Fysieke activiteit binnen de huisartsenpraktijk.

Verschillen en uitdagingen volgens origine, leeftijd en geslacht.

Joris Van Steelant, Universiteit Gent

Promotor: Dr Stéphanie De Maesschalck, International Centre for Reproductive Health, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2011-2013

ABSTRACT

Context: Bewegingsarmoede is een belangrijke factor binnen het ontstaan van de zogeheten 'beschavingsziekten'. Maar over hoe het effectief gesteld is met de beweging van de patiënten die de huisarts consulteren, zijn weinig gegevens beschikbaar. Over verschillen in activiteitsniveau volgens geslacht, leeftijd of origine, is de informatieschaarste in Vlaanderen mogelijks nog groter.

Onderzoeksvraag: Ik wens meer te weten te komen over het bewegingsniveau van mijn patiënten, hun kennis rond gezond bewegen, de hinderpalen en eventuele oplossingen hiervoor die zij zelf zien om genoeg te bewegen en wat de rol is van de huisarts binnen bewegingspromotie.
Bij dit alles bekijk ik of er een verschil bestaat tussen de allochtone en de autochtone patiënten; tussen mannen en vrouwen; of tussen "jong- en rijpvolwassenen".

Methode: Via een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden heb ik gepoogd het onderwerp te exploreren. Gedurende 3 opeenvolgende weken in de maanden maart en april van 2012, vroeg ik aan elke 18- tot 65-jarige patiënt die onze praktijk consulteerde, om gedurende 7 opeenvolgende dagen een stappenteller mee te nemen. Hieraan namen 75 patiënten deel. Alle deelnemers vulden een vragenlijst in, hetgeen samen met het aantallen stappen, de kwantitatieve dataset opleverde.
Nadien werden 16 deelnemers uitgenodigd om op gesprek te komen rond dit project. Dit gesprek was opgebouwd als een semigestructureerd interview, hetgeen de kwalitatieve data opleverde.

Resultaten: Binnen mijn huisartsenpraktijk, gelegen in een stedelijke omgeving, zijn de deelnemers matig actief. Gemiddeld komen de deelnemers aan 7265 stappen per dag. Slechts 17% van de deelnemers haalt de 10.000 stappengrens per dag. Veruit de meest genoemde reden hiervoor is tijdsgebrek. Vrouwen stapten minder dan mannen, mensen van Marokkaanse origine minder dan mensen van Belgische origine en mensen onder de 40 jaar stapten minder dan de deelnemers van boven de 40 jaar. Vooral de sterke bewegingsarmoede bij de (jonge) vrouwen van Marokkaanse afkomst, doet de resultaten in deze trend doorhellen.

Verontrustend is het feit dat 57% van de deelnemers overgewicht heeft, en 28% obesitas. De gemiddelde BMI ligt op 26,95.

De kennis omtrent de richtlijnen van gezond bewegen is niet groot bij de deelnemers. De 10.000 stappen richtlijn is nog niet zo sterk ingeburgerd in ons gedachtegoed. Vooral bij de immigrante populatie is de kennis omtrent gezond bewegen beperkt.
Dit heeft als gevolg dat de deelnemers vrij vaak hun bewegingsniveau over- of onderschatten. Vooral de mensen van Marokkaanse origine hebben een minder goed besef van hun bewegingsniveau. Zij overschatten zichzelf veel sneller dan de Belgische deelnemers.

Tijdsgebrek aanzien de meeste deelnemers als belangrijkste hinderpaal om voldoende te bewegen. Daarnaast vermelden ze ook frequent de automatisering van onze leefomgeving, een weinig actieve job en het slechte weer in België. Minder frequent worden ook een onveiligheidsgevoel, een gebrek aan groene ruimte of faciliteiten en een gebrek aan financiële middelen genoemd.

De meeste patiënten zijn bereid om met hun huisarts het gesprek aan te gaan rond beweging. Meer nog, ze zien het als de taak van de huisarts om hierop in te gaan. Maar opvallend is dat mensen van Marokkaanse origine veel minder openstaan om over beweging met hun arts te spreken.

Conclusie: De prevalentie van sedentariteit binnen de huisartsenpraktijk is hoog. De belangrijkste doelgroepen om bewegingsadvies te geven zijn onze jongere generatie, mensen met overgewicht en de mensen uit etnische minderhedengroepen. De verantwoordelijkheid om een gezonde mate van fysieke activiteit te handhaven, ligt nog steeds bij de patiënten zelf, maar verschillende interventies kunnen bewegen wel meer vanzelfsprekend maken. Het verhogen van de kennis en het toepassen van kleine interventies, bijvoorbeeld met een stappenteller, kan bij deze groepen de dagelijkse fysieke activiteit doen toenemen. Als huisarts kunnen we zo een substantiële rol spelen in bewegingspromotie. Daarnaast kunnen de beleidsmakers, scholen, media en werkgevers hun steentje bijdragen om onze bevolking meer in beweging te krijgen.

Woord van dank

Het opstarten en uitwerken van een MANAMA-project lijkt aanvankelijk een heuse klif die moeilijk te omzeilen valt. Men weet aan het begin niet waar de reis eindigen zal. Toch kwam mijn schip veilig weer in de haven terecht. De meest woelige wateren konden we zonder al te grote problemen trotseren. En dat dankzij de nodige naarstigheid, maar vooral ook dankzij de hulp die ik gedurende de afgelopen 2 jaren mocht ervaren van een aantal zeer bekwame stuurlui.

Vandaar dat een woord van dank zeker op zijn plaats is.

Vooreerst zou ik heel graag mijn promotor, Dr Stéphanie De Maesschalck, bedanken voor haar deskundige begeleiding. U nam telkens ruim de tijd om samen te zitten en mij te adviseren. Ik heb dit nooit als vanzelfsprekend ervaren. Uw multiculturele of multi-etnische visie was vaak de sleutel tot nieuwe inzichten. Bedankt voor de prima begeleiding en het vertrouwen dat ik van u kreeg! Ik kreeg van u telkens binnen de kortste keren feedback, die mijn werk aanzienlijk verbeterde. U gaf mij gedurende het ganse proces aanwijzingen en richtlijnen, maar toch was ik vrij om mijn eigen planning te maken en te volgen. Dit alles maakte de samenwerking zeer aangenaam.

Daarnaast wens ik mijn praktijkopleider, Dr. Sophie Van Dycke, in de bloemetjes te zetten. Je gaf mij de nodige tijd en ruimte om dit praktijkproject te voltooien. In het volste vertrouwen en met de nodige praktische ondersteuning was je er altijd om mij te begeleiden, niet alleen doorheen dit proces, maar door mijn hele vorming als HuisArts In Opleiding.

Verder wens ik de patiënten uit mijn opleidingspraktijk, praktijk Scheldejol in Temse, te bedanken voor hun bereidwillige medewerking.

En last but not least wens ik mijn echtgenote, Annelies, te bedanken. Je toonde begrip voor de vele uren die ik afwezig was, gebiologeerd naar mijn computerscherm zat te staren of wanneer ik het allemaal niet te best zag zitten. Jouw steun, advies en hulp als ervaringsdeskundige hebben een substantieel aandeel gehad in het welslagen van dit project.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 1
   1.1 Keuze voor dit onderwerp 1
   1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen 2
   1.3 Zoekstrategie 2
2. ONDERZOEKSMETHODIEK 4
   2.1 Onderzoekspopulatie en dataverzameling 4
      2.1.1 Kwantitatieve data-analyse 5
      2.1.2 Kwalitatieve data-analyse 6
   2.2 Ethisch comité 7
3. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK 8
   3.1 Inleiding 8
   3.2 Richtlijnen rond fysieke activiteit 9
      3.2.1 Worden deze richtlijnen algemeen nageleefd? 11
      3.2.2 En in ons land? 11
   3.3 Fysieke activiteit bij allochtonen 13
   3.4 Fysieke activiteit bij jongeren 15
   3.5 Rol van de huisarts in bewegingspromotie 16
   3.6 Rol van de stappenteller in bewegingspromotie 17
4. ONDERZOEKSRESULTATEN 18
   4.1 Resultaten kwantitatief onderzoek 18
      4.1.1 Epidemiologie 18
      4.1.2 Gemiddeld aantal stappen per dag 19
      4.1.3 BMI 21
      4.1.4 Eigen inschatting van het bewegingsniveau 23
      4.1.5 Inschatten van de eigen gezondheid 25
      4.1.6 Bespreken van het onderwerp “bewegen” met de huisarts 26
      4.1.7 Motivatiefase omtrent beweging 27
      4.1.8 Fysiek belastende job 28
      4.1.9 (Ab)usus 28
   4.2 Resultaten kwalitatief onderzoek 29
      4.2.1 Kennis omtrent richtlijn gezonde fysieke activiteit 29
      4.2.2 Hinderpalen om tot voldoende fysieke activiteit te komen 30
      4.2.3 Verschillen jong-oud 32

4.2.4 Beweging bij allochtonen 32
4.2.5 Oplossingen voor de hinderpalen 33
4.2.6 Welke rol zien de mensen voor ons weggelegd als huisarts? 34
5. DISCUSSIE 35
5.1 Beschrijving van de resultaten 35
5.1.1 Aantal stappen per dag 35
5.1.2 Andere risicofactoren 35
5.1.3 Inschatting van de eigen activiteit 36
5.1.4 Huisarts en bewegingsadvies 37
5.1.5 Inschatten van de eigen gezondheid 38
5.2 Uitdieping 39
5.2.1 Aanbeveling 10.000 stappen per dag 39
5.2.2 Hinderpalen om meer te bewegen 40
5.2.3 Beweging bij migranten van Marokkaanse origine 41
5.2.4 Bewegingsarmoede bij onze jeugd 44
5.2.5 Rol van de huisarts in bewegingspromotie 47
5.2.6 Rol van de beleidsmakers 49
5.2.7 Rol voor de werkgevers 52
5.3 Sterkten en beperkingen van dit MANAMA-project 53
5.3.1 Sterkten 53
5.3.2 Beperkingen 54
6. BESLUIT 56
7. REFERENTIES 57

1. INLEIDING

1.1 Keuze voor dit onderwerp

Het idee voor deze MANAMA-thesis ontsproot vanuit mijn persoonlijke interessesfeer. Mijn sportieve natuur en de bijkomende opleiding sportgeneeskunde die ik doorliep aan de Universiteit Gent, waren een drijfveer om binnen de huisartsenopleiding te kiezen voor een project dat beweging behelst én huisartsgericht is. Die twee vallen perfect te combineren, daar gezondheidspromotie an sich een core business van de huisarts is en bewegingspromotie mijns inziens een sleutelrol kan spelen in de preventie en de aanpak van menig pathologie. Maar spijtig genoeg wordt deze optie te vaak over het hoofd gezien.

Een actieve levensstijl hebben is in deze tijd van automatisering en mechanisering geen vanzelfsprekendheid meer. Zowel tijdens de job als in de vrije tijd is het eerder een keuze geworden. Voor sommigen zelfs een opgave. Onze dagdagelijkse bezigheden zijn heel wat minder dynamisch dan vroeger. Heel wat mensen zijn suf gezeten op een dag: ze zitten aan tafel, op de bus, in de wagen, aan het bureau, voor TV, in de canapé of op café...

Gezondheidsrichtlijnen schrijven duidelijke en haalbare streefdoelen voor om een gezonde vorm van fysieke activiteit te hebben. Maar zijn deze doelstellingen voor iedereen wel haalbaar of überhaupt al bekend bij het grote publiek?

Daar ik als HAIO werk in een praktijk waar een substantieel aandeel van de patiëntenpopulatie van Marokkaanse origine is, rees bij mij de idee om het bewegingspatroon van onze autochtone populatie te vergelijken met dat van onze populatie van allochtone origine. Het leek mij daarnaast ook een ideale insteek voor mezelf om een beter inzicht te krijgen in de cultuur en gewoonten van de steeds meer verwesterende allochtone populatie. Uit deze doelen, vloeiden de volgende onderzoeksvragen voort:

1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen

- Is de onderzochte populatie binnen mijn huisartsenpraktijk voldoende in beweging?
- Hebben de patiënten voldoende kennis met betrekking tot “voldoende fysieke activiteit”?
- Hebben de patiënten zelf voldoende inzicht in hun persoonlijke activiteitsgraad?
- Bestaat er een verschil in de mate van fysiek actief zijn tussen de allochtone en de autochtone patiënten; of tussen mannen en vrouwen; of tussen “jong- en rijpvolwassenen”?
- Wat zien de patiënten zelf als de belangrijkste hinderpalen om aan voldoende fysieke activiteit te komen?
- Zien patiënten zelf oplossingen om deze hinderpalen uit de weg te gaan?
- Wat is volgens mijn patiënten de rol van de huisarts binnen bewegingspromotie?

1.3 Zoekstrategie

De literatuurstudie zoekt een antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Hoezeer is onze bevolking actief of sedentair?
- Is er een verschil in activiteits- of sedentariteitsniveau bij patiënten van autochtone versus allochtone afkomst en zo ja, zijn daar verklaringen voor?
- Wat is de rol van de huisarts (al dan niet met behulp van een stappenteller) binnen het promoten van meer fysieke activiteit?
- Welke zijn de beste strategieën om mensen meer in beweging te krijgen?

Om een degelijk gestoffeerde literatuurstudie te kunnen doen, werkte ik via de zogeheten 'watervalstrategie'.

