

In hoeverre hardlopen specifieke effecten heeft die niet optreden bij krachttraining of behendigheidssporten, staat nog steeds ter discussie. Vrij zeker is dat andere duursporten, zoals wielrennen, vergelijkbare effecten hebben als hardlopen.

De wetenschappelijke evidence voor runningtherapie is relatief zwak, maar dit hoeft de toepassing niet in de weg te staan. Met name naar de werkzaamheid tegen een terugval na een eerdere depressieve episode is weinig onderzoek gedaan, net als naar de preventieve functie die runningtherapie kan hebben voor mensen die wel een duidelijk risico op depressie hebben, maar nog nooit daadwerkelijk ten prooi zijn gevallen aan deze ziekte. Ook naar specifieke populaties als jongeren of bejaarden is nader onderzoek gewenst.

Naar ons idee is er nog geen enkel gedegen onderzoek gepubliceerd naar de mogelijkheden om met behulp van runningtherapie het stoppen met bepaalde medicamenten en/of drugs te vergemakkelijken. Bij veel gebruikers van antidepressiva bestaat er wel een duidelijke behoefte aan ondersteuning bij hun pogingen deze middelen af te bouwen.

Literatuur

- 1 Mead GE, Morley W, Campbell P, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4): CD004366.
- 2 Have M ten, Graaf R de, Monshouwer K. Sporten en psychische gezondheid: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 3 Stammen R, Spijker J. Fysieke training bij depressie; een overzicht. *Tijdschr Psychiatr* 2009;51(1): 822-30.
- 4 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn depressie 2005. Richtlijn voor de diagnose en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: CBO, 2005.
- 5 Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007;69(7):587-96.
- 6 Bakker B, Woertom S van. Runningtherapie: Het standaardwerk voor lopers en professionals. Amsterdam: De Arbeiderspers, 2008.
- 7 Jong K de, Bakker B. Verandering. Amsterdam: Paradigma, 2009.

Het morele belang van bewegingsvrijheid

Kanttekeningen bij de medicalisering en psychologisering van bewegen.

Mevr. prof. dr. K. Horstman¹ en mevr. dr. J. Slatman²

¹Hoogleraar Filosofie van Public Health, afdeling Health, Ethics and Society, Researchschool CAPHRI Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

²Universitair docent, afdeling Health, Ethics and Society, Researchschool CAPHRI Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

Samenvatting

De beweegtrend en de processen van medicalisering en psychologisering van bewegen leggen aan de moderne mens abstracte normen en verantwoordelijkheden op waaraan vallen niet voldoen. In dit artikel analyseren wij deze verschijnselen als uitdrukking van een cartesiaans perspectief op lichaam en geest: de geest (informatie en motivatie) moet het lichaam als een soort machine disciplineren en in beweging zetten. Deze denkstijl doet geen recht aan de 'belichaamde identiteit' van mensen. Bewegingsprogramma's die de bewegingsvrijheid willen vergroten, moeten er niet naar streven het 'niet-competente' lichaam te sturen vanuit abstracte normen, maar moeten de 'belichaamde identiteit' en de concrete lichamelijke competenties van mensen als uitgangspunt nemen.

Inleiding

Bewegen is een hype. Tegen de achtergrond van zorgen over overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten enzovoort wordt alom aanbevolen om meer te gaan bewegen. Van 'gominutenbewegen' voor volwassenen tot 'beweegkriebels' voor kinderen, van Nederland Fleist tot de nationale raslooppoel –

er valt moeilijk te ontkomen aan de nationale oproep om meer te gaan bewegen. Zelfs op het werk is er steeds meer aandacht voor bewegen, er verschijnen fitnessruimtes op kantoor en het hele team gaat lunchwandelen. De oproep om meer te gaan bewegen wordt aangekleed met wetenschappelijke argumenten over het 'effect' van meer bewegen op de risico's van diabetes, hart- en vaatziekten,

