke.”

Hij vertelde een verhaal over een ‘kapot’ lichaam dat geen insuline meer kan aanmaken. Door zelf insuline in te spuiten, functioneerde zijn lichaam weer als een ‘normaal’ lichaam. Daardoor had hij beweging niet nodig als medicijn. Toen hij nog jong was, deed meneer Postma juist veel aan sport: hij nam deel aan de Nederlandse zwembkampioenschappen en wilde leerkracht lichamelijke opvoeding worden. Door problemen met zijn knie moest hij met zijn opleiding stoppen.

“Maar in de loop der jaren is dat, hoeveel ik aan sport deed, ja, dat is van 100 procent naar niks gegaan. En ik weet heus wel dat als ik nu meer zou gaan bewegen, wat meer zou gaan sporten, dan helpt dat om mijn gewicht te verlagen. En hoe lager je gewicht is, hoe minder last je van die suiker hebt. Maar ja, dan is het een kwestie van wil je dat? Als ik het nu kan reguleren op de manier zoals ik het nu doe, dan zou ik in principe niet hoeven af te vallen. Want ik kan mijn suiker precies reguleren.”

Enerzijds gaat meneer Postma dus op een algemeen niveau mee in de ‘bewegen als medicijn’-boodschap, maar anderzijds wil hij er nu zelf niet in mee gaan.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?
Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.7 “Bewegen kan in mijn leven geen medicijn zijn”

Tot slot was er de verhaallijn waarin bewegen geen medicijn kan zijn. Het verhaal van mevrouw Mohan (39 jaar, 4 jaar diabetes) was zowel in inhoud als structuur chaotisch. Ze ging van het ene onderwerp naar het andere, vertelde over vroeger en nu. Dit leek ook haar manier van vertellen, iets dat ze aan het eind van het gesprek zelf opmerkte. Desondanks concludeerde ze dat ze veel stress ervaarde: ze had geen baan, veel andere gezondheidsproblemen en een zieke moeder om voor te zorgen. Ze had niet het gevoel dat ze die stress kon verminderen. Diabetes was iets ‘groots’ in haar leven en haar bloedglucosewaarden bleven hoog. Ze bevestigde dat haar diabetesverpleegkundige weleens het onderwerp bewegen aanstipte, maar door een hielspoor was dit voor haar geen optie. Dit zette haar aan om te vertellen over de medische gevolgen tijdens de behandeling van de hielspoor en haar huidige status:

“Ik kon niet meer. Ik was gewoon helemaal op. Ik voel ook niks, in mijn voet niet meer. Dus ja, dat is mijn beperking. Ik heb ook aangepaste schoenen. Dus ja, ’t is heel moeilijk met mij, momenteel. (...) Ik heb ook heel veel, kijk, ik zit onder de plekken, dat komt allemaal door mijn suiker. (...) Er is

diabetische voet geconstateerd, want ik heb ook last van neuropathie. Dat begon ook met dat jeuken, heel erg, dan wordt het gewoon helemaal rood en dan begin het te branden. Ik heb het ook heel erg gehad onder mijn voet, dat het zo erg brandt, net als dat je verse peper daar hebt. (...) En ik heb ook last van tintelingen en dat soort dingen. Dus ja. Dat ik hier nog zit dat is een wonder.”

Haar omstandigheden lieten geen ruimte voor bewegen in haar leven.

Wat is het eerste dat in je opkomt bij deze verhaallijn?

Weet je er een patiënt bij te bedenken? Hoe verloopt die beweegzorgverlening?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Vertaalslag naar de zorgpraktijk

Naar aanleiding van de verzamelde ervaringsverhalen was de ROHA, een zorggroep uit Amsterdam, betrokken bij een vertaalslag naar de praktijk.⁴ We bespraken ons eigen ‘beweeg-cv’. Iedereen uit de projectgroep – twee praktijkondersteuners, twee diëtisten, twee huisartsen, de projectleider persoonsgerichte zorg en de auteur van dit werkboek – schreef eerst op welke rol bewegen, inclusief sport, op verschillende momenten in hun eigen leven heeft gespeeld én betekend. Tijdens de uitwisseling kwamen verhalen naar voren die we niet bij elkaar verwacht hadden, bijvoorbeeld over mogelijkheden en betekenissen in de jeugd of tijdens een ernstige ziekte.