Vooreerst ging ik in quartenaire bronnen op zoek naar overzichtsrichtlijnen. Dit kon eenvoudig online via CEBAM (Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine) en zo doorzocht ik verscheidene platforms via de zoektermen "fysieke activiteit" of "physical activity".
Vooral via Domus Medica ("Adviezen fysieke activiteit" en "Het ABC van gedragsverandering") en de WHO ("Global recommandations on physical activity for health") kon ik waardevolle overzichtsrichtlijnen weerhouden.
Via Minerva, het huisartsgericht tijdschrift voor Evidence Based Medicine, vond ik via dezelfde zoekterm 46 resultaten. Ik weerhield 3 ervan.

Daarna zocht ik via de zoekmotor Sumsearch binnen de tertiaire bronnen. Ik hanteerde de limieten 'humans only', 'English only' en 'require abstract' en kwam zo via de zoekvragen "physical activity" en "physical activity immigrants" tot respectievelijk 4384 en 143 resultaten van systematische reviews, waaruit ik uiteindelijk op basis van de titel en abstract 11 reviews weerhield.

Als secundaire bron doorzocht ik de literatuur door middel van de databank Medline via PubMed. De zoektermen die ik hierbij gebruikte, waren de volgende: "physical activity", "physical activity promotion", "physical activity immigrants" en "pedometer".
Daarbij werden steeds de volgende limieten geactiveerd: Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige teksten en bij leeftijd werd voor de optie volwassenen gekozen (19+). Dit leverde alles samen meer dan 10.000 artikels op. Van recente artikels met een interessante titel, las ik telkens de abstract. Van de abstracts die mij relevant leken, werd het volledige artikel opgezocht en nagelezen. Bij geknipte artikels zocht ik ook de 'gerelateerde artikels' of relevante artikels uit de referentielijst op, om zo tot nieuwe artikels te komen. De gebruikte artikels werden allemaal online gevonden.

Daarnaast werden ook de primaire bronnen nog even geraadpleegd voor aanvullende informatie.

2. ONDERZOEKSMETHODIEK

Ik opteerde voor de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden in deze MANAMA-thesis. Op deze manier wenste ik een onderwerp te exploreren waarover de bestaande theorieën mijns inziens onvoldoende inzicht in bieden. Ik wenste mij dan ook niet bij een droge opsomming van gegevens over het verschil in activiteitenpatroon tussen de patiëntengroepen te houden. Het leek mij veel interessanter om via reflexiviteit, via vragen over achtergronden en de onderlinge samenhang van opvattingen van patiënten en de overwegingen en argumentaties die zij hanteren, een beter inzicht te krijgen in het beweeggedrag van mijn huisartsenpopulatie. Dit kan het best via een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Het geeft mij de mogelijkheid om zowel objectiveerbare feiten voor te stellen, maar tegelijk kan ook aandacht besteed worden aan de ervaringen en perceptie van de deelnemers. [1]

2.1 Onderzoekspopulatie en dataverzameling

Gedurende 3 opeenvolgende weken in de maanden maart en april van 2012, vroeg ik aan elke 18- tot 65-jarige patiënt die onze praktijk consulteerde, om deel te nemen aan het project. Enkel indien de context daarvoor niet geschikt was (bv. na een slechtnieuwsgesprek of psychisch geladen consult, of bij voorschrijven van rust omwille van een musculoskeletale problematiek, ...), werd hiervan afgezien.
De personen werden dus geselecteerd uit de praktijk waar ik momenteel stage loop als HAIO. Deze praktijk is een solo-praktijk met één vrouwelijke huisarts, waar de HAIO werkt als tweede arts. Deze praktijk is gelegen in het centrum van Temse, een stad met ongeveer 27.000 inwoners. De praktijk zelf ligt binnen een stedelijke omgeving, maar heeft ook een groot aandeel patiënten vanuit meer landelijke regio's buiten de stadskern. Het is een praktijk met een op alle vlak zeer gevarieerde populatie. In het patiëntenbestand zitten ongeveer 25% patiënten van allochtone origine, voornamelijk van Marokkaanse afkomst.

De meeste mensen waren reeds op de hoogte van het project dankzij een poster die we in de wachtzaal hingen. De graad van deelname lag hoog. In totaal legde ik het doel van het project uit aan 77 mensen, 75 van hen stemden ermee in om deel te nemen. Slechts 2 personen weigerden deelname. Ikzelf excludeerde daarnaast 2 personen van Marokkaanse origine, omdat bij hen de taalbarrière mij te groot leek om een voldoende begrip te hebben over het doel en de opzet van het praktijkproject.

2.1.1 Kwantitatieve data-analyse

Ik vroeg de deelnemers tijdens de consultatie een korte vragenlijst in verband met hun bewegingsgedrag in te vullen (bijlage 1). Ik bepaalde ook zelf van elke deelnemer het gewicht en de lengte en berekende hieruit de BMI.
Aan de deelnemers werd gevraagd om gedurende 7 opeenvolgende dagen een stappenteller mee te nemen en de stappenteller enkel te verwijderen bij het douchen, baden, zwemmen en slapengaan. De pedometer die in deze studie gebruikt werd is de OMRON Walking Style III met een tweedimensionele bewegingssensor, waardoor hij een betrouwbare aanwijzing geeft van het aantal gezette stappen.
Er werd duidelijk afgesproken om het normaal activiteitenpatroon te onderhouden gedurende die 7 dagen en de stappenteller zo snel mogelijk terug te bezorgen na 7 dagen. De mensen hoefden zelf geen dagboek bij te houden van het aantal stappen, daar de gebruikte stappentellers een ingebouwd geheugen hadden dat het aantal stappen van de laatste 7 dagen in kaart brengt. De deelnemers waren vrij om hun aantal gezette stappen te bekijken. Daarna werd een informed consent getekend met betrekking tot deelname aan de studie.

Slechts 4 mensen vergaten de stappenteller op tijd terug te brengen, maar na telefonisch contact, werden ook deze stappentellers ingeleverd. Bij inlevering van de stappenteller, kregen alle deelnemers een wetenschappelijk verantwoorde en onderbouwde patiënten folder mee over lichaamsbeweging (bijlage 2).

De gegevens die bekomen werden aan de hand van de vragenlijsten en het klinisch onderzoek werden in een Excel-tabel gegoten. Alle analyses hierop werden uitgevoerd met het statistische programma SPSS 19 voor Windows. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat er enkel gewerkt werd met het aantal stappen per dag gedurende de laatste 4 van de 7 dagen. Dit om mogelijke bias door het dragen van de stappenteller te vermijden.

2.1.2 Kwalitatieve data-analyse

Oorspronkelijk was het de idee om een motivatiegesprek te houden met een aantal mensen die de normen van gezond bewegen niet haalden in de bewuste week.
Hiertoe werden brieven verzonden aan de deelnemers, die in hun ingevulde vragenlijst aangaven dat ze het thema beweging wensten te bespreken met hun arts.
De respons hierop was echter zeer pover. Slechts 4 van de 66 patiënten stemden hiermee in, 7 van de 66 wensten niet langs te komen, hoofdzakelijk omwille van tijdsgebrek en de overige 49 patiënten gaven geen antwoord op de brief.

Na overleg met mijn promotor, werd het project over een andere boeg gegooid en beslist om de motivatiegesprekken om te vormen tot semigestructureerde interviews.
Hiertoe belde ik persoonlijk de mensen op waarvan ik hoopte dat ze zouden deelnemen. Er werd gestreefd naar een zo groot mogelijke variatie qua opleiding, leeftijd en afkomst.
Iedereen die gecontacteerd werd, stemde in tot een interview. De mensen kregen de keuze om het interview op de praktijk te laten doorgaan of bij hen thuis. Zo gebeurden 12 interviews in de praktijk en 4 bij deelnemers thuis.
Er werden interviews afgenomen tot het moment dat data-saturatie werd bereikt. Dit wil zeggen dat er nieuwe interviews werden afgenomen tot er geen nieuwe informatie meer werd bekomen.

Tijdens het interview werden vragen gesteld aan de hand van een topiclijst (bijlage 3). Deze topiclijst werd opgesteld vóór de start van de interviews en was gebaseerd op het literatuuronderzoek en de bekomen resultaten uit de eigen data-analyse.
De topiclijst werd echter enkel gebruikt als leidraad tijdens de interviews. Er werd namelijk gestreefd naar het stellen van zoveel mogelijk open vragen, zodat de geïnterviewde zo weinig mogelijk werd beïnvloed. Zo kon er ook afgeweken worden van vragen indien het interview zich daartoe leende. Ik werkte dus vooral via de "framework approach" om via thema's of categorieën, de data te kunnen analyseren. [1] De gesprekken duurden zolang als nodig geacht, tot er voldoende informatie werd bekomen. Gemiddeld kwam dit neer op ongeveer 30 minuten per interview. Elk interview werd integraal opgenomen via een smartphone.

De interviews werden allemaal anoniem verwerkt en letterlijk en integraal uitgetypt. Alle interviews werden verwerkt met behulp van het computerprogramma Nvivo 10. Eerst werden

de verschillende uitgeschreven interviews open gecodeerd: onderdelen van de interviews werden geselecteerd en er werd aan die selectie een bepaalde code gegeven (= nodes). Aanvullend werd een willekeurige selectie van de interviews door een tweede onafhankelijke onderzoeker, Dr. Annelies De Moor, gecodeerd. Nadien werden alle codes samengelegd en werd er een structuur opgesteld met gemeenschappelijke nodes.
Zo werd geprobeerd de nodes te structureren onder verschillende gemeenschappelijke noemers. Nadien werden de 16 interviews opnieuw volledig onafhankelijk gecodeerd aan de hand van de nieuwe nodes. In de tweede fase van het onderzoek werden de nodes en bijhorende tekstfragmenten bestudeerd en werd er gezocht naar verbanden tussen de verschillende nodes.

2.2 Ethisch comité

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent (registratienummer: B670201214052).

3. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK

3.1 Inleiding

De positieve effecten van een fysiek actieve levensstijl zijn ondertussen voldoende bekend. Het was Hippocrates, de man die aanzien wordt als vader van de westerse geneeskunde, die reeds stelde dat matige fysieke activiteit tot een betere gezondheid leidt en het verouderen vertraagt. Een sedentaire levensstijl zou gepaard gaan met ziekte, groeiverstoring en snellere veroudering.

Deze hypothesen konden echter pas veel later met wetenschappelijke argumenten worden aangetoond. De meta-analyse van Powell et al. die in 1987 besloten dat fysieke inactiviteit een significante risicofactor is voor coronaire aandoeningen en dat het relatieve risico vergelijkbaar is met dat van algemeen aanvaarde risicofactoren zoals hypertensie, hypercholesterolemie en roken, is zeker een mijlpaal. [2] Sindsdien zijn nog andere epidemiologische onderzoeken gepubliceerd, waarvan een aantal een duidelijke meerwaarde toevoegen aan onze kennis.
Zo verbetert regelmatig flink doorstappen de cardiovasculaire fitheid, de lichaamssamenstelling en de systolische en diastolische bloeddruk bij sedentaire gezonde personen. Zelfs kleine verbeteringen van de fysieke conditie zijn geassocieerd met een significant lager risico op overlijden. Fysieke inactiviteit is daarentegen geassocieerd met verschillende gezondheidsproblemen waaronder hypertensie, insulineresistentie, dyslipidemie, diabetes mellitus type 2, obesitas, coronaire hartziekten, bepaalde kankers (vooral colon- en borstkanker), CVA en osteoporose. Een sedentaire levensstijl is dan ook geassocieerd met een premature mortaliteit. [3-5]

3.2 Richtlijnen rond fysieke activiteit

Om de mate van fysieke activiteit van mijn patiënten te kunnen beoordelen, moest ik eerst zelf inzicht krijgen in hoeverre bewogen moet worden om een effect te hebben op onze gezondheid.

De richtlijn van Domus Medica met als titel "Adviezen rond fysieke activiteit" uit 2009 bood reeds een duidelijk overzicht van de richtlijnen hieromtrent. [6] Kort door de bocht komt het op het volgende neer: op ten minste 5 dagen per week, moet er per dag in totaal 30 minuten matige aerobe fysieke activiteit bedreven worden. En dit bovenop de normale basisactiviteit. Deze tijd mag opgesplitst worden in kortere blokken, met een minimale duur van 10 minuten. Maar belangrijk om mee te nemen is dat "alle beetjes helpen". Er moet immers gestart worden met realistische doelstellingen op basis van de startconditie van de patiënt én zijn of haar mogelijkheden. [7] In onderstaande tabel (Tabel 1) wordt dit weergegeven.

Deze Vlaamse richtlijn is conform de algemeen geldende internationale richtlijnen, zoals die te vinden zijn bij de WHO- en de CKS-richtlijnen.