depressie en andere aandoeeningen. Wij zullen niet ingaan op de waarde van deze wetenschappelijke claims, die betrekkelijk contro-versieel zijn en niet erg robuust. In deze bijdrage analyseren wij de oproep tot bewegingen als motiefle appel. In het kader van de pogingen een gezonde leefstijl te propageren ontstaat een nieuwe bewegingsmoraal, met nieuwe normen en verwachtingen over de manier waarop mensen hun leven moeten inrichten en over wat ze als prettig moeten ervaren. Bewegen in zijn alledaagheid is 'goed' op een triviale manier, zoals lüsteren, kijken en denken ook 'goed' zijn. De nieuwe bewegingsmoraal ontdoet bewegen juist van die alledaagsheid. Wij willen laten zien welke veronderstellingen daarbij een rol spelen, hoe die veronderstellingen een rol spelen in bewegingsprogramma's en wat zij betekenen voor de ruimte en de 'bewegingsvrijheid' die mensen gegund wordt om te kunnen bewegen.

Moraliseren van bewegen

De beweging heeft wel zo ongeveer zijn hoogtepunt bereikt, maar de moralisering van bewegen is van betrekkelijk recente datum. In het kader van een onderzoek naar de preventie van hart- en vaatziekten² spraken wij tussen 2002 en 2004 met mensen die participeren in een scala aan interventies gericht op stoppen met roken, minder vet eten en meer bewegen. Het was intrigerend te horen welke kleurrijke verhalen mensen vertelden over roken en gewicht, over genot, gezelligheid en stress, over sigaretten- en margarine merken, prijzen en verpakkingen, weegschalen, kilo's en BMI. Mensen reconstrueerden hun geschiedenis niet zelden in termen van een breuk: 'En toen heb ik nooit meer een sigaret aangeraakt', of in termen van steeds opnieuw beginnen – met stoppen met roken of met afvallen. De verhalen getuigden van normen, maar niet per definitie de normen van de preventieprogramma's: 'Roken is niet gezond, maar die grote weg hier voor het ik heel gezond'. Met andere woorden, mensen hadden diverse talen om over roken of eten te spreken en ervaringen uit te wisselen, en de taal van gezondheid was daar één van. Over bewegen echter bleek men snel uitgespraat. Sommigen vertelden weliswaar van een geschiedenis van 'sporten' – 'Ik heb altijd ge-

zwommen' – maar zij verbonden bewegen niet met genot, liefdesverdielt, heldhaftig stoppen en weer beginnen enzovoort. Ook werd bewegen niet sterk verbonden met een norm, en mensen werden dus niet vanuit die norm beoordeeld. Juist omdat bewegen getreurd was in het alledaagse leven, was er amper een taal van bewegen, geen norm voor veel of weinig, voor goed of fout.

Dit gebrek aan spreken over bewegen kan gezien worden als een teken dat, terwijl roken en eten al veel langer gemoraliseerd zijn, de alledaagse moralisering van bewegen pas kort geleden begonnen is. Er is natuurlijk een lange traditie van normen en beelden, zoals 'een gezonde geest in een gezond lichaam', maar men bracht deze normen niet in verband met het alledaagse bewegen. Als iedereen voorziet is van een stappenplan, kan men zichzelf en elkaar bevragen op de dagprestaties en de gemiddelde prestaties, en kan men zich gaan schamen als men onder de norm presteert.

Medicaliseren en psychologiseren

Het proces van moraliseren van bewegen loopt via twee schakels: aan de ene kant via de medicalisering van bewegen, aan de andere kant via de psychologisering van bewegen.

Medicalisering betekent dat 'gewone' verschijnselen onder een professioneel medisch regime worden gebracht, dat wil zeggen als medisch probleem worden geformuleerd.³ Geboorte en dood, drukke kinderen, vegeet-achtige ouders – steeds meer vormen van dagelijks leven worden door een medische bril bekeken. Medicalisering impliceert dat een medische norm dominant wordt en dat op basis van die norm sociale uitsluiting gaat plaatsvinden. Een oudere krijtje geen rijbewijs dan na een medisch onderzoek, het recht op extra examenfaciliteiten op de middelbare school wordt afhankelijk van een medische diagnose. Met andere woorden, alledaagse fenomenen worden getransformeerd tot 'ziekte', 'pathologie' of 'gezondheidsrisico' en worden steeds meer vanuit het perspectief van ziekte en gezondheid bekeken.