Vooraf de aanvullende vraag over de betekenis bleek belangrijk, omdat hierdoor reflectie en discussie op gang kwamen. Eén van de deelnemers vertelde dat ze bij het onderwerp eten/diëten veel makkelijker de moeilijkheden van patiënten begrijpt, omdat ze die zelf ook ervaart. Tijdens het bespreken van haar beweeg-cv realiseerde ze zich ineens een verschil: bewegen is voor haar zo’n vanzelfsprekend onderdeel van haar leven, dat ze weerstand bij patiënten veel minder goed snapt. Het gesprek hielp haar inzien waar dit oordeel vandaan kwam.

Enkele projectleden gebruikten het beweeg-cv tijdens een intervisiebijeenkomst met collega’s, andere deden ervaring op in de spreekkamer door zich meer bewust te zijn van hun eigen verhaal, en eventuele oordelen, of door patiënten andere vragen te stellen, zoals de volgende citaten illustreren:

“Ik kwam erachter dat ik vooroordelen heb. Stapt er een slank persoon de spreekkamer binnen, dan denk ik dat hij wel sportief is. En van iemand met overgewicht denk ik het omgekeerde. Beide oordelen blijken niet altijd te kloppen. Sindsdien vraag ik ernaar.”

“Voor mijzelf geldt dat bewegen wel leuk moet zijn. Ik gebruikte dat ook als argument naar patiënten. Maar nu blijkt dat dit niet voor iedereen van toepassing is, vul ik het niet langer voor mensen in.”

Het format van het [beweeg-cv](#) is beschikbaar om zelf een keer in te vullen en te gebruiken als onderwerp voor intervisie of ter inspiratie voor gesprekken met patiënten.⁵

⁴ Dit hoofdstuk is een bewerking van een artikel dat is verschenen in *poh*, tijdschrift voor en door praktijkondersteuners (december 2019, pagina 7). Zie <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/25130/ben-jij-je-bewust-van-je-eigen-beweeg-cv/>.

⁵ Een online versie van het beweeg-cv is te vinden op www.rohamsterdam.nl/mijn-verhaal-jouw-verhaal-over-beweging-in-de-diabeteszorg.

5.1 Het beweeg-cv

In het beweeg-cv staat een aantal levensfasen ingevuld. Het kan best zijn dat je de fasen anders wilt benoemen, je bent vrij om dat te doen. Bedenk dat belangrijke levensgebeurtenissen, zoals een verhuizing, gaan werken, krijgen van kinderen of ziekte of het verlenen van mantelzorg, van (grote) invloed kunnen zijn op het beweeg- en sportgedrag.

Vul in wat je aan beweging hebt gedaan in je leven, verdeeld over de verschillende levensfasen. Zet er ook bij welke betekenis beweging toen voor je had en nu heeft. Onder beweging valt alles wat fysieke inspanning kost: van dagelijkse mobiliteit tot sport.

Levensfase	Beweging	Betekenis
Kind		
Puber		
Jongvolwassene		
...[zelf verder invullen]...		

5.2 Beweeg-cv: bijsluiter voor zorgverleners

Het doel van het invullen van en nadenken over je eigen beweegverhaal ('beweeg-cv') is om je bewust te worden van de rol die bewegen in jouw leven heeft, inclusief wat het voor jou betekent en welke waarde het voor jou persoonlijk heeft. Dit kan inzicht geven in verschillen met een ander en in eventuele (voor)oordelen die je hebt over beweeggedrag van patiënten. Dat draagt bij aan het beter begrijpen van patiënten. Je kunt ook samen met een patiënt zijn of haar beweegverhaal in kaart brengen of met collega's beweegverhalen uitwisselen (bijvoorbeeld tijdens intervisie) om te kijken of dat nieuwe inzichten oplevert.