Advies fysieke activiteit		
	18 tot 64 jaar (zonder chronische pathologie)	≥65 jaar
Aerobe uithouding	Regelmatige, ritmische aerobe activiteit van grote groepen spieren, zoals stevig wandelen, fietsen, zwemmen, joggen.	
Hoe vaak?	Best dagelijks. Minstens vijf keer per week bij **matige intensiteit**. Minstens drie keer per week bij **hogere intensiteit.** Ook combinaties van deze twee zijn mogelijk.	
Hoe intensief?	**Matig intensief:** · lichte stijging van de diepte en frequentie van de ademhaling; een gesprek voeren blijft vlot mogelijk. · 60-75% van de maximale leeftijdspecifieke hartfrequentie; die maximale leeftijdspecifieke hartfrequentie wordt bij benadering berekend door de volgende formule: 210-(0,65*leeftijd). **Hoog intensief:** · een gesprek voeren is moeilijk door de sterk gestegen ademfrequentie en het -volume; · zweten; · hartfrequentie boven 75% van het leeftijdspecifieke maximum.	Intensiteit bepalen met een subjectieve schaal. Op deze schaal is 0 rust en 10 maximale inspanning: · **matig intensief:** subjectief 5-6 · **hoog intensief:** subjectief 7-8
Hoelang?	**Matig intensief:** 30 minuten per dag, eventueel te bereiken in blokken van minimaal 10 minuten. **Hoog intensief:** 20 minuten per dag.	Bij sedentaire ouderen steeds starten met blokken van 10 minuten.
Weerstandsoefeningen	Oefeningen gericht op het verhogen van de spierkracht, het spiervermogen, de spiermassa en uithouding van de spieren.	
Hoe vaak?	Twee tot drie keer per week maar met minstens één dag tussenpauze.	
Hoe intensief?	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na één reeks van acht tot tien herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie.	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na één reeks van tien tot vijftien herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie.
Soepelheid		Minstens twee keer per week.
Evenwicht bij verhoogd valrisico		Drie keer per week.

Tabel 1: Adviezen fysieke activiteit voor volwassenen. [6]

Andere auteurs baseren zich eerder op een aantal stappen die per dag moeten gezet worden om gezond te zijn.
Er wordt aangenomen dat het dagelijks halen van 10.000 stappen, de gezondheid verbetert. Zo hebben individuen die deze streefwaarden bereiken, minder lichaamsvet en een lagere bloeddruk dan hun minder actieve medemensen. [8]
Maar terwijl het is aangetoond dat door 150 minuten van fysieke activiteit per week aan te houden, er een risicoreductie is van 20 tot 30% in mortaliteit door alle oorzaken in vergelijking met sedentaire individuen, [9] is er voorlopig geen bewijs welke waarde van aantal stappen geassocieerd is met een reductie in mortaliteit. Toch krijgt de waarde van 10.000 stappen per dag meer en meer aanhang in de media en in de gezondheidspromotie. Deze specifieke waarde zou zijn oorsprong hebben in de populariteit van Japanse wandelclubs en een slogan van een producent van stappentellers in de jaren 1960 (Yamasa, Tokyo, Japan). Het concept om dagelijks 10.000 stappen te zetten is nog steeds een welbekend gegeven in de hoofden van de meeste Japanners.
Deze hoeveelheid aan stappen komt ongeveer overeen met een energieverbruik tussen de 300 en 400 kcal/dag (afhankelijk van de wandelsnelheid en het lichaamsgewicht). Om te vergelijken; 30 minuten fysieke activiteit aan een matige intensiteit, komt ongeveer overeen met een energieverbruik van 150 kcal. De discrepantie die lijkt te bestaan tussen beide richtlijnen kan verklaard worden door het feit dat de eerste (stappen) een dagelijkse aanbeveling is die alle activiteit omvat en dat de laatste (minuten) een aanbeveling is die wordt gedaan bovenop een niet gedefinieerde dagelijkse basisactiviteit.

Volgens verscheidene studies is 6000 tot 7000 stappen zetten per dag, een indicatie van een normale dagelijkse activiteit (zonder de vrijwillige fysieke activiteit tijdens sport of training gerekend). Een betrouwbare waarde voor het aantal stappen die gezet worden gedurende een half uur wandelen aan minstens matige intensiteit, zou tussen de 3000 en de 4000 stappen vallen. Als we dan aanvaarden dat 6000 tot 7000 stappen per dag overeen komen met een normale dagelijkse activiteit, brengt de toevoeging van 3000 tot 4000 stappen ons bij 9000 tot 11.000 stappen per dag, hetgeen best wel overeenkomt met de 10.000 stappen richtlijn. [10]

Het geven van een “10.000 stappen”-advies is wellicht effectiever dan het advies om per dag 30 minuten extra te wandelen. [11]

Want studies die een streefdoel hanteren, en voornamelijk het doel van 10.000 stappen per dag, blijken de grootste impact te hebben op het verhogen van de fysieke activiteit. [12]

3.2.1 Worden deze richtlijnen algemeen nageleefd?

Een internationale meta- analyse die 42 studies tussen 1983 en 2004 samenvoegde, kwam bij de deelnemers tot een gemiddeld aantal stappen van 9448 per dag. [12]

Recentere studies brengen echter lagere waarden ten berde. Zo zijn er waarden van ongeveer 5100 stappen per dag bij Amerikaanse volwassenen, 7200 bij Japanse volwassenen en 9600 voor West-Australische volwassenen. [13]

De gezondheidsvoordelen van fysieke activiteit zijn ruim gedocumenteerd en toch blijft 70% van de volwassenen in Europa een sedentair leven leiden. [14] In Engeland bedraagt de prevalentie van sedentariteit 60% bij de mannen en 74% bij de vrouwen. [15]

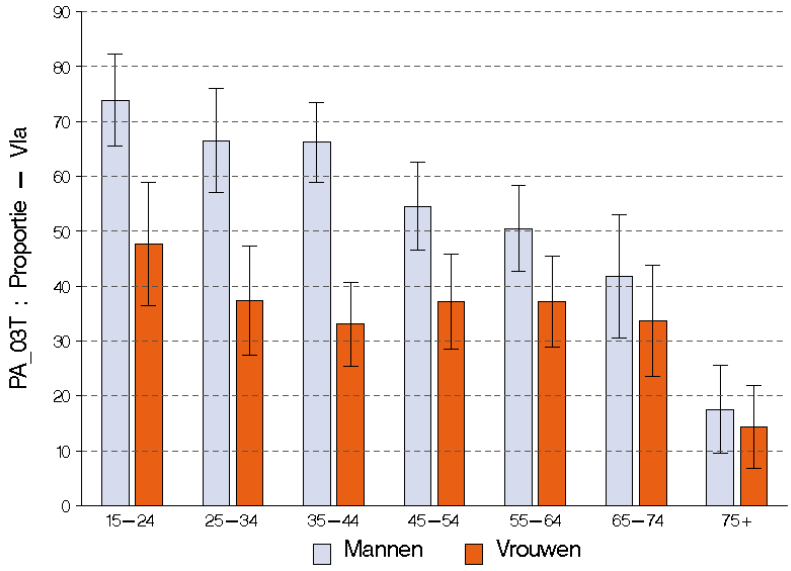
3.2.2 En in ons land?

In een Vlaamse studie van De Cocker et al. namen de 1239 volwassen deelnemers gemiddeld 9655 stappen per dag, met een standaarddeviatie van 4526 stappen. [13]
Mannen doen op alle leeftijden meer aan sport dan vrouwen. Er is een duidelijke afname van fysieke activiteit onder de werkende populatie met een leeftijd tussen 30 en 50 jaar. 18- tot 24-jarige mannen doen gemiddeld 5,4 uren per week aan sport. Daar blijft slechts de helft van over bij de 40- tot 60-jarigen. Vrouwen doen nooit meer dan gemiddeld 2 uren sport per week, behalve de 18- tot 24-jarigen. [16] De specifieke risicogroepen voor fysieke inactiviteit zijn vrouwen, lager geschoolden, gescheiden personen, huisvrouwen en mensen met overgewicht.[17]

In België bestaan hierover ook cijfers dankzij de Nationale Gezondheidsenquêtes. De laatste enquête uit 2008 leerde ons dat 38% van de bevolking minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging doet. En 26% houdt er slechts sedentaire activiteiten op na. [18]

Maar deze gegevens zijn gecontesteerd want in deze gezondheidsenquête wordt lichaamsbeweging niet gemeten op basis van directe metingen, maar wel op basis van

verklaringen van de bevraagde personen, met alle mogelijke subjectiviteit die dit met zich meebrengt.



Figuur 1: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging (matig tot intensief) besteedt, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2008 – Vlaams Gewest. [18]

3.3 Fysieke activiteit bij allochtonen

Niet westerse immigranten die in westerse landen leven, hebben een groter risico om fysiek inactief te zijn dan de inheemse bevolking.
Een review van Caperchione et al. vond dat migratie naar westerse landen een nadelig effect heeft op de gezondheidstoestand en gedragingen van cultureel en linguïstisch diverse migrantengroepen. Het is duidelijk dat fysieke inactiviteit frequent is bij migrantengroepen en dat het een zeer belangrijke risicofactor is voor chronische ziekten bij deze individuen. Daarnaast zijn deze personen minder geneigd om proactief de gezondheidszorg op te zoeken of om preventieve maatregelen te nemen om een optimale gezondheid te bekomen. Dit is ook zo wat betreft fysieke activiteit. [19]

Hoewel de literatuur dubbelzinnig is over de gezondheidstoestand van migranten die een nieuw gastland binnenkomen, is er meer de neiging om te spreken over een "healthy migrant effect" (het gezonde migranteffect). Dit komt voor wanneer migranten van niet westerse landen meestal in goede gezondheid verkeren bij aankomst en wanneer deze toestand verslecht met toenemende tijd dat men in het gastland verblijft. Dit is geassocieerd met wat men acculturatie (sociale integratie) noemt. Acculturatie, hetgeen deel uitmaakt van het migratieproces, wordt ook vaak geassocieerd met het aannemen van negatieve westerse gedragingen zoals de consumptie van een vet- en calorierijk dieet, roken, alcoholinname en een meer sedentaire levensstijl.

Anderzijds is een toename van de culturele en sociale integratie geassocieerd met een toename van de fysieke activiteit gedurende de vrije tijd. [20]
Deze positieve associatie wordt vaak verklaard door de grotere blootstelling aan gezondheids-promoverende campagnes bij mensen die de taal spreken van het gastland en die meer contacten hebben met de autochtone bevolking. Het is mogelijk dat zij op die manier beter geïnformeerd zijn over de mogelijkheden die er zijn voor fysieke activiteit of waar ze sportfaciliteiten vinden.
Maar, desondanks, nemen alle immigrantengroepen minder deel aan sportactiviteiten dan de autochtone bevolking. Dit resultaat kan deels toegeschreven worden aan culturele verschillen in deelname aan sport bij de etnische groepen en tussen mannen en vrouwen, omdat vrouwen minder vaak deelnemen dan mannen. [21-22]

Veel etnische minderhedengroepen geven aan dat fysieke activiteit voor vrouwen niet wordt aangemoedigd, daar deze vrouwen ook verwacht worden om hun tijd thuis door te brengen om voor hun familie te zorgen. Hoewel sport binnen de Islam is toegestaan, interpreteren vele moslims geschriften uit de Koran als zouden ze fysieke activiteit voor vrouwen verbieden. Anderen laten deelname aan fysieke activiteit enkel toe als het hun familieverantwoordelijkheden niet in het gedrang brengt en als het gebeurt binnen programma's waaraan enkel vrouwen kunnen deelnemen. De vrouwen zelf vermelden dan ook dat er niet genoeg faciliteiten zijn waar zij zich (deels) kunnen blootgeven omdat er geen faciliteiten ingelegd worden die enkel voor vrouwen zijn, met een vrouwelijke instructeur. [19] Daarnaast is er een groep die wel met mannen zou kunnen sporten, maar dit liever zelf niet wil, omdat zij zich met vrouwen onderling veel meer op hun gemak voelen, zich minder bekeken voelen en kunnen sporten zonder hoofddoek. Er wordt niet op ze gelet en ze worden geaccepteerd zoals ze zijn. [23]

Vrouwen van etnische minderheden zijn dan ook een belangrijke doelgroep voor interventies om fysieke activiteit te promoten. Een Nederlandse studie toonde aan dat zij minder actief zijn dan de dames van Nederlandse origine. Dit lijdt ertoe dat er bij deze vrouwen tussen 18 en 65 jaar vaker overgewicht voorkomt (64% versus 45%) en dat zij vaker aan diabetes mellitus type 2, hypertensie en psychische problemen lijden dan Nederlandse vrouwen van dezelfde leeftijdsgroep. [24]

Nochtans, hoe langer deze vrouwen in het gastland zijn, hoe meer beweging ze hebben. Een hypothese om deze bevinding te verklaren is dat wanneer immigrante vrouwen gedurende een langere periode worden blootgesteld aan de culturele normen van het gastland, zij hun fysieke activiteit aanpassen. Het zou ook kunnen dat de financiële status van de immigranten verbetert naargelang de tijd sinds immigratie, zodat ze ook kunnen betalen voor activiteiten en materiaal of dat ze meer vrije tijd gaan hebben voor fysieke activiteit. Ook de betere kennis van de taal en van de lokale mogelijkheden of faciliteiten verlagen de drempel.[25]

Let wel, bij de mannen zijn het zij, die het minst geacculturee rd zijn, die de meest fysiek belastende jobs uitvoeren. We mogen ons dus niet blindstaren op het feit dat minder geïntegreerde migranten minder sporten, want vaak geraken zij wel aan de richtlijnen voor fysieke activiteit door het uitvoeren van hun job. [26-27]

Terwijl er een toename is van het aantal interventies dat zich op deze migrantengroepen richt, is er weinig geweten over hun meest geliefkoosde manieren om fysiek actief te zijn.
De meeste allochtonen zijn meer geneigd om zich te engageren in eenvoudige vormen van training zoals thuis oefeningen doen, aerobics en krachttraining met gewichten. [25]

3.4 Fysieke activiteit bij jongeren

Een weinig actieve leefwijze leidt onder jongeren niet direct tot gezondheidsklachten, maar het verhoogt wel de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en osteoporose op oudere leeftijd, terwijl voldoende lichaamsbeweging en sportparticipatie tijdens de jeugd voorspellers zijn van een lagere BMI als volwassene. [28]
Spijtig genoeg wijzen internationale studies op een afnemende trend van fysieke activiteit bij jongeren. Als gevolg hiervan voldoet een groot percentage van de jongeren niet aan de gezondheidsrichtlijnen rond fysieke activiteit.