Ook de groeiende aandacht voor bewegen kan als een proces van medicalisering worden opgevat vanwege de eenzijdige nadruk in de beweging op de bijdrage die bewegen kan

leveren aan de gezondheid. Mensen krijgen een bewegingsadvies op medische indicatie, als er medische risico's zijn vastgesteld, en worden begeleid door medische en paramedische professionals, van huisarts tot sportarts tot fysiotherapeut. Weliswaar wordt inmiddels ook wel gewezen op de sociale voordelen van bewegen – gezellig samen – maar de primaire ingang blijft 'ziekte en gezondheid'. Andere intrinsieke betekenissen van bewegen, en associaties met natuur, muziek of kunst, raken allemaal verdrongen door de dominante verbinding van bewegen met gezondheid. De vraag of bewegen fijn is en of iemand er zin in heeft, doet er hoogstens in tweedelijnde toe: bewegen is gezond en dus moet het.

Naast deze medicalisering zien we ook een proces van psychologisering. Om mensen meer te laten bewegen doet men voornamelijk een beroep op de cognitieve vermogens. Ten eerste worden mensen overladen met informatie over hoe goed (meest) bewegen wel is voor de gezondheid. Gezondheidsvoorlichters presenteren ons allerlei feiten over gezond gedrag. Meer bewegen begint klaarblijkelijk met kennis en begrip. Maar daarmee zijn we er nog niet. Veel mensen die volgens de bewegingsnorm te weinig bewegen weten best wat voordelen van meer bewegen zouden kunnen zijn, maar daarom gaan ze het nog niet doen. Daarom zien we dat er naast informatieoverdracht tegenwoordig steeds meer nadruk wordt gelegd op motivatie: het informatiemodel van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding verschuift naar een motivaatiemodel. Een 'motivaational interview' hoort nu standaard bij de intake van verschillende beweginginterventies. Als je *begrijft* dat je meer moet bewegen en je bent *gemotiveerd*, dan moet het lukken om je leefstijl te veranderen.

Deze medicalisering en psychologisering van bewegen hangen samen met een specifieke manier van denken over het lichaam, een specifieke koppeling tussen lichaam en geest – met andere woorden, een specifiek lichaamsparadigma.⁴ Bewegen wordt primair beschreven als een gedragsverandering, waarbij de geest het lichaam als het ware in beweging moet zetten. Het zijn onder andere de beperkingen van dit lichaamsparadigma die medicalisering en psychologisering in de hand werken.

Lichaam en geest

Veel mensen denken dat een lichaam nu eenmaal een lichaam is, een organisme dat op een bepaalde manier functioneert en waar we door wetenschappelijk onderzoek steeds meer van weten. Toch gaat dit maar gedeeltelijk op. Hoe er binnen de wetenschap over het lichaam gedacht wordt, wordt niet enkel bepaald door voortschrijdend wetenschappelijk inzicht, maar ook, en misschien wel vooral, door ideeën vanuit cultuur, religie en filosofie. Om het lichaamsparadigma te verduidelijken dat momenteel dominant is, zullen we het allereerst plaatsen in de westerse wetenschapsgeschiedenis.