Als je je eigen beweegverhaal hebt ingevuld:

- Levert dit nieuwe inzichten voor je op?
- Was/ben je je van je eigen verhaal bewust tijdens je werk, bijvoorbeeld als je met een patiënt over beweging in gesprek bent?
- Heeft jouw verhaal weleens een negatieve invloed gehad tijdens een gesprek met een patiënt? Waar kwam dat door? Was je je daar toen bewust van?
- Verwacht je dat het bewustzijn van je eigen verhaal nuttig is tijdens je werk? Of heb je daar al ervaringen mee?

Als je samen met een patiënt zijn of haar beweegverhaal hebt ingevuld:

- Wat was de aanleiding om het verhaal in te vullen?
- Hoe denk je dat de patiënt dit ervaren heeft?
- Leverde het hem/haar nieuwe inzichten op?
- Leverde het jou nieuwe inzichten op?
- Waar zitten verschillen met jouw eigen beweegverhaal? Was je je daar bewust van?
- Hoe is het gesprek vervolgens verlopen?
- Wat gaan jullie nu met dit onderwerp doen?

6. Tot slot

Het doel van dit werkboek was om bewegen een 'comfortabeler' onderwerp binnen de (diabetes)zorgverlening te maken om zo bij te dragen aan een verdere verbetering van beweegzorg en het werkplezier van zorgverleners. Dit zijn geen meetbare doelen, of ze zijn in dit werkboek in ieder geval niet meetbaar gemaakt. Het gaat meer over het op een net iets andere manier tegen beweegzorg aankijken; niet alleen vanuit de 'objectieve' houding die vaak aan zorgverlening ten grondslag ligt (denk aan *evidence based medicine* en het volgen van protocollen), maar vooral ook vanuit een meer 'subjectieve' houding, waarin bewustwording van eigen opvattingen, beweeggedrag en (voor)oordelen en reflectie op de relatie met elke individuele patiënt van belang zijn.

Misschien was dit vanzelfsprekend voor je en deed je dit al. Hopelijk heeft dit werkboek je dan nog wat extra inspiratie opgeleverd of nog iets meer inzicht gegeven door te lezen over ervaringen van andere zorgverleners of verhalen van patiënten. De kans is groot dat het niet per se vanzelfsprekend was om over je eigen beweeggedrag en opvattingen na te denken. Dit kwam in ieder geval tijdens het project met de ROHA (hoofdstuk 5) naar voren. Door er wel zelf over na te denken, op te reflecteren en met collega's over het onderwerp te praten, kwamen er nieuwe inzichten naar voren die kunnen bijdragen aan 'goede' beweegzorgverlening.

En nu?

Neem de tijd om over deze thematiek na te denken, probeer ingrediënten te gebruiken om gesprekken met patiënten te voeren, word en blijf je bewust van je eigen houding en opvattingen en wat die (onbewust) doen tijdens gesprekken met patiënten. Reflecteer hierop, bijvoorbeeld met collega's. Misschien is het ook eens interessant om over andere onderwerpen op dezelfde manier na te denken, zoals voeding, stress, medicatie of roken. Of over het onderwerp bewegen in de zorg voor mensen met een andere chronische aandoening.

Reflectie V

Wat heeft dit werkboek je gebracht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ga je iets veranderen aan de manier waarop je beweegzorg verleent?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Verantwoording

Subsidie

De realisatie van dit werkboek is mogelijk gemaakt door een Verspreidings- en implementatie Impuls (VIMP) van ZonMw (projectnummer 546002014).