De zogenoemde ‘bewegingsarmoede’ wordt kennelijk niet zozeer veroorzaakt omdat de jeugd minder zou sporten, maar vooral omdat ze in het dagelijks leven steeds minder fysiek actief zijn. Technologische ontwikkelingen als liften, op afstand bedienbare apparaten en internet zorgen ervoor dat onze jeugd minder beweegt. Ze lopen of fietsen bijvoorbeeld minder vaak naar school en zitten in hun vrije tijd vaker achter de computer of verrichten andere sedentaire activiteiten.

Hoewel soms wordt aangenomen dat jongeren zich geen zorgen zouden maken over hun gezondheid, blijkt uit de literatuur dat jongeren zich wel degelijk bewust zijn van bepaalde gezondheidsrisico’s en deze ook proberen te mijden. Vooral meisjes en in toenemende mate ook jongens zijn zich in de puberteit bovendien bewust van hun eigen (veranderende) lichaam in relatie tot dominante lichaamsbeelden en (gezondheids)normen als ‘slank’, ‘fit’ en ‘gespierd’. [29]

Migrantenkinderen en kinderen met een lagere socio-economische achtergrond zijn minder fysiek actief en zijn bijgevolg minder fit in vergelijking met niet-migranten kinderen of kinderen met een hogere socio-economische achtergrond. [30]
En laat net hen een groep zijn die moeilijk te bereiken is via groepsgerichte voorlichtingscampagnes of projecten.

3.5 Rol van de huisarts in bewegingspromotie

De huisarts kán een belangrijke rol spelen in de preventieve gezondheidszorg en gezondheidspromotie. Hij of zij wordt dagelijks geconfronteerd met vragen van patiënten over voedingsadvies, dieetbegeleiding, rookstop, lichaamsbeweging en dergelijke meer. Hiermee drukt de patiënt de wens uit om zo gezond mogelijk te leven.
Hiervoor wordt een beroep gedaan op de arts als deskundige hulpverlener. Vanuit zijn kennis en ervaring ziet de arts bepaalde risico's waaraan individuele of groepen van patiënten zich blootstellen.
In onze vergrijzende samenleving gaat onze zorg steeds meer naar toevoeging van kwaliteit aan de winst in jaren. Als arts zijn we daardoor meer alert voor de risico's verbonden aan de levensstijl van onze patiënten. Vanuit de vertrouwensrelatie die we met hen hebben, laten ze ons overigens meestal toe hen aan te spreken over persoonlijke of globale gezondheidsrisico's.
Huisartsen bekleden een positie die hen uitermate geschikt maakt om de bevolking te helpen bij het veranderen van haar levensstijl. Daarenboven vinden de meeste huisartsen preventie een belangrijke deelopdracht binnen hun functie. [5]

Zelfs kleine interventies gericht op de promotie van fysieke activiteit bij sedentaire patiënten door gemotiveerde huisartsen, leiden tot een toename aan fysieke activiteit. Dokters die zowel verbaal als geschreven advies geven over fysieke activiteit, hebben effect op de graad van fysieke activiteit bij voorheen sedentaire patiënten. [31-32]

Belangrijk hierbij is dat het voorschrijven van fysieke activiteit de moeite loont indien de huisarts zelf gemotiveerd is. [31-33] De mate waarin de arts zelf fysiek (in)actief is, beïnvloedt dan ook sterk de mate waarin beweging gepromoot wordt. [34]
Ook het Public Health Interventions Advisory Committee (PHIAC) beveelt het gebruik van korte interventies ten zeerste aan. [35]
Per 10 personen die meer fysieke activiteit kregen voorgeschreven, bereikte en onderhield één iemand de aanbevolen 150 minuten van fysieke activiteit per week na 12 maanden. [9]

Andere bronnen stellen dan weer dat het geven van beknopt advies, zonder begeleiding en opvolging, ineffectief lijkt te zijn. [36-37]
De arts dient dus mee te gaan als procesbegeleider. Maar daar wringt het schoentje vaak.

3.6 Rol van de stappenteller in bewegingspromotie

Pedometers of stappentellers worden aanzien als het meest praktische instrument voor individuele en bevolkingsgerichte gezondheidspromotie. Ze zijn eenvoudig in gebruik, goedkoop en de output is zeer gebruiksvriendelijk. Maar in tegenstelling tot accelerometers, zijn ze niet geschikt om de intensiteit van de fysieke activiteit te meten. Toch zijn stappentellers representatief voor onze totale graad van beweging want gemiddeld 85% van ons dagelijks energieverbruik wordt gespendeerd aan stappen. [38]
Het enige echte nadeel van stappentellers is dat ze niet zo gevoelig zijn voor activiteiten buiten wandelen (zwemmen, fietsen, gewichttraining). [10,39]

Het gebruik van stappentellers in gedragsbevorderende programma's verhoogt de fysieke activiteit met ongeveer 2000 tot 2500 stappen per dag [12] en leidt ook tot een significante daling van de systolische bloeddruk met gemiddeld 4mmHg en een significante daling in BMI. [40]

De belangrijkste eigenschap van stappentellers is wellicht dat ze de gebruiker onmiddellijke feedback verschaffen over zijn/haar activiteitenniveau. Deze bewustmaking speelt een grote rol in de motivatie om meer te gaan bewegen. [39, 41] Ze blijken ook de zelfeffectiviteit te verhogen. Gezien deze eigenschappen is de stappenteller een gedragsveranderende 'tool'. Hij kan de gebruiker stimuleren tot het aannemen van een actievere levensstijl door de onmiddellijke feedback en zelfmonitoring van de activiteit. [42-43]

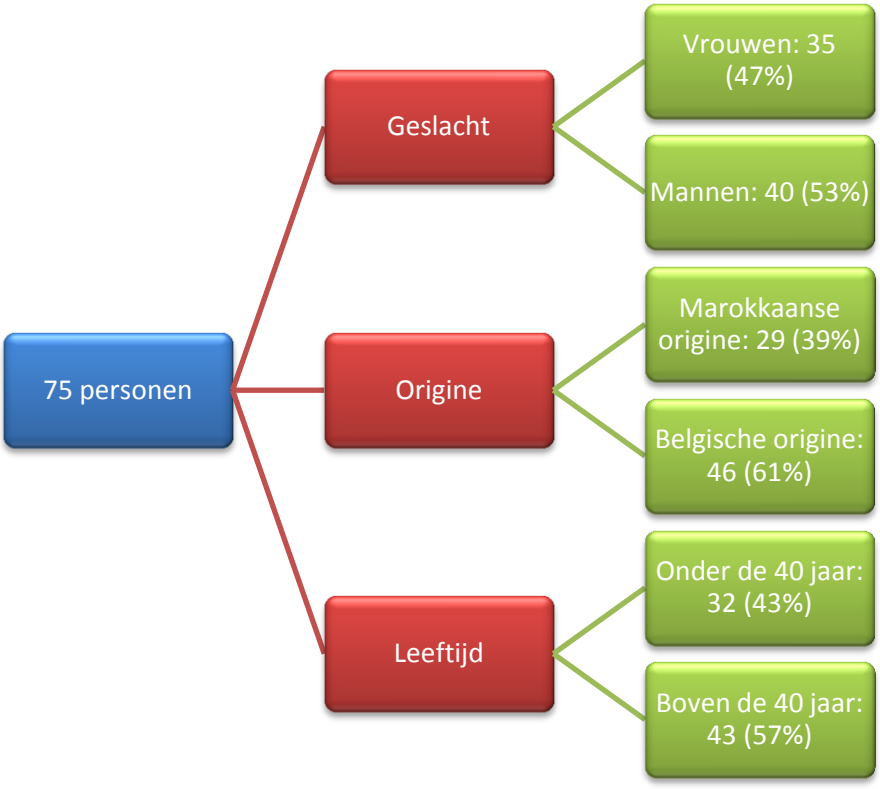
4. ONDERZOEKSRESULTATEN

4.1 Resultaten kwantitatief onderzoek

In de periode tussen eind maart en midden april 2012 werden patiënten aangesproken voor het project. 75 personen werden geïncludeerd in het onderzoek. Ik stelde het project voor aan 77 mensen. 2 van hen wensten niet deel te nemen, waarvan 1 iemand van Marokkaanse origine en 1 iemand van autochtone origine. Deze 2 personen weigerden omwille van tijdsgebrek.

4.1.1 Epidemiologie

In totaal namen er 35 vrouwen (47%) en 40 mannen (53%) deel.
Er waren 46 mensen van Belgische (61%) en 29 mensen van Marokkaanse origine (39%).
De gemiddelde leeftijd was 43 jaar en 10 maanden. 32 mensen (43%) waren 18 tot 40 jaar jong, de andere 43 (57%) waren tussen de 41 en 65 jaar.
De gemiddelde leeftijd van de deelnemende mensen van Belgische origine lag op 47 jaar, tegenover 38 jaar bij de mensen van Marokkaanse origine.



Tabel 2: Epidemiologische onderverdeling onderzoeksgroep volgens geslacht, origine en leeftijd. De percentages slaan op het aandeel van de totale onderzoeksgroep.

4.1.2 Gemiddeld aantal stappen per dag

Het gemiddeld aantal stappen per dag, gemeten over de laatste 4 dagen van de testweek, kwam op 7265, met een standaarddeviatie (SD) van 3413 stappen.
Bij de Marokkaanse onderzoeksgroep bedroeg dit aantal 6727 stappen (SD 3517) en bij de Vlamingen 7603 stappen (SD 3340).
Bij de vrouwen noteerden we gemiddeld 6777 stappen (SD 3207) en bij de mannen 7692 stappen (SD 3569).
Bij de mensen die 40 jaar of jonger zijn, bekwamen we gemiddeld 6610 stappen (SD 3114) en bij de mensen ouder dan 40 jaar 7752 stappen (SD 3577).

Als we deze data opsplitsen volgens leeftijd, origine én geslacht, vinden we de volgende resultaten van het gemiddeld aantal stappen per dag:

- Vrouwen van Marokkaanse origine, 40 jaar of jonger: 5070
- Vrouwen van Marokkaanse origine, boven de 40 jaar: 5323
- Vrouwen van Belgische origine, 40 jaar of jonger: 6290
- Vrouwen van Belgische origine, boven de 40 jaar: 8287
- Mannen van Marokkaanse origine, 40 jaar of jonger: 8419
- Mannen van Marokkaanse origine, boven de 40 jaar: 6829
- Mannen van Belgische origine, 40 jaar of jonger: 6271
- Mannen van Belgische origine, boven de 40 jaar: 7987

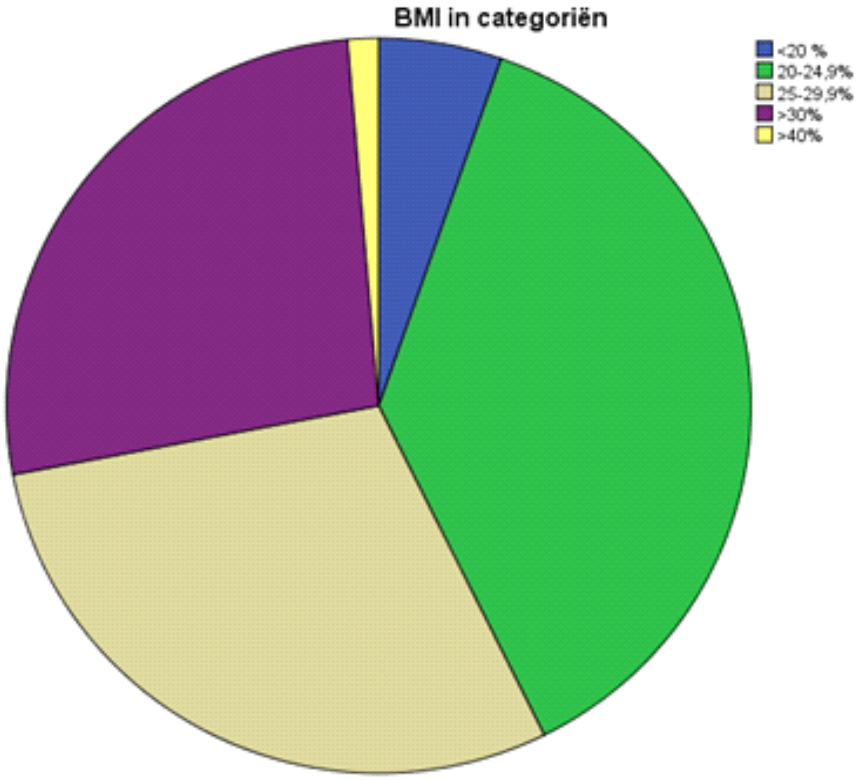
Wanneer we hierin zelf een opsplitsing maken, komen we tot de volgende groepering:

