

Is sport en bewegen een overschat medicijn bij chronische ziekte?

Door Mirjam Stuij (Mulier Instituut)

Oei. In [mijn vorige bijdrage](#) voor Sportexpert had ik het over goede voornemens op het gebied van gedragsverandering en noemde ik mijn eigen plan om aan pilates te beginnen. Om mijn spieren te versterken en zo mijn ervaren gezondheid te vergroten. Het goede nieuws: ik ben begonnen. Het minder goede nieuws: ik ben ook ('tijdelijk') weer gestopt. Waar dat aan ligt? Tja. Gebrek aan tijd, andere prioriteiten, ik weet het niet. Ik denk nog steeds dat het zinvol is om te gaan doen en vond het ook best leuk, maar blijkbaar vind ik het erg lastig in mijn leven in te passen. Dat is confronterend voor mijzelf. Maar dat brengt me ook bij vragen over de werkzaamheid van sport/bewegen als medicijn, vooral als het gaat over de toediening ervan.

Toevallig ging ik onlangs tijdens het '[Kenniscafé Sport Live – Luister je wel??](#)' met collega-wetenschappers, patiënten en professionals uit de zorg en de sport in gesprek over dit soort vragen. Aanleiding was het lopende onderzoek Sport in Tijden van Ziekte (www.stzverhalen.nl), een onderzoek naar (onder andere) naar de zorgverlening op het gebied van sport/bewegen voor mensen met diabetes, depressie, borstkanker of hiv. Uit verhalen die ik met collega's voor dit project verzamel, komt een heel divers beeld naar voren: van voorbeelden waarin sport inderdaad een goed medicijn is tot voorbeelden waarin een ziekte ervoor zorgt dat iemand een favoriete sport juist niet meer kan beoefenen. Het vinden van een goede manier van 'toediening' is dan een stuk lastiger, blijkt uit die verhalen.

Daarnaast zijn er nog verhalen waarin voor bewegen überhaupt geen ruimte in de spreekkamer is; vanuit de kant van de patiënt omdat die te veel andere zorgen heeft of vanuit de kant van de zorgverlener. Die laatste variant werd tijdens het Kenniscafé onderstreept door verhalen van twee ervaringsdeskundigen: een vrouw met borstkanker en een vrouw met diabetes die beiden van hun zorgverleners op dit gebied geen hulp kregen. Jammer, want daar hadden ze wel behoefte aan. Zij zijn daarom zelf maar op zoek gegaan. Van sport als 'goed toegediend medicijn' was dus geen sprake.

'Couch potato'

Een groot gedeelte van de discussie ging echter over patiënten die moeilijk zijn te motiveren om te gaan sporten/bewegen. De term '*couch potato*' kwam in dit verband veelvuldig voorbij. Op de stelling dat het heel jammer is dat je mensen die vastzitten in een ongezond patroon niet kunt verplichten tot bewegen, werd dan ook fel gereageerd. Een zorgverlener gaf aan dat ze snapte dat dat niet kan, maar dat ze dat vaak wel frustrerend vindt en daarom eigenlijk wel graag zou *willen* kunnen. Een ander opperde het invoeren van een APK voor mensen: 'het is gek dat we verplicht zijn om jaarlijks onze auto te laten controleren, maar niet ons lichaam'. Ingewikkelde kwesties, die nauw raken aan vraagstukken over autonomie – de keuzevrijheid – van mensen: kun je iemand verplichten tot 'medicatie'? Deze kwesties werden tijdens het Kenniscafé overigens niet beslecht.

Want een ander punt dat meermaals aan bod kwam, was het belang van vroege sportervaringen. Een van de deelnemers verwoordde dat mooi: 'ik ben gelukkig aan de chocoladekant van het koekje geboren'. Zij benadrukte wat ook keer op keer uit onderzoek naar voren komt: positieve sport- en beweegervaringen in de (vroege) jeugd, vormen een belangrijke basis voor toekomstig beweeggedrag. Dat geldt overigens voor gezondheidsvaardigheden in bredere zin. Als je ooit eerder plezier hebt ervaren tijdens sportieve activiteiten, is het gemakkelijker om weer iets op te pakken dan wanneer je die ervaringen niet hebt. Om over negatieve eerdere ervaringen maar te zwijgen. Dat maakt het 'toedienen' van sport als medicijn in de zorgpraktijk vaak lastig, want daar zijn ook veel patiënten zonder die positieve ervaringen.

Medicijn

Dat brengt mij bij de laatste stelling die tijdens het Kenniscafé werd geponereerd: 'sport en bewegen is een overschat medicijn bij chronische ziekte'. Veel mensen bleken het daar niet mee eens. Misschien niet verwonderlijk, omdat een groot deel werkzaam is in de sport en/of zelf affiniteit heeft met sport/bewegen. Zelf stak ik, met nog een paar anderen, een groen kaartje de lucht in: ik heb wel wat argumenten om het met de stelling eens te zijn. Hoewel ik vermoed dat ik me op een website als sportexpert.nl in het hol van de leeuw begeef met deze mening, wil ik graag mijn overwegingen met u delen.