Implementatieproject met de ROHA

Van januari t/m juli 2019 was een projectgroep van de ROHA betrokken bij de vertaalslag van de onderzoeksresultaten naar de praktijk. In deze samenwerking is het beweeg-cv ontwikkeld. Zie voor meer informatie: <https://www.rohamsterdam.nl/mijn-verhaal-jouw-verhaal-over-beweging-in-de-diabeteszorg/>

Betrokken partners

Bij de vertaalslag en vooral de verspreiding van dit werkboek zijn betrokken (geweest):

- ROHA, Amsterdam
- Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort
- Bas van de Goor Foundation, Papendal

Onderzoeksproject Sport in Tijden van Ziekte



De achterliggende onderzoeksresultaten zijn afkomstig uit Sport in Tijden van Ziekte (2013-2018), een project van het Amsterdam UMC (locatie VUmc) en het Mulier Instituut. Dit werk maakte deel uit van het onderzoeksprogramma Sport: Meedoen met projectnummer 328-98-001 dat (mede)gefinancierd is door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Zie www.stzverhalen.nl voor meer achtergronden, resultaten en verhalen.

Over de auteur

Mirjam Stuij, MSc. werkt als onderzoeker bij het Mulier Instituut en het Amsterdam UMC (locatie VUmc, afdeling Metamedica). Haar promotieonderzoek gaat over 'beweegzorgverlening' voor mensen met type 2 diabetes. Hiervoor verzamelde en analyseerde ze verhalen van mensen met type 2 diabetes en ervaringen van zorgverleners. Daarnaast keek en liep ze mee in de praktijk om te observeren wat goed gaat en beter kan. Doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan 'goede' zorgverlening op het gebied van bewegen. Contact: m.stuij@mulierinstituut.nl.

Bijlage 1 “Voor mij werkt bewegen als medicijn, maar niet zoals voorgeschreven”

“1 oktober vorig jaar ben ik naar de huisarts geweest en heb ik de diagnose gekregen, diabetes type 2, want ik was gewoon heel erg ziek, en, nou ja, dat was even schrikken.... Toen moest ik meteen aan de medicatie, want ja, ik bedoel, ‘je bent erfelijk belast van twee kanten, hè’ – mijn moeders kant en mijn vaders kant – ‘dus het zal wel niet anders kunnen’. Ze wilden in eerste instantie al meteen naar de insuline, maar dat vond ik niet zo'n geweldig plan, dus toen ben ik begonnen met metformine. Toen heb ik wel gesproken met de praktijkondersteuner, maar dat was het type van ‘medicijnen, dat is het beste’. Ik was dus erg teleurgesteld in, zeg maar, de officiële zorgverlening.

Toen ben ik naar alternatieven gaan zoeken via het internet, maar ook bij mijn sportschool. Toen kwam mijn sportschoolmanager met dit specifieke programma voor mij. Nou toen ben ik meteen aan de slag gegaan en de eerste dag al gelijk succes! Want ik meet dan mijn suiker voordat ik ga sporten, nou, en die was veel te hoog. Je verbrandt gewoon heel veel suikers tijdens dat uur, en toen was die na de training goed, maar hij bleef ook de volgende vierentwintig uur gewoon goed. Dus het heeft een heel erg stabiliserende werking, ook de dagen daarna. En sinds ik met die training begonnen ben, is m'n suiker ook nooit meer echt boven de 10 geweest. Binnen zes weken kon ik medicijnen gaan minderen en ik ben nu medicijnvrij. Zoals ik nu leef, leef ik weer zoals voordat ik ziek was, dat je actief bent en dat je dan gewoon alle dingen kunt doen die je wilt doen.

Ik sportte heel veel [voor mijn diagnose, ik ben] altijd actief geweest, ook omdat ik toch de aanleg heb om een beetje dik te worden. Ik had niet gedacht dat ik [diabetes] zou krijgen, omdat ik toch redelijk bezig was. Ik had dan ook al schildklierproblemen, óók erfelijk belast van twee kanten, en daardoor was ik, dat was dertien jaar terug ofzo, die diagnose, toen was ik binnen zes weken tien kilo aangekomen, omdat die [schildklier] het ineens niet meer deed. Toen was ik al naar een diëtiste geweest en ging ik al meer sporten en sinds die tijd ben ik heel bewust bezig geweest met voedsel en met sporten. [...] Ik trainde vijf keer in de week, alleen deed ik geen krachttraining. Ik ging drie keer in de week vijf kilometer hardlopen, twee keer spinnen en één of twee keer yoga erbij, dus ja, je denkt ‘ik ben goed bezig’. Ik hield me ook nog redelijk aan het Voedingscentrum. Ik snoepte wel te veel, dat is een feit, maar het was niet heel erg extreem. Ik had ook wel licht overgewicht, een BMI van 27, dus net te veel, maar niet dat je zegt van dat is van dat je op je 46ste al een diagnose diabetes krijgt. Dus daardoor was ik best wel, nou, heel erg teleurgesteld.