Gemiddeld aantal stappen per dag → Onderverdeling (n= aantal) ↓	< 3000	3000 - 5000	5000- 7000	7000-10.000	>10.000
Volledige dataset (n=75; 100%)	3 (4%)	22 (29,3%)	19 (25,3%)	18 (24%)	13 (17,3%)
Marokkaanse origine (n=29; 39%)	2 (6,9%)	12 (41,4%)	5 (17,2%)	4 (13,8%)	6 (20,7%)
Belgische origine (n=46; 61%)	1 (2,2%)	10 (21,7%)	14 (30,4%)	14 (30,4%)	7 (15,2%)
Vrouwen (n=35; 47%)	2 (5,7%)	10 (28,6%)	11 (31,4%)	10 (28,6%)	2 (5,7%)
Mannen (n= 40, 53%)	1 (2,5%)	12 (30%)	8 (20%)	8 (20%)	11 (27,5%)
Mensen 40 jaar of jonger (n=32)	1 (3,1%)	13 (40,6%)	8 (25%)	5 (15,6%)	5 (15,6%)
Mensen boven de 40 jaar (n=43)	2 (4,7%)	9 (20,9%)	11 (25,6%)	13 (30,2%)	8 (18,6%)
Marokkaanse origine, < 40 jaar (n= 19)	1 (5,3%)	8 (42,1%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)
Marokkaanse origine, > 40 jaar (n=10)	1 (10%)	4 (40%)	1 (10%)	2 (20%)	2 (20%)
Belgische origine, < 40 jaar (n=13)	0 (0%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)
Belgische origine, >40 jaar (n=33)	1 (3%)	5 (15,2%)	10 (30,3%)	11 (33,3%)	6 (18,2%)

Tabel 3: Aantal mensen in elke onderverdelingsgroep (volgens geslacht, leeftijd en origine) die minder dan 3000 stappen; tussen de 3000 en 5000; tussen de 5000 en 7000; tussen de 7000 en 10.000 en meer dan 10.000 stappen halen.

4.1.3 BMI

Wanneer we de Body Mass Index (BMI) beschouwen van onze deelnemers, zijn er 4 mensen (5,3%) met een BMI onder de 20, 28 mensen (37,3%) hebben een BMI tussen de 20 en 24.9. 22 mensen (29,3%) hebben een BMI tussen de 25 en de 29.9. 20 mensen (26,7%) hebben een BMI boven de 30 en 1 iemand (1,3%) heeft een BMI van boven de 40. Samengeteld hebben bijgevolg 43 van de 75 deelnemers overgewicht (57,3%), waarvan 21 obesitas hebben (28% van het totaal) en 1 iemand zelfs morbide obees is. De gemiddelde BMI ligt op 26,95.



Figuur 2: Taartdiagram met de verdeling van het aantal deelnemers volgens hun BMI.

BMI < 20: 5,3%.

BMI 20-24,9: 37,3%.

BMI 25-29,9: 29,3%.

BMI > 30: 26,7%

BMI > 40: 1,3%

Bij de allochtonen, heeft 15 van de 29 (51,7 %) overgewicht, 7 van hen (24,1% van totaal) zijn obees. Hun gemiddelde BMI komt op 26,68. Bij de Belgen heeft 28 van de 46 deelnemers (60,9%) overgewicht en 14 van hen (30,4% van totaal) zijn obees. Hun gemiddelde BMI komt op 27,12.
Bij de deelnemers van 40 jaar of jonger, heeft 14 van de 32 (43,7%) overgewicht, 5 van hen (15,6%) zijn obees. Hun gemiddelde BMI komt op 25,57.
Bij de deelnemers van boven de 40 jaar heeft 29 van de 43 (67%) overgewicht, 16 van hen (37%) zijn obees en 1 iemand (2,3%) is zelfs morbide obees. Hun gemiddelde BMI komt net niet aan 28 (27,98).

Wanneer we onderzoeken of er een verband bestaat tussen de BMI van de deelnemers en het gemiddeld aantal stappen dat ze per dag zetten, komen we tot de volgende tabel (tabel 4):

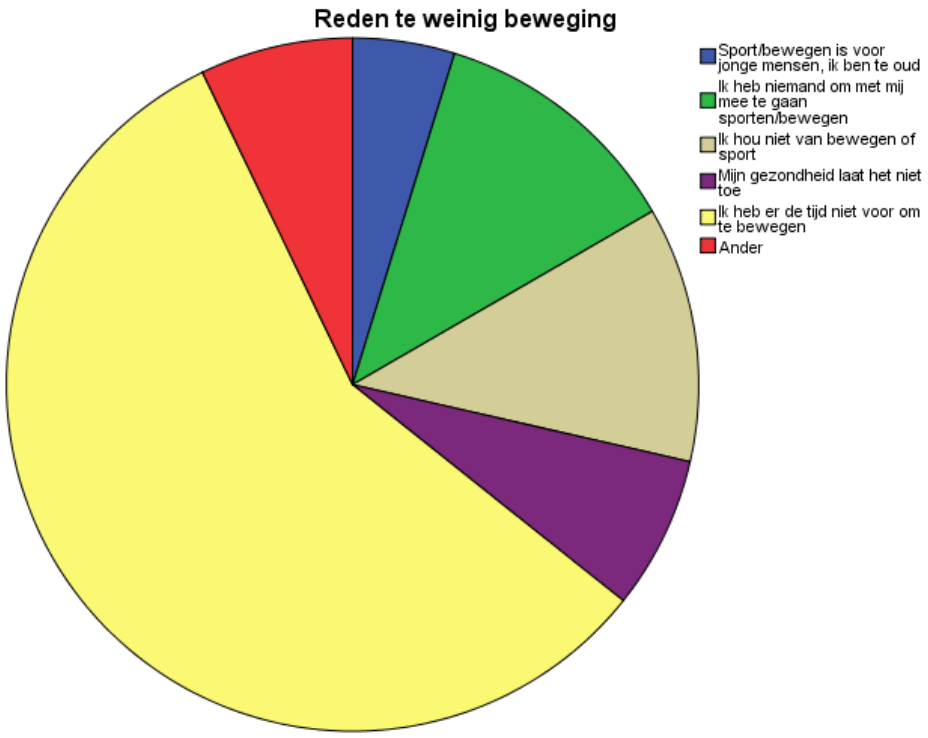
Verband tussen BMI en het gemiddeld aantal stappen per dag

BMI in categoriën	Aantal	Gemiddeld aantal stappen	Std. Deviatie
<20	4	6316,375	3279,835
20-24,9	28	8117,536	3793,177
25-29,9	22	7505,102	3322,214
>30	20	6195	2772,146
>40	1	3319	/

Tabel 4: Verband tussen BMI en het gemiddeld aantal stappen per dag

4.1.4 Eigen inschatting van het bewegingsniveau

Op basis van wat ze aangaven in de vragenlijst (bijlage 1), denken 33 van de 75 mensen (44%) voldoende in beweging te zijn. De resterende 42 (56%) denken dit bijgevolg niet. De redenen die deze mensen zelf aangeven voor hun gevoel van te weinig fysiek actief te zijn, zijn de volgende: 2 van de 42 (4,8%) vindt zichzelf te oud voor sport of beweging, 5 mensen (11,9%) hebben niemand om met zich mee te gaan sporten of bewegen; 5 mensen (11,9%) houden niet van beweging of sport; 3 mensen (7,1%) vinden dat hun gezondheid het niet toelaat; 24 mensen (57,1%) hebben onvoldoende tijd om te bewegen en 3 mensen (7,1%) zien nog een andere reden.



Figuur 3: Redenen die de deelnemers zelf aangeven waarom ze onvoldoende in beweging zijn:
Ik ben te oud, sport en bewegen is voor jonge mensen: 4,8%
Ik heb geen gezellen om te bewegen: 11,9%
Ik hou niet van bewegen of sport: 11,9%
Mijn gezondheid laat het niet toe: 7,1%
Ik heb de tijd niet om te bewegen: 57,1%
Andere reden: 7,1%

Bij de mensen die niet eens aan 5000 stappen per dag geraken, zijn er 6 van de 25 (24%) die denken toch voldoende in beweging te zijn. De overige 19 van de 25 (76%) die <5000

stappen per dag zetten, denken wel dat ze onvoldoende bewegen.
Bij de mensen die effectief voldoende bewegen (>10.000 stappen per dag) zijn er 9 van de 13 (69%) ook zelf van die mening, terwijl de resterende 4 van de 13 (31%) denkt dat het nog beter zou moeten.

Bij de mensen van Marokkaanse origine, zijn er 5 van de 14 (36%) van degenen met < 5000 stappen die denken toch voldoende in beweging te zijn. 3 van de 6 (50%) die wel aan minstens 10.000 stappen per dag geraakt, schat in dat ze effectief voldoende bewegen.

Bij de geboren Belgen is er één iemand van de 11 (9 %) van degenen met <5000 stappen, die denkt voldoende in beweging te zijn, terwijl dit niet zo is. 6 van de 7 (86%) mensen met meer dan 10.000 stappen per dag, voelen dit ook zo aan dat ze voldoende bewegen.

44% denkt voldoende in beweging te zijn, terwijl slechts 13 van de 75 mensen (17%) meer dan 10.000 stappen per dag zet. Er zijn wel 31 mensen (41,3%) die gemiddeld meer dan 7000 stappen hebben gezet.

Bij de mensen van Marokkaanse origine van 40 jaar of jonger, denken 9 van de 19 (47,4%) zelf voldoende beweging te hebben. Bij hen zijn er 4 (21,7 %) die meer dan 10.000 stappen per dag zet. 6 van de 19 (31,6%) zet meer dan 7000 stappen en 10 van de 19 (53%) zet meer dan 5000 stappen.
Bij de mensen van Marokkaanse origine boven de 40 jaar, zeggen 4 van de 10 (40%) zelf voldoende beweging te hebben. 2 van de 10 (20%) komen aan 10.000 stappen per dag. 4 van de 10 (40%) zet meer dan 7000 stappen per dag.

Bij de mensen van Belgische origine van 40 jaar of jonger, denken 3 van de 13 (23%) voldoende in beweging te zijn, terwijl in werkelijkheid nog minder mensen die 10.000 stappen halen. Slechts 1 iemand (8%) haalt de gezondheidsrichtlijnen, maar er zijn wel 4 mensen (30,8%) die meer dan 7000 stappen per dag hebben gezet in die bewuste week.
Bij de mensen van Belgische origine boven de 40 jaar, zijn er 17 van de 33 (51,5%) die denken voldoende in beweging te zijn, terwijl slechts 6 van de 33 (18%) minstens de 10.000 stappengrens halen. Er zijn wel 17 van de 33 (51,5%) die meer dan 7000 stappen laten optekenen.

4.1.5 Inschatten van de eigen gezondheid

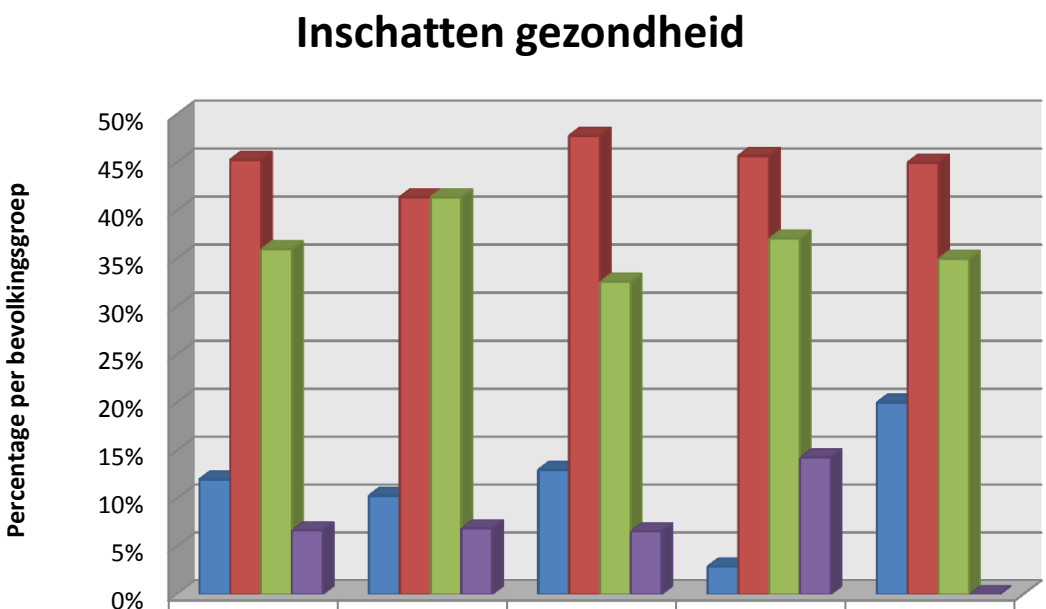
8 van de 75 deelnemers (12%) vindt van zichzelf dat hij of zij een zeer goede gezondheid heeft. 34 mensen (45,3%) vinden ze goed, 27 (36%) gemiddeld en 5 mensen (6,7%) vinden ze zwak.

Wanneer we dit opsplitsen volgens origine, zijn deze percentages vrij gelijklopend.