Het lichaamsparadigma dat ten grondslag ligt aan hedendaagse beweginginterventies houdt in dat het lichaam door wilskracht te disciplineren is. De geest moet het lichaam zijn wil opleggen: 'Het lichaam is te dik, het beweegt te weinig, het moet dunner worden en daarvoor door kennis en motivatie in beweging gezet worden.' Het lichaam moet gezamenlijk aan de geest. Deze opvatting over de verhouding tussen lichaam en geest doet denken de hele westerse cultuur en wetenschap, maar heeft niet altijd op deze manier betraan. Het idee van de geest die het lichaam regeert of zou moeten regeren, is oud. Reeds de oude Grieken gingen ervan uit dat mensen eigenlijk een soort dubbelwezens zijn die zowel een geest als een lichaam hebben, maar zij gingen er ook van uit dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Die intrinsieke verbondenheid is in de loop van de geschiedenis steeds minder duidelijk geworden. Met de opkomst van de moderne wetenschappen in de zeventiende eeuw werd het lichaam geheel losgeweekt van de geest.⁵ Descartes stelde dat lichaam en ziel twee radical verschillende substanties zijn, waarbij het lichaam een soort machine is en de geest de rationale wil is. De cartesiaanse metafoer van het lichaam als machine is aantrekkelijk, omdat die inhoudt dat we het lichaam kunnen ontleden, analyseren en be-grijpen, en dat we het door voortschrijdend inzicht steeds 'beter' kunnen maken. Het lichaam als machine, als ding, is maakbaar. De lichaamsdiscipline die in die context is ontstaan, heeft sinds de zeventiende eeuw een hoge vlucht genomen. Volgens de filosoof Foucault is het daardoor mogelijk geworden dat lichamen op een zodanige wijze geor-

worden dat ze in principe altijd zichtbaar zijn en dus altijd onder toezicht staan, want discussieplanning veronderstelt toezicht. Hij geeft daarbij het voorbeeld van de overgang van het voornodeme catchot, een donker hol waar crimineel onzichtbaar waren, naar de moderne gewangenis – het panopticon ('pan-optisch' = overal zichtbaar) – waarin criminelen altijd zichtbaar zijn zonder dat ze zelf zien dat ze bekeken worden. Het panoptische principe is echter niet beperkt gebleven tot het gewangeniswezen, maar doordringt onze gehele samenleving. Er worden allerlei manieren van toezicht en registratie toegepast om gedragingen te beïnvloeden, variërend van cameratoezicht om potentiële reisdiefters in toom te houden tot digitale informatiesystemen om risico's op te sporen. Het lijkt erop dat wij ons in naam van belangrijke maatschappelijke waarden zoals veiligheid en gezondheid met 'graagge' onderwerpen aan het panopticon. Panoptisch toezicht wordt heel vaak helemaal niet als vervelend ervaren.

Ook bij bewegingsinterventies gaat men ervan uit dat deelnemers zich graag – uit naam van de heersende norm van gezondheid – onderwerpen aan een soort panopticon waarin ze zichzelf kunnen disciplineren zodat hun gewicht en BMI kunnen 'normaliseren'. Het panoptische toezicht kan gewonnen worden door een coach of een leefstijladviseur, of door technologische snuffjes, zoals apparaten die bijhouden hoeveel calorieën je verbrandt, hoeveel stappen je per dag stapt, of je inderdaad je programma wel afwerkt, wat je verpercentage is enzovoort. Het probleem met dit soort methoden en technieken is dat ze primair appelleren aan de geest: aan kennis en motivatie. Men wordt aangespoorden als een verstandig – goed geïnformeerd en goed gemotiveerd – wezen dat een lichaam heeft, en dat op een verstandige wijze met dit lichaam moet omgaan. De benadering van het lichaam als machine, als ding, grijpt echter slechts aan op één aspect van ons lichamenlijk bestaan.

Identiteit: voorbij de tegenstelling tussen lichaam en geest

Mensen kunnen hun lichaam inderdaad ervaren als een machine. Deze ervaring is de ervaring van een lichaam *hebben*, een lichaam

waarvan je afstand kunt nemen, dat te ontleden en te meten is, en te reduceren tot meetbare kwantificeerbare determinanten zoals BMI, gewicht of bloedsuikerspiegel. Echter, als mensen hun eigen lichaam waarnemen en ervaren, dan is dat niet alleen maar als iets dat ze *hebben*. Het lichaam mag dan een manipuleerbaar ding zijn, het is wel een bijzonder 'ding' omdat het ook zichzelf van binnenuit kan voelen. Het lichaam is niet alleen iets dat we hebben en dat we met ons meezellen. We zijn ook ons lichaam. Dit is een ervaring van onvervreemdbaar zijn van je eigen lichaam.