Laat me voorop stellen dat ik sport/bewegen een belangrijk onderwerp vind voor de zorg. En dat ik absoluut voor goede zorg op dit gebied ben, voor iedere patiënt. Daarbij denk ik ook dat er binnen de zorgcontext nog een grote groep zorgverleners is die de potentiële werking van sport en bewegen als medicijn voor mensen met een chronische ziekte lijkt te onderschatten. Daar valt nog wel wat te winnen. Maar, u voelt het vast aankomen, ik heb een paar kanttekeningen.

De eerste is dat onlangs uit een langlopend onderzoek onder bijna 5.000 vrouwen naar voren kwam dat de meeste inactieven na een diagnose met een chronische ziekte, uiteindelijk niet actiever werden (Dontje et al. 2016). Blijkbaar is, alle inspanningen ten spijt, de juiste manier van toediening niet gemakkelijk te bepalen. De praktijk blijkt weerbarstig.

De tweede gaat over de vraag wat goede zorg inhoudt. Horstman en Houtepen schrijven daar mooi over in hun boek *Worstelen met gezond leven* (2005). Mensen geven verschillende betekenissen aan gezondheid en gezond leven en de auteurs pleiten ervoor om die verschillende betekenissen de ruimte te geven:

'Mensen leven niet in een laboratorium en (...) bewegen is meer dan 'calorieën verbruiken'. (...) We hopen [dat] professionals het leven niet zonder meer ondergeschikt maken aan de leer.' (213-214)

Dokteren

Idealiter bepalen patiënt en zorgverlener samen wat goede zorg is. Medisch filosoof Annemarie Mol (2006) noemt dit met een mooi woord 'dokteren': samen zoeken naar de zorg die het beste past bij iemands manier van leven. Als bewegen daar (op een bepaald moment) niet in past, lijkt het me zinniger om (al dan niet tijdelijk) verder te kijken.

De derde kanttekening is dat een goed werkzaam medicijn, naast duidelijkheid over de wijze van toediening, helderheid over de dosering impliceert. En ook dat blijkt in de praktijk niet het geval te zijn. De Gezondheidsraad buigt zich momenteel over nieuwe normen voor gezond bewegen (Gezondheidsraad 2015:15). Blijkbaar is er niet meer voldoende consensus over de oude. Maar ook in verhalen binnen het onderzoek Sport in Tijden van Ziekte komt dit punt terug. Zo is 'Linda', een 46-jarige vrouw met type 2 diabetes, zelf op zoek gegaan toen ze merkte dat voldoen aan de beweegnorm niet genoeg was om haar diabetes onder controle te houden en haar zorgverleners haar daar niet bij konden of wilden helpen. Ze kwam uiteindelijk uit op een specifiek programma met krachttraining en is inmiddels weer medicijnvrij (lees hier haar volledige verhaal). Blijkbaar is er geen *one size fits all*.

Beweegnorm

En, tot slot, een vierde punt gaat over de haalbaarheid van de (huidige) beweegnorm, de meest gangbare maat voor de dosering. Dertig minuten matig intensief bewegen, vijf dagen per week, is veel, zeker als je vanaf (bijna) nul moet beginnen. Daar komt de chocoladekant van het koekje weer terug. Veel diabeteszorgverleners die ik heb gesproken gaven aan dat ze gaandeweg hebben geleerd dat kleine stapjes ook stapjes zijn. Daarmee nuanceren ze de richtlijn. En dat geluid is ook in de wetenschap te horen. Zo pleit Souto Barreto (2015) er voor om bij inactieve mensen te streven naar 'een beetje meer activiteit' in plaats van het behalen van de beweegnorm, omdat die laatste nogal ontmoedigend kan werken. Hij geeft aan dat dit niet de meest optimale hoeveelheid beweging is vanuit gezondheidsoogpunt, maar wel veel haalbaarder. Hoewel hij daar aan toevoegt dat er nog niet voldoende informatie is over *hoe* dat dan moet.

'Wij van de sport adviseren de sport', aldus een aanwezige tijdens het Kenniscafé. Vanuit dat perspectief worden sport en bewegen nogal eens gemakkelijk als alom bruikbaar en toepasbaar medicijn bij chronische ziekte voorgesteld. Maar zo ver zijn we volgens mij nog lang niet. Als we daar al naar moeten willen streven. Maar daar ga ik graag met u over in discussie!

Reageren? m.stuij@mulierinstituut.nl.

Referenties

Dontje, M.L., Krijnen, W.P., De Greef, M.H.G., Peeters, G.G.M.E.E., Stolk, R.P., Van der Schans, C.P. & Brown, W.J. (2016). Effect of diagnosis with a chronic disease on physical activity behavior in middle-aged women. *Preventive Medicine*, 83: 56-62.

Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Horstman, K. & Houtepen, R. (2005). *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam: Spinhuis.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.

Souto Barreto, P, de (2015). Global health agenda on non-communicable diseases: has WHO set a smart goal for physical activity? *BMJ*, 350: h23. doi: 10.1136/bmj.h23.

Mirjam Stuij is onderzoeker bij het Mulier Instituut en promovendus aan het VU medisch centrum. Ze is geïnteresseerd in betekenissen die mensen geven aan sport, gezondheid en hun lichaam en heeft zich onder andere beziggehouden met daaraan gerelateerde onderwerpen als overgewicht, zelfdiscipline en sportsocialisatie in verschillende sociale klassen. Momenteel doet ze onderzoek naar betekenissen van bewegen en sport voor mensen met diabetes en de zorgverlening op dit gebied (www.stzverhalen.nl).