

BEWEGEN BIJ LONGZIEKTEN: SPANNINGSVELD TUSSEN KUNNEN EN DOEN

Dat een lichamelijk actief leven leiden goed voor de mens is – ongeacht de aanwezigheid van ziekte – is inmiddels algemeen bekend. Maar wat betekent voldoende beweging nu specifiek voor mensen met luchtwegaandoeningen, en hoe kan dit worden vormgegeven? Fysiotherapeut en bewegingswetenschapper dr. Alex van 't Hul (Radboudumc) laat zien dat dit nog niet zo eenvoudig is.

De Beweegrichtlijn stelt dat wekelijks 150 minuten matig-intensief bewegen nodig is om zo gezond mogelijk te blijven.¹ Dat geldt voor mensen zonder een bepaalde aandoening. “Voor mensen met een ziekte die hen beperkt in de mogelijkheden om te bewegen zijn dergelijke doelen vaak niet eens haalbaar”, aldus Van 't Hul. “Wat deze mensen qua beweegadvies geboden zou moeten worden weten we eigenlijk niet goed.” Dit wordt in de praktijk vaak ‘opgelost’ door mensen mee te geven dat ze dan maar zoveel als ze kunnen moeten bewegen. Volgens Van 't Hul is dit advies mede zo algemeen, omdat bij deze groep onbekend is hoeveel volume en welke beweegintensiteit nodig is om voordeel van fysieke inspanning te hebben. “Daarnaast zou het wel eens heel persoonlijk kunnen zijn wat een individu aan beweging nodig heeft.” Hij haalt de zogenoemde bedruststudies aan die het effect van gewichtloosheid onderzochten bij ruimtevaarders. “Die onder-

“Het lukraak geven van een beweegadvies is niet zinvol”

zoeken leverden veel informatie op over wat er gebeurt als je mensen inactief maakt. Er blijken gigantische verschillen tussen mensen te zijn als ze zes weken nauwelijks fysiek actief zijn. Zo kan er enorm spierverlies optreden, maar zeker niet bij iedereen. Het ligt in de lijn der verwachting dat als je de situatie omkeert, dus wanneer je mensen aanzet tot actief bewegen, dergelijke verschillen zich ook zullen voordoen.”

FYSIEK FUNCTIONEREN VALT UITEEN IN TWEE ASPECTEN

Aanknopingspunten voor een meer op de persoon afgestemd advies liggen besloten in het fysiek functioneren van de mensen, stelt Van 't Hul. “Vaak is dat het eerste waar mensen mee bij de dokter komen. Men komt niet zo makkelijk de trap meer op of raakt sneller vermoeid bij inspanning.” Het fysiek functioneren valt in twee aspecten uiteen: enerzijds de fysieke capaciteit (wat mensen kunnen) en anderzijds wat mensen doen. Dit biedt een handig steuntje als het gaat om het geven van adviezen ter verbetering van het fysiek functioneren. “Op basis hiervan kunnen we mensen in vier ‘vakjes’ verdelen en komen we meer in de richting van gepersonaliseerde beweegadviezen (zie figuur 1, pagina 14).”² Van 't Hul stelt dat op deze manier



Alex van 't Hul

gericht kan worden bekeken of er meer moet worden ingezet op het fysieke kunnen of dat het meer draait om de vraag hoe mensen beweging in hun dagelijks leven kunnen toepassen. Hoewel het door middel van een trainingsprogramma vrij goed lukt om mensen fysiek sterker te maken, is nog niet geheel duidelijk wat een dergelijk advies oplevert qua beweeggedrag. “Het is namelijk heel lastig om bewegen in het dagelijks leven te integreren. Daarvoor is ook geen inspanningsfysioloog nodig, maar een gedragswetenschapper. Het gaat hierbij echt over hoe en waarom mensen zich op een bepaalde manier gedragen, en hoe dat veranderd kan worden.”



Figuur 1 • Fysiek functioneren verdeeld naar kunnen en doen²

KUNNEN EN DOEN: EEN UITDAGING

Van 't Hul benadrukt de ruimte die er bestaat tussen wat mensen zeggen dat ze doen en wat ze daadwerkelijk doen qua bewegen. "We weten allemaal dat daar vaak een forse discrepantie tussen bestaat. Daarom is het lukraak geven van een beweegadvies ook niet zinvol. Er wordt veel te eenvoudig gedacht over preventie; alsof mensen dat altijd strikt opvolgen. Dat is gewoon niet zo." Hij pleit er dan ook voor om mensen een 6-minutenlooptest (6MWD) te laten doen en een stappenteller voor een week mee te geven. "En wat zien we dan? Dat er vaak niets terecht komt van goede intenties. Blijkbaar zijn we nog steeds niet in staat om structureel bewegen voor longpatiënten in de praktijk handen en voeten te geven."

TYPE LONGZIEKTE BELANGRIJK

De mogelijkheden die beweegzorg

biedt verschilt per type aandoening, aldus van 't Hul. "Voor mensen met interstitiële longziekte (ILD) is dat minder dan bij mensen met astma en chronische obstructieve longziekte (COPD). Mensen met ILD zijn echt fors beperkt door hun longziekte en gaan soms per maand al achteruit. Nu er meer behandelmogelijkheden komen voor ILD verandert dat wellicht ten goede. Dat geldt trouwens ook voor mensen met pulmonale hypertensie (PH)." Mensen die van nature graag sporten blijven dat overigens meestal wel doen, of ze nu een aandoening hebben of niet, weet Van 't Hul. "Bij gelijke ernst van longziekte zijn deze mensen beter af dan degenen die niet bewegen. We zien bij deze laatste groep dat er vaker somberheidsgevoelens en isolement ontstaan. Sommigen komen niet verder dan 1.200 stappen per week, terwijl ze veel meer zouden kunnen."

PRAKTISCHE AANPAK

Van 't Hul en zijn collega's meten bij elke doorverwezen patiënt met astma en COPD waar zij fysiek toe in staat zijn. "In welk vakje van het fysiek functioneren verdeeld naar kunnen en doen past iemand? Dat wordt besproken met de patiënt en vervolgens bekijken we welke aangrijpingspunten er zijn. Is dat helder, dan gaan we in gesprek met de patiënt en wordt gezamenlijk beslist wat diegene gaat doen. Hierbij speelt de longverpleegkundige een belangrijke rol." Als is besloten dat de patiënt met bewegen aan de slag gaat, wordt tevens afgesproken hoe dat wordt gedaan: alleen of met hulp. Dat kan betekenen dat iemand onder begeleiding van een fysiotherapeut of ergotherapeut gaat bewegen, maar ook dat er een psycholoog bij wordt betrokken. "Dit is een heel gepersonaliseerd traject, om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de mogelijkheden van de patiënt. Soms is het zo dat het hele beweegdeel één element is van een combinatie van aangrijpingspunten in een behandeling, zoals bij multidisciplinaire longrevalidatie. Echter, deze aanpak wordt nog bij te weinig patiënten ingezet; dat kan en moet echt veel beter." * ●

*Eventuele vergoeding van revalidatie verschilt per zorgverzekeraar en polis.

REFERENTIES

1. Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Te raadplegen via <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>.
2. Van 't Hul A, et al. Fysiotherapie bij COPD helpt, maar blijft vaak onbenut. Huisarts Wet 2019;62:34-7.