Deze ervaring van 'je lichaam zijn' wordt veelal beschreven in termen van 'sense of ownership' en 'sense of agency'.⁷ Als ik mezelf aanraak of als mijn lichaam door iets of iemand anders wordt aangeraakt, voel ik dat het mijn lichaam is. Als ik iemand een hand geef, voel ik precies wat mijn hand is en wat de hand van de ander ('sense of ownership'). Als ik een bepaalde activiteit ondernem, dan voel ik fysiek dat ik degene ben die deze handelingen verricht en niet iemand anders ('sense of agency').

De ervaring van 'je lichaam zijn' impliceert dat je zowel je lichaam als al je handelingen als eigen, als van jezelf, ervaart. Deze ervaring van 'je lichaam zijn' vervangt de ervaring van een lichaam hebben niet. Het kenmerkende van de ervaring van je eigen lichaam is dat die tweeledig is: je kunt je lichaam ervaren als iets dat je hebt en als iets dat je bent. Deze twee verschillende ervaringen – hebben en zijn – komen samen op het moment dat we ons met ons eigen lichaam identificeren. Zoals je in de spiegel naar je eigen buitenkant kijkt en kunt zeggen: 'Dit ben ik'. Deze lichamenlijke identiteit betekent 'het zijn van het lichaam dat je hebt'.⁸

De ervaring van 'je lichaam zijn' is voor zowel de medische als de menswetenschappen veel lastiger te bevatten en te benaderen dan het lichaam als ding of machine. Dit komt doordat we het lichaam dat we zijn meestal niet expliciet waarnemen. Bent u zich er op dit moment bijvoorbeeld van bewust hoe u zit, waar uw handen en voeten zijn, of uw rug gebogen is of niet, of dat uw hand terwyl u dit leest als vanzelf de koffiemok heeft opgepakt? Als we bezig zijn, zijn we ons in het geheel niet bewust van die constante stroom van gewaarwordingen. We kunnen ons er wel van bewust worden als we

er onze aandacht expliciet op vestigen. Het merendeel van al onze (fysieke) handelingen vindt dus plaats zonder dat wij ons daar expliciet van bewust zijn. Dit betekent dat er helemaal geen expliciete intentie (of motivatie) nodig is om het lichaam in beweging te zetten. Zonder erbij na te denken passen we ons telkens aan aan situaties en omstandigheden. Onze belichaamde competentie – ons 'ik kan' – heeft helemaal geen 'ik denk' nodig.⁹ Ons belichaamde zijn en kunnen voltrekt zich meestal op zodanige wijze dat we ons daar helemaal niet bewust van zijn.

Dit aspect van lichamenlijkheid is in de medische wetenschap en in de gezondheidswetenschappen een nog onontgonnen gebied. Dit komt voornamelijk omdat de ervaring van het lichaam zijn, en de ervaring van de identiteit van je eigen lichaam (het kunnen zijn van het lichaam dat je hebt), niet te operationaliseren valt met de concepten en methodes waarvan de gezondheidswetenschappen waaraan de gezondheidswetenschap zich bedient. Inzicht in iemands (mogelijk veranderende) lichamenlijke identiteit tegen de achtergrond van een (ingrijpende) verandering in iemands leven of leefstijl vereist dat de belichaamde ervaringen van de persoon in kwestie systematisch in kaart moet worden gebracht.

