

# Wetenschap&Onderzoek

## Bewegen als medicijn

### Mooie boodschap, maar was het maar zo simpel

Sport, bewegen en gezondheid zijn in onze maatschappij onlosmakelijk met elkaar verbonden. Op 8 maart 2021 promoveerde ik op een onderzoek naar bewegen als onderwerp in de zorg voor mensen met type 2 diabetes. Type 2 diabetes is een chronische aandoening die sterk is gerelateerd aan fysieke (in)activiteit, zowel in oorsprong als in oplossing. 'Bewegen als medicijn' klinkt dan als een logische stap, maar hoe pakt dat in de praktijk uit?

DOOR MIRJAM STUIJ

In het afgelopen jaar is de aandacht voor het belang van sport en bewegen voor de volksgezondheid duidelijk gegroeid. Illustratief hiervoor zijn de breed in de media verspreide oproep om van bewegen 'het nieuwe normaal' te maken, de door alle Kamerleden aangenomen motie van Marijnissen om te komen tot een plan om Nederland meer in beweging te krijgen en de boodschap van Mark Rutte tijdens een persconferentie in april 2020 dat "sport natuurlijk voor ons allemaal waanzinnig belangrijk voor onze gezondheid" is. Hoewel gericht aan ons allemaal, zitten hier vooral zorgen achter over mensen die te weinig actief zijn en/of aan leefstijl gerelateerde aandoeningen hebben, zoals type 2 diabetes.

De boodschap dat sport goed is voor de gezondheid, is verre van nieuw en datzelfde geldt voor de onderliggende zorgen. Al in 1969 constateerde de Nederlandse Sport Federatie dat het een gemiste kans was dat de overheid vrijwel geen aandacht had voor het grote belang van sport voor de publieke gezondheid. In het jaar daarop kwamen de Nederlandse sportorganisaties met een eigen sportbeleidsstuk, *Sport 70*, waarin ze stelden dat een belangrijke reden voor overheidsbemoeienis in de sport was gelegen in de preventieve functie van bewegen in relatie tot verschillende ziekten en de economische baten die dat met het oog op de productiviteit van de bevolking zou opleveren.

Interessant genoeg gebruikte de sportsector in dit document zowel 'sport' als 'bewegen', zonder een onderscheid te maken of afbakening te geven. Ook zag de sector nieuwe functies voor de sport:

"De sport krijgt nu een geheel nieuw aspect. Van een plezier voor de enkeling, geheel vrijwillig ondernomen in de vrije tijd, wordt zij een dwingende maatschappelijke noodzaak voor de handhaving van de volksgezondheid. Uit een oogpunt van beleid wordt de sport alleen al

om deze reden voor de overheden een onmisbare factor in het leven." (*Sport 70*, p. 50)

In dit citaat is een duidelijke verschuiving in de betekenis van sport zichtbaar, veroorzaakt door opvattingen over de volksgezondheid. Daarbij beargumenteerde de sportsector dat de volksgezondheid een belangrijke rechtvaardiging voor overheidsbemoeienis in de sport was.

#### Beweegnorm

De overheid nam dit argument over: in de nota *Sportbeleid* uit 1974 was 'gezondheid' naast 'vorming en zelfontplooiing' het belangrijkste doel. In de twee decennia daarna volgden beleidsstukken met meer en minder aandacht voor gezondheidsaspecten, maar vanaf eind jaren negentig werd gezondheid een overheersend element in het sportbeleid. Vanaf 1994 werd sport de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarmee werd 'sport' expliciet zichtbaar, net als de link met volksgezondheid. In de nota *Wat sport beweegt* uit 1996 werden periodieke (trend)rapportages over relaties tussen bewegen en gezondheid aangekondigd. Hieruit volgde in 2000 een eerste gekwantificeerde beweegnorm, de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, in 2017 opgevolgd door de Beweegrichtlijnen.