Het enige fundamentele wat echt veranderd is in mijn sporten, is dat ik op een gegeven moment die cardio gewoon niet meer aankon, dus daarom naar de huisarts moest. Zelfs met traplopen raakte ik al buiten adem. **Nou ja, en dan blijkt dus dat voor een goede beheersing van diabetes en ook voor het voorkomen daarvan, dat je gewoon krachttraining moet doen.** Dus mijn sportschoolmanager en ik hebben wetenschappelijk onderzoek opgezocht en daar staat gewoon een programma in voor drie keer in de week krachttraining, en dat doe ik nu. Dan gaat een specifiek hormoon, dat wordt vergroot, hè, IGF-1, ik weet niet of je dat gehoord hebt, een groeihormoon, nou, die gaat dan binnen zes weken heel erg omhoog, dat vervangt een beetje de insuline.

[Wijzend op haar papieren:] Dus hier was de diagnose: alles slecht, alle suiker heel erg hoog, dat zijn dan echt dagelijkse metingen. Toen ben ik hier krachttraining gaan doen, IGF-krachttraining, nou dan zie je dat het ervoor dertien en daarna negen komma acht is, dus meteen, na zo'n training til je het van het rood in het groen. En na een paar weken is het bijna helemaal in het groen, ja, in de middag was [mijn waarde] altijd goed.

Nuchter bleef een tijdje lastig, maar dat heb ik nu ook onder controle door één keer in de twee weken nuchter te trainen, een beetje leverreiniging. Want bij mij, als ik begin met bewegen 's morgens,

dan gaat m'n lever suiker dumpen, dus dan gaat je suiker omhoog, en als je dan een nuchtere training wegwerkt, dan is de rest van de week je lever een beetje schoongemaakt. Ik kwam daar een keer een artikel over tegen van iemand die dat gedaan had, dus ik dacht: laat ik gewoon proberen, of dat werkt bij mij. Want ja, voor hetzelfde geld, iedereen is weer anders en ook niet iedere diabeet heeft er last van dat de suiker 's morgens omhoog gaat, maar bij mij bleek dat wel het geval te zijn. Nou ja, en mijn doel is dan ook gewoon om te zorgen dat die lever een beetje schoon is en niet al te veel van dat opgeslagen suiker heeft.

Er zijn heel veel mensen die het gewoon niet weten, en die een uur lang op zo'n crosstrainer staan, drie keer in de week, en denken dat ze goed bezig zijn. Net zoals ik dacht dat ik goed bezig was, maar toch uiteindelijk heel erg ziek werd. [Nu het voor mij] sport als medicijn is geworden, in plaats van die medicatie, met bijwerkingen, doe ik drie keer een training. Dus ja, voor mij zouden meer mensen dat moeten weten, in ieder geval zorgverleners zouden moeten weten dat krachttraining de beste keuze is en dan is het aan de patiënt zelf of die het dan wel of niet dat doet. Want ja, mijn broer heeft ook suiker en mijn zus pre-diabetes. Omdat ik haar had gewaarschuwd, gaat zij nu wel naar de sportschool en dan gaat ze krachttraining doen. En hij heeft zoiets van 'ja, ik werk toch in de tuin en dat soort dingen'. Dan denk ik 'dat is niet specifiek genoeg', want ik werkte ook keihard vijf keer in de week in zo'n sportschool. Je moet echt heel specifiek deze training gaan doen. Hij heeft inderdaad dat scenario medicijnen, medicijnen, medicijnen, medicijnen, medicijnen. Hij heeft nu nog nét geen insulinespuiten, maar ja, binnen nu en een jaar ofzo zal dat ook wel aan de hand zijn. Maar ja, dat is dan de keuze van de patiënt, denk ik, hij is geïnformeerd. Maar zorg wel dat ze geïnformeerd zijn. Nu moest ik héél erg zoeken en had ik toevallig mazzel dat mijn sportschool hier ervaring mee had en een training en de wetenschappelijke onderzoeken van het IGF-1 hormoon had, want ik had er nog nooit van gehoord, moet ik zeggen, van dat hormoon.