Om ruimte te maken voor een taal van beweging, en om de uitnodiging tot meer of anderszins bewegen te bevruchten van een exclusief medicaliserende en psychologisierende aanpak, zou er aandacht moeten komen voor de manier waarop mensen hun bewegende lichaam zelf ervaren. Hoe is het eigenlijk om te gaan sporten als je nog nooit aan sport hebt gedaan? Kun je jezelf identificeren met je te zware lijf in sportkleding? Hoe past die nieuwe leefstijl in het leven dat je tot nu toe geleefd hebt? Krijgt je door meer of anderszins bewegen het gevoel dat je meer kunt? Of bevestigt meer (moeten) bewegen juist je niet-kunnen? Dit soort vragen geeft inzicht in de mate waarin iemand in staat is om het lichaam te zijn dat hij of zij heeft.

'Bewegingsvrijheid' – kunnen zijn wie je bent

De norm om meer te gaan bewegen krijgt in allerlei bewegingsprogramma's een sterk medicaliserende en psychologisierende vorm. Van uit oude veronderstellingen over lichaam en

geest wordt de geest voorzien van medische kennis over gezondheidsrisico's en vervolgens gemotiveerd om het lichaam in beweging te zetten. De bewegingsprogramma's werken van buitenaf op de individuele geest in, zodat die het lichaam kan disciplineren volgens de norm van epidemiologen, preventiewerkers, huisartsen en andere professionals. Met andere woorden, de huidige bewegingsprogramma's dwingen mensen om hun lichaam eenzijdig als een machine-thing te zien.

Deze manier van sturing is alleen succesvol binnen de context waarin mensen zichzelf daadwerkelijk en betrekkelijk eenzijdig als te verbeteren machines zien (zichzelf dus identificeren met een machine), zoals in het bedrijven van topsport. Maar zelfs daar is de verhouding tussen een lichaam zijn en een lichaam hebben fragiel: overtraining kan bijvoorbeeld gezien worden als een uit de hand gelopen disciplinerende van het lichaam als machine. Als het gaat om de volkgezondheid kan disciplinerende van het lichaam averechts werken. Als mensen bijvoorbeeld wel goed geïnformeerd zijn en ook gemotiveerd om iets aan hun leefstijl te veranderen, maar daar niet zo eenvoudig in slagen omdat ze belemmerd worden door negatieve belichaamde ervaringen (niet-kunnen, mistikken, pijn, zich lelijk voelen), dan is er een grote kans dat de oproep om meer te bewegen erringen genereert van schaamte en falen. Het lichaam faalt, en de geest faalt omdat die er niet in slaagt het lichaam naar zijn hand te zetten. Op die manier wordt de bewegingsvrijheid van mensen eerder beperkt dan vergroot.

Als je niet alleen het bewegen wilt stimuleren maar ook de bewegingsvrijheid, impliceert dat dat je geen abstracte normen moet stellen, maar moet aangrijpen op datgene wat mensen reëel kunnen. Een bewegingsprogramma moet dus aangrijpen op het vermogen om een lichaam te zijn en een lichaam te hebben, en niet uitgaan van het onvermogen van mensen: 'ik kan niet', maar van: 'ik kan'. Dit 'kunnen' kan niet worden uitgedrukt in abstracte maten (zoveel minuten, zoveel meters, hartslag van zoveel), want het gaat om persoonlijke mogelijkheden: 'ik kan', in de alledaagse context. Dat het 'ik kan' niet alleen bepaald wordt door fysieke en meetbare determinanten, maar juist ook door sociale en culturele achtergrond, zien we bijvoorbeeld

aan de verschillen tussen de zogeheten 'vrouwelijke' en 'mannelijke' manieren van bewegen in onze westerse cultuur. Meisjes die al vanaf jonge leeftijd geleerd hebben hun lichaam niet te uitbundig te gebruiken, geen ruige spelletjes te doen en niet vies te worden, bewegen hun lichaam op een heel gesloten wijze. Vraag een meisje en een jongen om een bal te gooien, dan zal de jongen ferm zwaaien en zijn hele lijf gebruiken, terwijl het meisje onderhands het balletje gooit. Vertelken met hun mannelijke leefdijdenoten drukt de lichaamsbeweging van meisjes niet zozeer uit: 'Ik kan het', als wel: 'Het kan wel, maar ik kan het niet'. Feministen hebben dan ook wel gesteld dat eenzijdige (en seksistische) sociale normen en verwachtingen ten aanzien van beweging de belangrijkste oorzaak zijn van de inperking van het 'ik kan'.