Vanuit gezondheidsoogpunt kwam de focus in het beleid gaandeweg echter meer te liggen op sportief bewegen en sportieve recreatie, en later op frequentie en intensiteit van bewegen, dan op sport en competitie. Daarmee trad een duidelijke verschuiving op van sportbeleid gericht op het ondersteunen van de sportsector naar een overheid die (ook) eigen doelen wilde realiseren. Deze doelen waren niet meer alleen op de leden van sportverenigingen gericht, maar op de gehele bevolking. Hierin is een ontwikkeling richting een doelgericht (instrumenteel) sportbeleid zichtbaar (met consequenties voor de sportsector).

#### Leefstijlgedrag

Ook internationaal verschenen vanaf de jaren zeventig beleidsstukken waarin fysieke inactiviteit en andere leefstijlgedragingen steeds meer als probleem voor de volksgezondheid werden beschouwd. Steeds sterker onderbouwd door epidemiologisch onderzoek kwam de focus te liggen op de preventie van leefstijlaandoeningen. Tegelijkertijd ging men in de medische en psychologische wetenschappen op een andere manier naar gedrag kijken: gedrag werd steeds minder gezien als een gevolg van biologische instincten en steeds meer als een gevolg van autonome keuzes van individuen. Dit resulteerde in een sterke nadruk op individuele verantwoordelijkheid voor leefstijlgedrag.

De onderwerpen leefstijlgedrag en individuele verantwoordelijkheid deden hun intrede in zorgbeleid, onder andere ingegeven door de noodzaak om zorgkosten te beperken. In het Nederlandse gezondheidsbeleid kreeg leefstijlgedrag, waaronder bewegen, vanaf de eeuwwisseling een prominente rol. Veelzeggend is de titel van de preventienota uit 2006, *Kiezen voor gezond leven*, waarin werd gesteld dat:

"Iedereen zijn eigen gezondheid belangrijk [vindt], maar lang niet iedereen leeft gezond. [...] Mensen kunnen voldoende bewegen, maar (slechts) minder dan de helft van de bevolking wil dagelijks een half uur bewegen. Met sporten leef je drie jaar langer." (*Kiezen voor gezond leven*, p. 11-12)

Hoewel er in de nota aandacht was voor verschillen in bewegegedrag naar bijvoorbeeld sociaaleconomische status, was de hoofdboodschap dat individuen kunnen "kiezen tussen gezond en ongezond leven". Het voorkomen van type 2 diabetes was een belangrijk speerpunt in dit beleid.

#### Ideaal

Hoewel in daaropvolgende beleidsstukken meer oog kwam voor bijvoorbeeld de

omgeving of opvoeding, is het idee dat type 2 diabetes het resultaat is van leefstijlkeuzes dominant in het gezondheidsbeleid sinds de jaren zeventig. Hoe verhoudt dit macroverhaal zich tot de ervaringen van mensen die hier direct mee te maken hebben, bijvoorbeeld omdat ze type 2 diabetes hebben? Hoe pakt 'bewegen als medicijn' uit in de spreekkamer? In mijn onderzoek tekende ik een grote variatie aan ervaringen op, waarvan ik hier een paar illustraties wil geven.

Een eerste voorbeeld is dat de algemeen geformuleerde beweegrichtlijn in het dagelijks leven niet altijd de beloofde uitwerking heeft. Zo gaf een 33-jarige vrouw aan:

"Ik voldoe ruim aan de beweegnorm: zes dagen per week fiets of wandel ik minimaal een uur stevig door en daarnaast sport ik nog driemaal per week intensief. Toch heb ik altijd het gevoel dat ik meer moet bewegen om gezond te blijven, maar kan ik dit naast een fulltimebaan fysiek en qua tijd niet opbrengen. Dit geeft me regelmatig het gevoel dat ik onvoldoende doe om mijn diabetes in de hand te houden, aangezien mijn diabetes in de loop der jaren is verergerd in plaats van verbeterd. De boodschap dat door bewegen bloedglucosewaarden verbeteren, wordt vaak als een absolute waarheid gebracht. Nu dit bij mij niet het geval is, geeft het mij het gevoel te falen."

Het ideaal van beheersbaarheid komt in de praktijk dus niet altijd uit. Zo was ook mevrouw Borst teleurgesteld dat ze, hoewel ze gemakkelijk de beweegrichtlijn haalde, toch diabetes type 2 ontwikkelde. Mevrouw Mulder vertelde dat ze tijdens haar menstruatie kon sporten wat ze wilde, zonder dat dat enig effect op haar diabetes had.