Bij de mensen van Marokkaanse origine respectievelijk 10,3% zeer goed, 41,4% goed, 41,4% gemiddeld en 6,9% zwak. Bij de mensen van Belgische origine zijn deze percentages respectievelijk 13% zeer goed, 47,8% goed, 32,6% gemiddeld en 6,5% zwak.

Over het algemeen vindt 57,3% van de mensen dat ze een goede of zelfs zeer goede gezondheid hebben. Bij de mensen van Marokkaanse origine is dit 51,7%; bij de Belgen is dit aandeel iets groter, nl 60,9%.

Wanneer we dit opsplitsen volgens geslacht, vinden we bij de vrouwen respectievelijk de volgende cijfers: 2,9% zeer goed, 45,7% goed, 37,1% gemiddeld en 14,3% zwak. Bij de mannen wordt dit: 20% zeer goed, 45% goed, 35% gemiddeld en geen enkele man aanzag zijn gezondheid zelf als zwak. Bij de mannen scoort 65% hun gezondheid bijgevolg als goed of zeer goed, niemand beoordeelt ze als zwak. Bij de vrouwen is er 48,6% die hun gezondheid als goed of zeer goed bestempelt en 14% als zwak.



	Gehele populatie	Marokkaanse origine	Belgische origine	Vrouwen	Mannen
Zeer goed	12%	10,30%	13%	2,90%	20%
Goed	45,30%	41,40%	47,80%	45,70%	45%
Gemiddeld	36%	41,40%	32,60%	37,10%	35%
Zwak	6,70%	6,90%	6,60%	14,30%	0%

Tabel 5: Inschatting van de eigen gezondheid door de deelnemers, opgesplitst volgens origine en geslacht

4.1.6 Bespreken van het onderwerp "bewegen" met de huisarts

9 van de 75 (12%) deelnemers wenst het onderwerp bewegen liever niet met hun huisarts te bespreken. De overige 66 (88%) dan weer wel. Hierbij zien we een verschil bij opsplitsing van de dataset per origine: bij de mensen van Marokkaanse origine zijn er 7 van de 29 (24,1%) die dit niet wensen te bespreken, terwijl er slechts 2 van de 46 Belgen dit ook antwoorden (4,3%).
Daarnaast bestaat er ook een verschil volgens leeftijd: 6 van deze 9 mensen waren 40 jaar of jonger. Dit zorgt ervoor dat 18,8% van diegenen van 40 jaar of jonger, beweging niet wenst te bespreken met hun arts, tegenover 7% bij de mensen ouder dan 40.
Dit komt voornamelijk door het grote aandeel jonge mensen van Marokkaanse origine (< 40 jaar), die niet geïnteresseerd zijn in een gesprek over beweging. Bij hen willen 5 van de 19 (26.3%) hierover liever niet spreken met hun arts. Bij de oudere mensen van Marokkaanse origine zijn er ook 2 van de 10 (20%) die hierover liever niet spreken, terwijl bij de oudere Belgen (> 40 jaar) 1 op de 33 dit niet wenst (3%). Bij de jongere Belgen, was er 1 iemand van de 13 (8%) die liever hierover niet met hun arts praat.

Bij diegenen die het onderwerp meer bewegen met hun dokter wil bespreken, zijn er 25 van de 66 (38%), die ook vinden dat ze voldoende beweging hebben en zijn er 41 (62%) die vinden dat ze niet genoeg beweging hebben. Bij degenen die hierover liever niet spreken met hun arts zijn er 8 van de 9 (89%) die vinden dat ze voldoende beweging hebben en 1 iemand (11%) die vindt dat hij niet voldoende beweegt.
Dit terwijl die 9 mensen gemiddeld aan 7590 stappen per dag komen, maar 5 van die 9 deelnemers (55,6%) geraakt niet aan 7000 stappen per dag en 4 van die 5 (44%) niet eens aan 5000 stappen per dag.

4.1.7 Motivatiefase omtrent beweging

In 1983 werd door Prochaska en DiClemente een transtheoretisch model ontworpen. Dit model beschreef de fases die patiënten doorlopen wanneer ze stoppen met roken. Nadien werd dit model ook toegepast bij voedingsgewoonten, drug- en alcoholverslaving en bij fysieke activiteit. [44]
De fases tonen aan waarom niet-gemotiveerde patiënten niet onmiddellijk kunnen worden aangezet tot gedragsverandering. Hiervoor moeten de meeste mensen een heel proces doorlopen. Het model biedt concrete stappen voor hulpverleners omtrent het motiveren en begeleiden van de patiënt in zijn of haar gedragsveranderingsproces.

Wanneer we de fase-indeling van Prochaska en DiClemente overnemen en naar de motivatiefase gaan kijken van de ondervraagde personen, komen we tot de volgende indeling per motivatiefase:

Onderverdeling → Motivatiefase ↓	Allen (n= 75)	Vrouwen (n=35)	Mannen (n=40)
Precontemplatiefase	6 (8%)	4 (11,4%)	2 (5%)
Contemplatiefase	22 (29,3%)	13 (37,1%)	9 (22,5%)
Preparatiefase	14 (18,7%)	8 (22,9%)	6 (15%)
Actiefase	1 (1,3%)	1 (2,9%)	0 (0%)
Consolidatiefase	12 (16%)	6 (17%)	6 (15%)
Terminatiefase	17 (22,7%)	2 (5,7%)	15 (37,5%)
Hervalfase	2 (2,7%)	1 (2,9%)	1 (2,5%)
Geen idee	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (2,5%)

Tabel: Onderverdeling in categorieën volgens motivatiefase van de deelnemers.

Bij de andere onderverdelingen (volgens leeftijd of volgens origine) zijn er op dit vlak amper verschillen.

Mensen in de precontemplatiefase bereiken gemiddeld 5913 (SD 2740); in de contemplatiefase 6095 (SD 2690) en in de preparatiefase 6673 (SD 2614) stappen per dag. De personen die zichzelf in de consolidatie- of terminatiefase zien, komen gemiddeld op respectievelijk 9336 (SD 4596) en 9073 (SD 2937) stappen. De mensen in de hervalfase

kwamen gemiddeld aan het minst aantal stappen: 3165 (SD 1188), maar belangrijk om daarbij te vermelden is dat het hier slechts om 2 testpersonen ging.

4.1.8 Fysiek belastende job

In totaal zijn er 23 van de 75 deelnemers (30,6%) die vinden dat ze een fysiek belastende dagtaak hebben. Bij de populatie van Marokkaanse origine, vinden 12 van de 29 (41,4%) dat ze een fysiek belastende job hebben. Bij de mensen van Belgische komaf, zijn dat er 11 van 46 (23,9%).
Bij de jongere populatie, vinden 13 van de 32 (40,6%) dit ook, bij de mensen boven de 40 jaar zijn er dit nog 10 van de 43 (23,3%)

4.1.9 (Ab)usus

37 van de 75 (49,3%) deelnemers zegt nooit alcohol te drinken. Bij de mensen van allochtone oorsprong beweren 26 van de 29 (89,7%) nooit alcohol te drinken tegenover slechts 11 van de 46 (23,9%) Belgen die dit beweren. 22 van de 46 (47,8%) Belgen geven toe dat ze dagelijks 3 of meer glazen alcohol drinken.

Bij de 75 testpersonen zijn er 8 die roken (10,6%). 2 van de 29 (6,9%) mensen van Marokkaanse origine rookt versus 6 van de 46 (13%) Belgen.
Tijdens het onderzoek besliste 1 man van Belgische origine te stoppen met roken, na het aankaarten van zijn rookgedrag. Tot op heden (maart 2013) is hij nog steeds gestopt.

4.2 Resultaten kwalitatief onderzoek

De resultaten die hieronder worden vermeld, verkreeg ik op basis van de semigestructureerde interviews van 16 deelnemers aan de studie. Negen deelnemers waren van allochtone, de overige zeven van autochtone origine. Ik streefde ernaar om qua leeftijd en geslacht een zo gevarieerd mogelijke groep samen te stellen binnen de onderzochte populatie.

Tijdens de gesprekken trachtte ik een antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvragen:

- Hebben de patiënten voldoende kennis in verband met "voldoende fysieke activiteit"?
- Wat zien de patiënten zelf als de belangrijkste hinderpalen om tot voldoende fysieke activiteit te komen?
- Zien patiënten zelf oplossingen om deze hinderpalen uit de weg te gaan?
- Wat is de rol van de huisarts volgens mijn patiënten binnen bewegingspromotie?

Hetgeen volgt is een selectie uit de uitspraken van de respondenten (R) rond deze onderwerpen.

4.2.1 Kennis omtrent richtlijn gezonde fysieke activiteit

De helft van de respondenten weet dat er wordt voorgeschreven om minstens 10.000 stappen per dag te zetten of een half uur per dag extra beweging te hebben. De anderen hebben daar dan weer vaak weinig of geen enkel zicht op. Dit is grotendeels origine-gebonden. Het zijn voornamelijk de respondenten van Marokkaanse origine die geen idee hebben van de hoeveelheid die ze zouden moeten bewegen. De Belgische respondenten hebben hier duidelijk een beter zicht op.

Heeft u zelf een idee hoeveel stappen u per dag moet zetten of hoeveel minuten per dag u extra moet bewegen om goed te doen voor uw gezondheid?

> *R: 1000-1500? (Marokkaanse vrouw, <40 jaar)*
>
> *R: Nee, ik kan niet zeggen zo, en zo. Misschien 2 of 3 kilometer? (Marokkaanse man > 40 jaar)*
>
> *R: Aantal stappen, neen. Maar ik denk dat toch minstens 10 minuten per dag. (Marokkaanse man <40 jaar)*

R: Ik dacht 10.000 stappen per dag. Maar dat lijkt mij onooglijk veel en een half uur extra beweging per dag die je moet doen buiten uw job. (Belgische vrouw >40 jaar)

4.2.2 Hinderpalen om tot voldoende fysieke activiteit te komen

Welke hinderpalen zien de meeste geïnterviewden zelf waardoor zij niet aan voldoende activiteit komen? De meest genoemde hinderpalen zijn de volgende:

1) tijdsgebrek,

R: Het is een flauw excuus, maar ik heb gewoon geen tijd. Ik werk tot acht uur 's avonds en begin om half negen 's morgens en 's avonds heb ik geen energie meer om te sporten. Dat kan ik gewoon niet. En op woensdag, mijn vrije dag, doe ik mijn administratie en mijn huishouden. In de namiddag de kinderen van hier naar daar. Ik weet het, het is misschien een flauw excuus, maar ik heb gewoon de energie niet meer, ik heb gewoon de fysieke kracht niet meer om nog extra te gaan sporten. (Marokkaanse vrouw, < 40 jaar)

R: Ge komt om 6 uur thuis en ge moet dan nog voor uw kinderen zorgen. Dat huiswerk moet meegemaakt worden. Het eten moet verzorgd worden. Heel af en toe moet ge nog iets afwerken wat ge overdag niet hebt kunnen afwerken. Dat is maar eventjes, maar een half uurke. Voor dat ge 't weet is het 9 uur of half 10. (Marokkaanse man, > 40 jaar)

2) automatisering van onze levenssfeer,

R: Omdat men nogal gemakkelijk naar vervoer grijpt om zijn verplaatsingen te doen he. Zijnde de wagen. Ik ziet dat aan het werk ook. Veel bezoekers zouden liefst met de wagen binnenrijden. Het is nu al discussie dat de parking te ver af ligt van de instelling. (Belgische man, > 40 jaar, rusthuisdirecteur)

R: Shame, shame! Auto en zo e. Elke minuut is kostbaar e. (Marokkaanse vrouw, < 40 jaar)

3) weinig actieve job

R: Veel zittend werk. Veel vergaderingen en dan vooral de rest tamelijk veel pc werk. (Belgische man > 40 jaar)

R: Want das gelijk wat de osteopaat ook zei, bij de beschrijving van mijn job: je blijft op 1 punt staan en je beweegt alleen maar aan de kassa en dat veroorzaakt nog meer problemen. Je beweegt maar 1 spier en al de rest niet… (Marokkaanse vrouw, <40 jaar)

4) het slechte weer in België.

R: Als het beter weer is, dan ga ik sowieso verder met mijn hondje of dan doe ik al eens een extra toertje. (Belgische vrouw, > 40 jaar)

R:Ik woon eigenlijk zeer dicht bij de winkels en bij de supermarkt, ja. Vanaf dat het ne keer een spatje regent, of het is koud, of er is veel wind, dan ga ik al graag met de auto. (Belgische vrouw, < 40 jaar)

R: De kou, de kou speelt mee. Want ge weet hoe dat mijn vingers bevriezen, zo bevriezen mijn voeten ook, dus ik zien mijn eigen niet een half uur wandelen elken dag en dan zo afzien. In de

zomer, ja dan loop ik in mijnen bos rond en dan kom ik aan meer. (Belgische vrouw, > 40 jaar)

Minder frequent genoemde redenen waren de volgende:

5) onveiligheidsgevoel

R: Wij konden veel meer buiten doen. Nu is dat, oei, voor die klein mannen, ik zou benauwd zijn… Nu voor de deur rolschaatsen, dat zou ik al ni willen, want ik heb al te veel bordjes zien staan van 'herdenk onze kinderen'. (Belgische vrouw, > 40 jaar)

6) gebrek aan groene ruimte

R: Gelijk in Sint-Niklaas heb je daar dat park. Voor te lopen, geeft dat meer motivatie aan de mensen, en dat heb je hier niet. Ge ziet dat in Amerika ook wel, en gelijk hier, ge moet al den auto gaan pakken om naar een park te gaan, das ook niet just. (Marokkaanse vrouw, < 40 jaar)

7) gebrek aan financiële middelen (slechts 2 personen halen dit aan):

R: en ik weet dat dat toch duur was hoor zo een fitnessabonnement. Hoeveel geld kost dat niet op een jaar. Dat is voor iedereen toch ni zomaar evident om dat op tafel te leggen. (Belgische vrouw, < 40 jaar)

R: Dus nu ga ik altijd maar een 3 maand abonnement doen, want een jaarabonnement…(Marokkaanse vrouw, < 40 jaar)

4.2.3 Verschillen jong-oud

De meerderheid van de respondenten ziet in dat de jeugd relatief weinig beweegt. Ze zien hiervoor twee bepalende factoren. Ten eerste de multimedia-generatie en ten tweede een minder bewustzijn van het belang van beweging voor hun latere gezondheid.