De huidige interventies gericht op meer en anders bewegen kunnen iemands 'ik kan' wel degelijk versterken en verruimen, maar alleen dan wanneer de veranderingen in bewegen passen bij iemands belichamde identiteit. Nieuwe bewegingen kunnen nieuwe vormen van 'ik kan' en nieuwe vormen van bewegingsvrijheid genereren, maar daarvoor moeten ze iemands feitelijke belichamde ervaringen en identiteit respecteren. Waar mensen niet kunnen wezen wie ze zijn, is het moeilijk te bewegen.

Literatuur

- 1 Meershoek A, Bartholomee Y, Horstman K, Vliet A en bevlogen. Vermaking van gezondheid van werknemers. Den Haag: WVR, 2010. [Voorstudie WVR rapport Markt, Staat en Samenleving.]
- 2 Horstman K, Houtepen R. Worselen met gezond leven: Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.
- 3 Swan A de. De mens is de mens en zorg: Opstellen 1971-1981. Amsterdam: Meulenhoff, 1983.
- 4 Kuhn T. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- 5 Slaman J, Beelden van het Lichaam: Van verleden tot heden. Schrift 2009;41(S):44-52.
- 6 Foucault M. Discipline, toezicht en straf: de geboorte van de gevangenis. Groningen: Historische Uitgeverij, 1989.
- 7 Gallagher S. How the body shapes the mind. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- 8 Slaman J, Vreemd Lichaam: Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit. Amsterdam: Ambo, 2008.
- 9 Merleau-Ponty M. Fenomenologie van de waar-neming. Amsterdam: Boom, 2009.
- 10 Young IM. Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and social theory. Bloomington (IN): University Press, 1990.

De nieuwe NHG-Kaderopleiding Bewegingsapparaat

Dr. C.J. Vrieling,¹ prof. dr. P. Bindels,² mevr. prof. dr. S. Biemna-Zeinstra³ en drs. J.M. van Ochten⁴

¹Gezondheidswetenschappelijk docent, afdeling Huisartsgeriatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

²Hoogleraar Huisartsgeriatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

³Hoogleraar Artrose, afdeling Huisartsgeriatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

⁴Huisarts-docent, afdeling Huisartsgeriatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Samenvatting

Huisartsen worden veelvuldig geconstateerd voor klachten van het bewegingsapparaat. Steeds vaker wordt voor deze klachten een appel gedaan op de eerste lijn. Ook de complexiteit van de zorgvraag rondom chronische klachten van het bewegingsapparaat neemt toe. De nieuwste wetenschappelijke inzichten leiden voortdurend tot nieuwe methoden van diagnostiek en behandeling. Acute sportletselvormen onder andere een probleem vanwege het ziekteverzuim, en voor patiënten met chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat staan de disease-managementprogramma's nog in de kinderschoenen. Om op al deze ontwikkelingen in te spelen start het NHG in april 2011 de Kaderopleiding Bewegingsapparaat. Kaderhuisartsen zijn huisartsen met bijzondere medische inhoudelijke of organisatorische bekwaamheden.

NHG-kaderopleidingen

De organisatie van de gezondheidszorg is volop in beweging. Dat geldt ook voor het huisartsenvak. Mensen leven langer, het aantal chronisch zieken neemt toe. Marktwerving in de gezondheidszorg heeft zijn intrede gedaan. Er staan enorme bezuinigingen voor de deur die met name de gezondheidszorg zullen raken. Om daar adequaat op te kunnen inspelen is de structuur van de huisartsenzorg de afgelopen vijf jaar drastisch veranderd; er zijn steeds meer samenwerkingsverbanden gekomen, huisartsenposten zijn nu overal in Nederland en er zijn praktijkondersteuners in dienst genomen.