Daarom deed ik ook mee aan [dit] onderzoek, want ik dacht, nou ja, jullie kunnen al dat soort informatie verzamelen en zorgen dat het bij zorgverleners terecht komt. Want als ik zie wat er nu bij die zorgverleners is, nou dat is echt eh... Ik heb gezien welke presentatie gegeven wordt aan trainers. Dat begint met zo'n foto van iemand die heel erg obees is, zo van: dat is je patiënt. Dan denk ik van, tja, diabeten die ik ken die zijn zo'n beetje als ik, niet licht, maar ook niet supermoddervet ofzo, het zijn gewoon gemiddelde Nederlanders en ja, die zijn gewoon ziek en die moeten hulp hebben. En als je ze goed informeert dan zijn de meeste patiënten, denk ik, wel geïnteresseerd om dat te doen. Ik doe het redelijk intensief, omdat ik gewoon heel snel ervan af wilde, maar je kunt het ook gewoon, als je dat onderzoek leest, dan is het voldoende om drie keer een rondje van tien oefeningen te doen, met tien herhalingen. Dus dan doe je tien oefeningetjes, alles tien keer herhalen, nou, dan ben je net een half uurtje bezig. Als je dat drie keer in de week doet, ja, om dan medicijnvrij te zijn, dat lijkt me het mij wel waard."

Mevrouw Borst, mei 2015

Bijlage 2 “Het vraagt te veel van me om bewegen continu als medicijn in te zetten”

“Wat deed het met mijn leven, dat wou je natuurlijk weten? Ja, je moet opletten dat je op tijd je pillen inneemt, een regelmatig, verstandig leven leidt, regelmatig eten, uitkijken met wat je eet. Dat is lastig, vind ik. Het is eigenlijk veel complexer dan alleen diabetes. Dat is ook niet leuk, maar ik heb er nog een heleboel dingen naast. En daar moet je een beetje een balans in zoeken. En is dat gelukt in die tien jaren? Nee, eigenlijk niet. Soms gaat het redelijk goed en soms gaat het helemaal niet. Waar dat dan aan ligt? Ik [werk] in de zorg, dat is best wel pittig. Ik draai onregelmatige diensten. Ik heb die bijzaken natuurlijk. Ik moet die pillen regelmatig innemen. Je moet zorgen dat je een beetje gezond eet, dat je beweegt en dat soort dingen meer. En stress. Dat zijn allemaal dingen die het lastig maken. Ik word ouder, dus ik krijg meer last van bepaalde dingen. En suikerziekte beïnvloedt ook je bloeddruk, je cholesterol en dat soort dingen. Dus als je suiker niet goed is, gaan je cholesterol en je bloeddruk ook omhoog. Nou ja, noem maar op. Dus het is gewoon één wisselwerking. En je kan natuurlijk allemaal wel pillen slikken en dat helpt wel, maar het wordt niet minder. Het wordt alleen minder als je minder stress hebt. Als je goed, gezond en regelmatig leeft en redelijk sport. Dan lukt het wel. Maar ja, met een hectisch leven, een puberende dochter, werk dat rommelt door bezuinigingen – ik ben nog niet ontslagen, maar *you never know* – dat is pittig. En je lichaam reageert daar heel erg op.