> *R: Ik denk dat die veel meer voor de computer zitten en spelletjes spelen en voor den teevee hangen, sowieso. En er is hoe langer ook hoe minder tijd voor sport op school en das heel spijtig. (Belgische vrouw, > 40 jaar)*
>
> *R: Als ge thuis met nen laptop zit en nen playstation en nen wii en nen smartphone, dan hebt ge denk ik soms wat minder zin om zelf te fitnessen. (Marokkaanse man, > 40 jaar)*
>
> *R: Ja, das een leeftijd dat je nog niets voelt eh. Ge voelt u gezond. Fysiek hebt ge dan nog weinig last, maar dat wil niet zeggen dat je daarom gezond bezig bent. (Belgische man, < 40 jaar)*
>
> *R: Ja ik denk het wel, en ook een beetje het idee van 'ik ben nog jong, ik ben nog in form' en vanaf 40 dat de mensen wel eens in paniek durven schieten van 'oei, ik ben 40-50 en ik moet dringend wel iets aan mijn conditie doen. Ik denk dat de jeugd daar veel minder mee bezig is gewoon. (Marokkaanse vrouw >40 jaar)*
>
> *R: Ja, en velen hebben dat van de jongere mensen, tegenover de oudere mensen die hebben een andere leefwereld gekend. Echt veel meer te voet moeten doen, echt veel meer moeten knokken dan wij eigenlijk en das de reden ze. (Marokkaanse vrouw < 40 jaar)*

4.2.4 Beweging bij allochtonen

De mensen van Marokkaanse origine zelf merken de volgende zaken op omtrent fysieke activiteit:

> *R: Ik ken Marokkaanse ouders bijvoorbeeld, die wonen met 4-5-6 broers en zussen. Ja, 's avonds zijn die ni liever als weg. Omdat die..*
> - *Omdat het binnenshuis te druk is? Te druk is ja. (Marokkaanse man, > 40 jaar)*
>
> *R: Koran zegt dat jij moet sport maken op een dag e. Maar ook beetje koran lezen, dat is ook goed he, maar koran zegt veel bewegen (Marokkaanse man, > 40 jaar)*
>
> *R: Zowel van alles eigenlijk van sport. Rijden bijvoorbeeld met de paarden of zwemmen. Er zijn verschillende uitspraken die de mensen stimuleren om te leren zwemmen, om te leren rijden. Om te leren met het zwaard eigenlijk, is ook een sport. Ze moeten trainen. (Marokkaanse man, < 40 jaar)*
>
> *R: Maar ga naar de fitness en de helft of meer dan de helft is daar allochtoon. (Marokkaanse man, > 40 jaar)*
>
> *R: Probleem is, waar moeten de meisjes gaan? Er is ook weinig aanbod. (Marokkaanse man, < 40 jaar)*

R: Soms zondag, ik ga ook naar de fitness. Maar voor mij met sjaal is ook moeilijk.
- En waarom is dat moeilijk?
R: Als jij sport, is dat soms in T-Shirt, en dan is da warm, en dan moet sjaal uit… en dan is het niet goed dat er mannen bij zijn, beter vrouwen.
- Is dat iets dat jouw man zegt: "alleen met vrouwen en niet met mannen?"
R: Nee, nee, dat is voor mijzelf. Maar als jij naar Marokko gaat, dan zie jij alles mengelen eh.
- Ah ja, dat wel?
R: Maar voor mij is dat niet goe.
- De waarden van vroeger dan?
R: Nee, nee niet van vroeger. Ik lees veel Koran, ik denk constant. Ik ben zo. Das niet voor waarden van vroeger of voor mijn man of zo, ik ben zo. (Marokkaanse vrouw, >40 jaar)

4.2.5 Oplossingen voor de hinderpalen

De meeste respondenten zien een stappenteller niet meteen als een motivator om hun persoonlijke fysieke activiteit op te krikken.

R: Nee, nee, echt eerlijk, nee. Allee, efkes misschien, voor een paar dagen en dan zou dat weer verwateren. Ik ga daar heel eerlijk in zijn. (Marokkaanse vrouw, < 40 jaar)

Sommigen zien wel andere opties om mensen meer in beweging te krijgen.
Bijvoorbeeld door initiatieven van het gemeentebestuur of de media.

R: Ik denk dat de gemeente toch iets meer kan doen op dat vlak om de mensen aan te zetten tot sporten. Bijvoorbeeld georganiseerde fietstochten voor mensen in het weekend. En dat ze zich meer moeten richten op weekends dan in de week omdat dat meer naar senioren is. Maar als ge dan onder de 40 wilt gaan, gaat ge u toch een beetje moeten richten op gezinnen. Eventueel gekoppeld aan een zoektocht, waarbij dat ge iets kunt verdienen. Mensen kunnen zo toch geprikkeld worden. Of dat er iets gratis is, een gratis drankje bijvoorbeeld. (Belgische man, > 40 jaar)

R: En ja, met een reclame of een affiche, diegene die dat niet interesseert, ja die gaan daar niet echt naar kijken. Maar dat is gene reden vind ik om het niet te doen he. Het is gelijk dat ge zou zeggen, 'dat rookverbod in cafés, das ni nodig want diegene die blijven roken gaan toch blijven roken'. Dat is een beetje dezelfde redenering he. (Belgische vrouw,< 40 jaar)

R: Maar ik vind wel dat televisie daarvoor gebruikt moet worden. Want er was nog niet zo heel lang geleden, ik denk een jaar geleden, zo een programma ochtendgymnastiek met 2 man en op den duur deed ik mee. Ik deed mee. (…) Kook veel op tv en de mensen beginnen vanalles na te maken. Zumba oefeningen op tv. Nen BV of zo waar dat de mensen naar opkijken en dan doen de mensen weer mee. Maar dat zie je bijna niet. (Belgische vrouw, > 40 jaar)

Ook de werkgevers en de sportaanbieders kunnen volgens de respondenten inspanningen leveren.

R: De fitness, daar komen ook veel mensen die eigenlijk ook tijdens hun werk kunnen komen.

- *Ja, das wel een luxe he.*

Ja, die krijgen dat uurke van 't werk zelf en die mogen komen sporten gewoon puur om te komen ontspannen van die stress die ze hebben door een vergadering die ze juist gehad hebben.

- *Dus dat is een mogelijkheid die sommige mensen krijgen?*

Ja, der zijn daar echt twee mannen die in hun kostuum toekomen en die zeggen, das een mogelijkheid dat ze na een zware meeting of vergadering dat uurke krijgen van hun werk. (Marokkaanse vrouw, < 40 jaar)

R: Hoeveel geld kost dat ni op een jaar. Dat is voor iedereen toch ni zomaar evident om dat op tafel te leggen. Sporten mag eigenlijk niet veel geld kosten, vind ik. (Belgische vrouw, < 40 jaar)

4.2.6 Welke rol zien de mensen voor ons weggelegd als huisarts?

Zowat alle respondenten zijn het erover eens dat deze vorm van preventie een essentiële taak is van de huisarts en dat het dan ook aan hem of haar is om hierover het gesprek aan te knopen. Twee respondenten geven wel aan dat ze denken dat het voor ons niet evident is om daar geregeld over te beginnen omwille van tijdsgebrek.

R: Dus ik denk wel dat op dat vlak de huisarts de nodige stimulans moet geven. Het mag zich niet alleen beperken tot het gaan behandelen van ziekten, maar ook kijken of dat bepaalde zaken kunnen voorkomen worden. (Belgische man, > 40 jaar)

R: He, want soms kunt ge zo, ale we hebben dat ook he in het dagelijkse leven, dat ge nen verkeerde indruk hebt van iemand en dat ge denkt van die sport helemaal niet of die zou ongezond eten. Van iemand die dik is ga je rap denken, die beweegt niet en die eet te veel. Dat kan misschien waar zijn maar dat kan misschien ook ni waar zijn. Dus misschien maak je anders een verkeerde conclusie. En als ge dan die patiënt met een stappenteller kunt tonen van 'kijk , het is ook effectief te weinig', euhm, dan kan da voor die patiënt misschien wel belangrijk zijn dat zijnen dokter hem daar ne keer over aanspreekt. (Belgische vrouw, < 40 jaar)

R: Ja, ik vind het wel de taak van iedere huisarts om zijn patiënt daar op te wijzen, dat wel. Maar ik kan ik mij ook inbeelden, dat in de periode van griep of andere dingen of als het hier ik weet nie hoe druk is, ja, dat ge dat dan misschien ook vergeet. (Belgische vrouw, > 40 jaar)

R: Uiteraard. Das evident. Ik denk dat u als huisarts een direct aanspreekpunt bent over zoiets. Misschien zijn er wel sportcoaches die daar beter in thuis zijn om zoiets aan de mensen duidelijk te maken, maar jullie kunnen er toch al eens over beginnen. Zo de eerste bewustmaking, das jullie job denk ik. 'T is toch altijd rechtstreeks met de gezondheid betrokken e. Maar ik zou het wel straf vinden dat jullie daar de tijd voor kunnen vinden, want het is hier toch altijd zeer druk in de praktijk e. Dus dan lopen de wachttijden misschien op in de wachtzaal. Daarmee denk ik, dat het geregeld al eens aanhalen, ook al zijn effect zou hebben en niet zoveel tijd voor u kost, tegenover zo'n soort gesprek als dit natuurlijk. (Belgische man, > 40 jaar)

5. DISCUSSIE

5.1 Beschrijving van de resultaten

5.1.1 Aantal stappen per dag

Binnen mijn onderzoeksgroep in de huisartsenpraktijk is het matig gesteld met de fysieke activiteit van de deelnemers. Gemiddeld zetten de deelnemers 7265 stappen per dag. Slechts 17% van de deelnemers haalt de 10.000 stappengrens per dag. Veruit de meest genoemde reden hiervoor is tijdsgebrek (57%), hetgeen in de interviews ook als meest belangrijke hinderpaal werd aanzien.

Het valt op dat het vooral jonge mensen zijn en dan vooral de jonge (Marokkaanse) vrouwen die te weinig bewegen. Onder de 40 jaar is er 43,7% die niet eens 5000 stappen per dag zet, versus 25,6% boven de 40 jaar. Dit zorgt ervoor dat de “jongere” mensen gemiddeld aan ongeveer 1100 stappen minder per dag komen dan de “oudere” populatie.
Bij de jonge mensen van Marokkaanse origine (40 jaar of jonger) komen 9 van de 19 (47,4%) niet eens aan 5000 stappen. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door de jonge Marokkaanse vrouwen. Zij komen gemiddeld aan 5070 stappen per dag en niemand van hen bereikt de richtlijn van 10.000 stappen. Dit verbetert niet bij het ouder worden, want de oudere Marokkaanse dames scoren amper beter. De mannen van Marokkaanse origine zijn op eender welke leeftijd gemiddeld wel een pak beter in beweging.

Er bestaat dan ook een duidelijk verschil afhankelijk van het geslacht. Vrouwen bewegen duidelijk minder dan mannen, een verschil van gemiddeld meer dan 900 stappen per dag. Bij de mannen bereikt 27,5% meer dan 10.000 stappen per dag versus slechts 5,9% van de vrouwen. Bij de mannen van 40 jaar of jonger, levert dit een significant verschil op, ten opzichte van de jonge vrouwen.

5.1.2 Andere risicofactoren

Verontrustend is het feit dat 57% van de deelnemers overgewicht heeft, en 28% obesitas. De gemiddelde BMI ligt op 26,95. Maar bij de mensen boven de 40 jaar is 67% te zwaar, 37% is obees en 2,3% is zelfs morbide obees. Hun gemiddelde BMI komt net niet aan 28 (27,98).

Uit de resultaten blijkt dat de deelnemers met de meest gezonde BMI's gemiddeld het meeste aantal stappen zetten. Omgekeerd geldt dit ook, want hoe lager het gemiddeld aantal stappen per dag, hoe hoger de BMI. In eerder gevoerde onderzoeken blijkt dat obese individuen inderdaad sterk inactief zijn. In een recente studie van De Cocker et al. zetten de obese mensen gemiddeld 1500 stappen minder per dag dan de mensen zonder overgewicht of obesitas. [13]
Een beperkte fysieke activiteit kan bijdragen tot het verder exploderen en continueren van de reeds ingezette "obesitas-trend", vandaar het verontrustende gevoel dat we overhouden aan deze bevindingen.