#### Haalbaarheid

Een tweede voorbeeld is dat het ideaal in praktijk niet altijd haalbaar is. Mevrouw Hoekstra ervaarde positieve effecten van een sportprogramma met intensieve begeleiding: ze viel af en kon haar medicatie

afbouwen. Na een halfjaar was dit programma echter afgelopen en merkte ze dat ze dat zelfstandig, in combinatie met een puberdochter thuis en een baan met onregelmatige diensten, niet op dat niveau kon volhouden. Ze kwam weer aan, haar medicatie moest weer worden opgehoogd en haar internist vertelde dat ze moest oppassen omdat ze anders op insuline over zou moeten – iets wat ze echt niet wilde. Toch durfde ze haar internist niet om hulp te vragen, vanwege de beperkte tijd per consult. Dat benadrukt de individuele verantwoordelijkheid.

### Meer dan een medicijn

Een derde voorbeeld is dat de sterke focus op diabetescontrole weinig ruimte laat voor bredere betekenissen van bewegen en vooral van sport, zoals plezier, prestatie en sociale aspecten. Zo waren er ook mensen die verdriet hadden, omdat ze sportieve activiteiten die voorheen belangrijk voor ze waren door fysieke complicaties van diabetes niet meer konden uitoefenen, zoals paardrijden met dochters of deelnemen aan competities. Dit leverde een zoektocht op naar wat dan wel mogelijk was, waarbij ze van hun zorgverleners weinig hulp of kennis ervoeren. “Uiteindelijk moet je het zelf uitzoeken”, aldus meneer Jansen.

### Irritatie

Een laatste voorbeeld is dat deze sterke relatie tot gevolg heeft dat mensen zich in de spreekkamer moeten verantwoorden

voor hun beweeggedrag. Dit is vastgelegd in het protocol dat zorgverleners volgen, waarin kan worden aangevinkt of iemand voldoende beweegt of niet. Deze ‘check’ in het protocol maakt het beweeggedrag een verplicht en steeds terugkomend onderwerp, in termen van hoeveel iemand doet en hoe intensief. Hoewel zowel zorgverleners als mensen met type 2 diabetes deze vragen hierdoor als gerechtvaardigd zien, leverde dit bij die laatsten ook irritatie op: “Nog even en ik ga het klooster in”, vertelde mevrouw Sital over alle leefregels die steeds weer aan bod kwamen tijdens haar consulten.

### Fricities

Deze voorbeelden laten zien dat de boodschap dat voldoende bewegen goed is voor de gezondheid, in het algemeen en

bij type 2 diabetes in het bijzonder, in de praktijk niet zo simpel is. Enerzijds gaat deze boodschap voorbij aan structurele factoren in gezondheidsverschillen, zoals ongelijkheden in inkomen, opleiding, bestaanszekerheid en genetische aanleg. Anderzijds is de relatie tussen bewegen en gezondheid geen mechanische een-op-eenrelatie, maar statistisch: meer bewegen levert een hogere kans op een betere gezondheid op. Hoe dat voor een individu uitpakt, vertelt die statistiek niet. Dat het niet voor iedereen werkt als ‘medicijn’ net zomin.

De voorbeelden die ik in dit artikel aanhaalde, laten zien dat er in de praktijk tijd en aandacht nodig is om goed ‘uit te dokteren’ op welke manier bewegen voor een individu kan helpen. Daarbij moet er

vooral ook meer ruimte komen voor de mensen voor wie het medicijn niet werkt zoals gehoopt of bij wie de toediening ingewikkeld is. Deze ruimte moet er in de spreekkamer komen, maar ook daarbuiten. Meer aandacht voor de fricties tussen de hoge verwachtingen ten aanzien van bewegen als oplossing en de praktische moeilijkheden of tegenstrijdigheden in het dagelijks leven, waarvan ik hier maar een klein stukje heb laten zien, is daarbij cruciaal. ●

Mirjam Stuij is onderzoeker bij het Mulier Instituut. Dit artikel is gebaseerd op studies uit haar proefschrift *Physical activity in type 2 diabetes care. A critical narrative study*.