Ik probeer wel te bewegen en dat lukt me ook redelijk, naar omstandigheden, maar eigenlijk zou ik meer moeten gaan sporten. Dat heb ik gemerkt toen ik een intensief sportprogramma deed, toen mocht de helft van mijn pillen eraf. Maar ja, dan ga je wat minder sporten, dan heb je weer een heleboel dingen aan je hoofd, nou goed, dan ga je weer meer eten, dan word je weer dikker, gaat je suiker omhoog. Het blijft eigenlijk een spiraal omdat je zo goed moet opletten met alles en ja, dat gaat niet in deze maatschappij. En ik doe m'n best, maar ja. Het is lastig om de dingen goed te matchen. Dus ik heb nou niet het gevoel dat ik het onder controle heb. Het schommelt bij mij heel erg. Ik kan nuchter soms echt al heel hoog zitten en dan moet de dag nog beginnen. Als je een jachtig leven hebt, heb je eigenlijk niet echt veel tijd om rustig te bedenken wat je moet doen. Dus ik vind het *heavy*. **Je probeert er wat aan te doen, maar eigenlijk ben je niet genoeg bij machte om dat goed te regelen.** Omdat het heel scherp is, nauw komt. Ja, als je niks hoeft te doen, is het niet zo erg. Maar ik kan niet zeggen: ‘nou, vandaag voel ik me niet zo lekker, ik doe maar even niks.’ Ja, dat kan je wel doen, maar de volgende dag voel je je misschien ook niet lekker. En dan stapelen dingen op en daar raak je ook weer van in de stress en stress is weer slecht voor je suikerziekte.

Ik ga één keer in de drie maanden naar de internist. Die checkt alles en binnen tien minuten of een kwartier sta je weer buiten. Dat is op zich niet zo erg als alles goed gaat, maar bij mij gaat het niet altijd goed. Ik denk dat een verpleegkundige daar meer tijd voor heeft, hoewel tegenwoordig alles wordt wegbezuinigd, dat merken wij dus ook. Dus ik weet niet of ik [een verpleegkundige] mis, maar ik vind het wel kort, tien minuten, een kwartier. Je bespreekt de bloedwaarden, gaat op de weegschaal, ze maakt even een kort praatje, maar *that's it*. Dan zegt ze van: ‘nou, je suiker is wel hoog, ik zou toch maar een extra pilletje nemen.’ Of: ‘je moet vaker je bloeddruk meten.’ Dat soort tips. Dan denk ik van: ‘ik moet gewoon van die stress en dat soort rommel af en het maakt niet uit of je nou vaker je bloeddruk meet of dat je minder moet eten of meer moet sporten.’ Ik vind het te *basic*. Ik zou wel wat meer willen, dat ze gewoon wat meer tijd voor je hebben.

[Dat sportprogramma,] dat was zes maanden en dan ging je vet trainen, in groepsverband. Dus vier keer in de week een uur. Van alles: spinning tot zumba. Dat was best wel heftig. In het begin vond ik het helemaal niks, ik vond het vreselijk. **Ik sportte helemaal niet en dan ga je ineens vier keer in de week**

intensief trainen. Maar ik heb het wel volgehouden. Ik vond het niet leuk, maar het heeft wel behoorlijk zoden aan de dijk gezet: ik ben vet afgevallen, de helft van mijn medicatie mocht eraf.

Maar op een gegeven moment is dat programma afgelopen. Oké, je krijgt nog een paar maanden dat je gratis mag sporten, dat heb ik ook wel gedaan, maar je gaat niet vier keer in de week. Nou goed, ik heb een tijdje nog verder gesport, wel minder intensief, maar ik heb wel geleerd dat je in ieder geval twee keer in de week moet gaan sporten, anders zet het geen zoden aan de dijk. Dat heb ik wel zo'n beetje gedaan, maar dan komen er weer een hoop stressdingen bij, gaat je suiker toch weer omhoog, kom je toch weer aan, gaan dingen toch niet goed. Inmiddels ben ik van die elf kilo weer zes kilo aangekomen. Dat is natuurlijk niet goed en mijn suiker is veel te hoog. Toen ik daar klaar was met dat sportprogramma en dat abonnement was afgelopen, dacht ik: 'oké, het is heel goed, maar ik red het niet.' Nou doe ik dus twee keer in de week zumba, *low level* in het buurthuis. Ik dacht: 'als ik twee keer zumba doe, is het goed.' Ik wist wel dat het *low level* was, maar alle spieren komen aan bod. En tuurlijk moet dat intensiever, maar ik heb er de kracht en energie niet voor. Ik dacht dat dat toch wel een beetje te doen was, maar nee, dat is 'm niet. Tenminste, er moet nog wat bij. En misschien was dat andere te intensief, dat kan natuurlijk ook. [Want] wat ik toen gedaan heb was gekkenwerk. Ik heb het allemaal wel gehaald en het is hartstikke goed gelukt, maar zo kan je je leven niet inrichten. Dat is gewoon *too much*. Want je stopt er alles in en het heeft effect, daar deed ik het voor, want ik vond het helemaal niet leuk, maar het werkt als een tierelier.

Nu heb ik me dus weer aangemeld voor ook zoiets, drie keer in de week. Ik heb een intake gehad en ze gaan binnenkort weer beginnen. Ja, dat ga ik maar doen. Straks zegt de internist: 'je bent weer aangekomen, straks moet je gaan spuiten.' En ik wil gewoon niet spuiten. Want ik zit in de zorg, ik prik mensen, dus ik weet alle toeters en bellen en dat is nog *heavier* dan 's ochtends en 's avonds een pilletje nemen. Een pil lost het simpel op, je moet ze alleen niet vergeten. [Dus ik heb] wel een stok achter de deur, want ik wil geen insuline spuiten. Maar de ene keer is die stok beter en groter dan de andere keer. Soms ben je gewoon echt kapot en dan moet je ook nog een uur sporten. Soms red je dat en soms red je dat niet.

[Sport of bewegen was eigenlijk nooit een onderdeel van mijn leven voor mijn diagnose,] want ik had het veel te druk. En zolang jij geen gezondheidsklachten hebt, ga je niet sporten. Tenminste, sommige mensen vinden het leuk en krijgen er een kick van, maar zolang je geen medische dingen hebt, doet een groot deel van de mensen het niet. Of het zit in je opvoeding, weet ik veel, dan wel. Maar drie kwart van de mensen gaat niet echt regelmatig veel sporten. Pas als je gezondheidsklachten hebt, denk je: 'ik moet er wel iets aan doen.' Nee, ik heb nooit echt een sport of iets dergelijks gedaan, want ik vond het niet leuk. Ik vind het nog steeds niet leuk, maar het moet en het heeft effect en dat geeft mij een drijfveer om het te doen. Want ik vind er helemaal niks aan. Ja, vroeger heb ik badminton gedaan, dat vond ik nog wel leuk. Alleen dat is wel leuk en voor je armen is het misschien goed, maar zoals ze dat bij dat sportprogramma deden, dat was gewoon echt vet intensief sporten. Voor die tijd heb ik alleen gebadmintond omdat ik dat leuk vond en voor de rest heb ik gewoon niks gedaan.

In de zorg loop je veel, maar dat is op een andere manier sporten. Je zit eigenlijk amper op je kont, ja, bij de overdracht of als je iets moet noteren, maar als ik acht, negen uur werk, dan ben ik alleen maar aan het lopen of doen. Zitten is er niet bij. Dan zou je verwachten dat ik wel in beweging ben, maar dat is niet de beweging die je nodig hebt om calorieën te verbranden. Bewegen is goed, maar je hebt bewegen en bewegen. Of je zegt: 'ik loop naar de metro', of: 'ik ben aan het hardlopen', dat is toch weer anders. Meer gericht zal ik maar zeggen."

Mevrouw Hoekstra, voorjaar 2016

© Mulier Instituut
Utrecht, januari 2020

Mulier Instituut
sportonderzoek voor beleid en samenleving

Postbus 85445 | 3508 AK Utrecht
Herculesplein 269 | 3584 AA Utrecht
T +31 (0)30 721 02 20 | I www.mulierinstituut.nl
E info@mulierinstituut.nl | T [@mulierinstituut](https://www.mulierinstituut.nl)