Daarenboven gaf 47,8% van de Belgische respondenten toe dat ze dagelijks 3 of meer glazen alcohol drinken en zijn er 10% rokers onder de deelnemers. Bij de Belgen is positief antwoorden op de vraag: "Rookt u?", geassocieerd met een hogere BMI. Dit geldt ook voor het drinken van alcohol. Deze bevindingen compromitteren nog meer de cardiovasculaire gezondheid bij deze mensen die reeds een hoger risico hebben op mortaliteit en morbiditeit door hun overgewicht.

5.1.3 Inschatting van de eigen activiteit

Hoe actief iemand is, is zeer subjectief. Een activiteitenniveau wordt gemakkelijk over- of onderschat. Een Nederlandse studie gaf aan dat van alle patiënten die niet aan de bewegingsrichtlijnen voldoen, meer dan 60% zijn activiteitenniveau overschat. [45-46]
Hoe zit dit nu bij mijn patiënten?
44% van de onderzoeksgroep denkt voldoende in beweging te zijn, terwijl slechts 17% meer dan 10.000 stappen per dag zet. Er zijn wel 31 mensen (41,3%) die gemiddeld meer dan 7000 stappen hebben gezet. Binnen elke aparte onderzoeksgroep, was het aantal mensen dat dacht voldoende in beweging te zijn, ongeveer gelijk aan het aantal mensen dat minstens 7000 stappen per dag zetten. Dus 7000 stappen lijkt mij een kantelpunt te zijn waarop mensen denken dat ze voldoende in beweging zijn.

Anderzijds, degenen die volgens zichzelf in de consolidatie- of de terminatiefase zitten, zetten ook gemiddeld het meest aantal stappen en personen die de intentie hadden om actiever te worden, hadden minder stappen dan degenen die vonden reeds lange tijd voldoende in beweging te zijn. Dit geeft dan toch weer aan dat wij als individu een interne motivatie

bezitten om een gezonder bewegingspatroon te bekomen, hetgeen ook uit een recente stappenteller-studie komt. [47]

Toch hebben mensen van Marokkaanse origine volgens mijn bevindingen een minder goed besef van hun bewegingsniveau: 36% van degenen die zeer weinig bewegen (< 5000 stappen per dag) denkt toch voldoende in beweging te zijn, terwijl dit slechts bij 9% van de Belgen die minder dan 5000 stappen per dag zetten, zo is.
Daarnaast voelt 86% van de geboren Belgen die meer dan 10.000 stappen zetten, aan dat ze effectief voldoende bewegen, terwijl dit slechts bij de helft van de Marokkaanse mensen het geval is.

5.1.4 Huisarts en bewegingsadvies

De meeste patiënten geven aan dat zij beweging en adviezen hierrond bij voorkeur met hun huisarts bespreken. Dit klopt ook bij mijn patiënten, waar 88% dit zou willen doen. [48]
Opvallend is dat mensen van Marokkaanse origine veel minder bereid zijn om beweging met hun arts te bespreken.

Wat betreft motiveren tot meer fysieke activiteit wacht ons als arts echter geen gemakkelijke taak, want uit vele studies blijkt dat een overgroot deel van de bevolking absoluut niet gemotiveerd is om meer te gaan bewegen. [17]
Ook in mijn onderzoeksgroep geeft 37% van de mensen via hun motivatiefase aan dat ze niet van plan zijn daar op korte of middellange termijn iets aan te veranderen.
We zien op dit vlak een duidelijk verschil in geslacht: mannen bevinden zich veel vaker in de consolidatie- of terminatiefase, terwijl het overwicht van de dames eerder in de (pre)contemplatiefase zit volgens zichzelf.
Als huisarts is het belangrijk in bewegingspromotie om net te focussen op die laatste doelgroep. De taak van de hulpverlener bestaat er op dat moment in, om de patiënt opnieuw uit te nodigen om meer te bewegen zonder deze te beschuldigen of te moraliseren. Hierbij zijn respect voor de visie van de patiënt en geduld noodzakelijke voorwaarden voor het opbouwen van een therapeutische relatie. In deze fase is kennistoename omtrent de risicofactoren en de aanbevelingen een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor gedragsverandering. Het is belangrijk om aan de patiënt expliciet mandaat te vragen om erop terug te komen bij

een volgend bezoek en hem duidelijk te maken dat indien men erover zou denken om iets aan de mate van beweging te doen, men voor advies en begeleiding bij de huisarts terecht kan.

Daarnaast zien een aantal van mijn respondenten in dat het voor ons als huisarts niet evident is om hiervoor voldoende tijd vrij te maken.

5.1.5 Inschatten van de eigen gezondheid

Hier vinden we een opmerkelijk verschil. Zo scoren de vrouwen hun gezondheid gemiddeld minder goed dan de mannen. De Marokkaanse vrouwen zijn het minst enthousiast over hun gezondheid. Hieruit durf ik het verband aan te halen met hun beweeggedrag. Degenen die gemiddeld het minst bewegen op een dag, schatten hun gezondheid slechter in dan mensen die meer bewegen.
Dit werd ook gevonden in de Belgische studie van De Cocker et al uit 2007. In de groep die zelf beschreven dat ze hun gezondheidstoestand slecht vonden, was 95,9% sedentair, weinig actief of matig actief, terwijl 55,8% van degenen die een zeer goede gezondheidsstatus aangaven, actief of zeer actief waren. [13]

5.2 Uitdieping

5.2.1 Aanbeveling 10.000 stappen per dag

Een aanbeveling om 10.000 stappen per dag te zetten heeft vele voordelen. Het is eenvoudig te onthouden en het geeft mensen een concreet doel om de activiteit te verhogen. [10]
Maar het zou vooral nuttig zijn om in de meest inactieve groep de activiteit stapsgewijs wat op te bouwen en dus eerst lagere doelstellingen te plaatsen dan die 10.000 stappen, gezien dit ook demotiverend kan werken als deze hoge vereisten in het begin niet gehaald worden. [13]

Het wordt dan ook voorgesteld dat de doelen zouden gepersonaliseerd moeten worden, afhankelijk van het basisniveau van beweging dat elkeen heeft. [43]
Eén zeer belangrijke twijfel omtrent de hele richtlijn is dat deze waarde te laag is voor kinderen, toch een belangrijke doelgroep in de strijd tegen overgewicht en obesitas. Zelfs de dag van vandaag, met al de nodige sedentariteit, komen kinderen tussen 6 en 12 jaar uit de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk aan gemiddeld 11.000 tot 13.000 stappen per dag. Het zou dan ook absurd zijn, mochten we in deze doelgroep de richtlijn van 10.000 stappen ook aanvaarden. De exact aan te raden hoeveelheid stappen ligt in deze groep echter nog niet vast, daar het aantal stappen om overgewicht en obesiteit te voorkomen in deze jonge groep nog onbekend is op dit moment. [10]

Daarenboven wordt er via de stappenteller geen aanduiding gegeven van de intensiteit waaraan die stappen gezet werden, terwijl dat, zeker bij jongeren, een belangrijke parameter is in het beoordelen van hun fysieke activiteit.

Ondanks de ’10.000 stappen campagne’ van de Vlaamse overheid in 2009, is deze waarde echter nog niet zo sterk ingeburgerd in ons gedachtegoed. De kennis omtrent gezond bewegen is vooral beperkt bij de allochtone populatie uit mijn onderzoeksgroep. Ze zijn weinig bekend met de richtlijnen en schatten hun bewegingsniveau ook vaker verkeerd in.
Mogelijks speelt een gebrek aan kennis over de gezondheidsvoordelen van fysieke activiteit een rol. [49]

5.2.2 Hinderpalen om meer te bewegen

De frequentst genoemde hinderpaal is tijdsgebrek, maar uit de literatuur komen eveneens 'vermoeidheid', 'gebrek aan gezelschap', 'het slechte weer (temperatuur)', 'gebrek aan zelf-discipline', 'te zwakke gezondheid', 'te oud', 'niet het sportieve type', 'gebrek aan faciliteiten' en 'gebrek aan geld' naar voor. [49,50] Een andere mogelijke hinderpaal is de perceptie reeds voldoende actief te zijn. [45]

Uit deze opsomming, en dan vooral uit de laatste vier, blijkt dat soms de misvatting heerst dat voldoende bewegen hetzelfde betekent als voldoende sporten.
De vermelding van de huidige richtlijnen die 30 minuten van fysieke activiteit aan matige intensiteit aanraadt op de meeste dagen van de week, kan het misverstand uit de wereld helpen dat fysieke activiteit een zweterige, harde taak is die men tussen al volgepropte dagtaken moet wurmen.

Uit de review van Trost et al. blijkt dat de invloed van sociale ondersteuning niet mag worden onderschat. [51] Meerdere studies toonden een significante positieve associatie tussen ondersteuning door familie en vrienden en het niveau van fysieke activiteit. Ouders kunnen hun kinderen faciliteren, enthousiasmeren, aansporen of zelfs verplichten om aan sport te doen. Ouders spelen daarom een belangrijke rol bij de sportbeoefening van kun kinderen. Broers en zussen kunnen daarnaast fungeren als rolmodel voor deze kinderen. Daarom vind ik het persoonlijk des te belangrijker dat de generatie van 18 tot 40 jaar voldoende beweegt, hetgeen in mijn onderzoekspopulatie dus niet het geval is.
Maar dit heeft reeds vroeger bedreigende implicaties. Uit recente bevindingen van Kind en Gezin was in 2008 zo'n 18%, of bijna één op de vijf kinderen jonger dan twee jaar, te zwaar voor zijn lengte. Hoe jonger je te dik bent, hoe hoger het risico op obesitas en gezondheidscomplicaties later. Ouders geven te vaak gesuikerde tussendoortjes, maar onderschatten ook het belang van voldoende beweging. Daarom zal Kind en Gezin vanaf eind dit jaar bij elke weging kijken of een baby te zwaar is voor zijn lengte en indien nodig tijdig aan de alarmbel trekken. Een goed initiatief volgens mij, het kan de start betekenen van meer structurele aanpassingen aan de leefomgeving.

Voor de invloed van omgevingsfactoren bestaat er immers ook evidentie. Enkele voorbeelden hiervan zijn toegankelijkheid tot sportfaciliteiten of tot een park, aanwezigheid van veilige

voetpaden en een aangenaam landschap. Zo toonde ook een Vlaamse studie aan dat er een duidelijk verband bestaat tussen het feit of de omgeving voetgangersvriendelijk is en de mate van fysieke activiteit van de mensen die leven in die buurt. Deze studie vond dan ook dat mensen die in een minder verstedelijkte buurt leven, meer geneigd zijn om meer in beweging te zijn. [52] Ook een aantal van mijn deelnemers menen dat ze meer in beweging zouden zijn als er meer groenvoorzieningen zijn en de buurt meer voetgangersvriendelijk is.

5.2.3 Beweging bij migranten van Marokkaanse origine

Wat zet migranten aan om te bewegen of te sporten?

Gezondheid, fitheid, ontspanning en sociale contacten leggen, zijn de belangrijkste motieven om te gaan en te blijven sporten.

Daarnaast kan het een uitlaatklep bieden. Het is een kalmeringsmiddel om spanning(en) vrij te laten en driften uit te leven. In het verlengde daarvan is sport een afleiding voor agressie, een mogelijkheid om weg te lopen van de werkelijkheid. Een vorm van “escapisme”.

Daarnaast biedt sport aan individuen de mogelijkheid om zich te identificeren met een bepaalde groep of een bepaald individu. Het blijkt dat vooral allochtone jongens ‘goed zijn in sport’ belangrijk vinden voor hun mannelijke eigenwaarde. Het geeft hun status onder leeftijdsgenoten. Daarnaast geldt een atletisch mannenlichaam voor de meeste jongeren als ideale schoonheidsnorm. [53]

Etnische minderheden lijken in toenemende mate het dominante westerse lichaamsbeeld over te nemen. Hoewel onder diverse groepen oudere allochtonen (en vooral ten aanzien van vrouwen) ‘dik zijn’ nog statusverhogend werkt(e) en aantrekkelijk gevonden werd, lijkt de jongere generatie zich veel meer te laten leiden door het heersende lichaamsideaal van slank en gespierd. [29]

Wat houdt migranten dan tegen om meer te bewegen?

Taalbarrières, socio-economische factoren en alternatief gezondheidszoekend gedrag, zijn slechts enkele van de beperkingen die waarschijnlijk een negatieve invloed hebben op de gezondheid van deze populatie.

Acculturatie van de taal kan een barrière zijn naar fysieke activiteit toe, daar vele individuen migreren met analfabetisme. Dit probleem wordt dan nog bemoeilijkt omdat ze dienen geletterd te worden in de taal van het gastland.

De meeste moslim mannen en vrouwen die uit een Arabisch sprekend land komen, willen traditioneel 5x per dag bidden en de ramadan in ere houden. De tijd om te bidden kan een weerhoudende factor zijn, aangezien alle activiteiten dan gestopt worden. Gedurende de maand van de ramadan vasten moslims van het ochtendgloren tot aan zonsondergang. Daar het essentieel is dat mensen voldoende gehydrateerd en gevoed zijn om fysieke activiteiten uit te voeren, is vasten voor de ramadan ook een beperking om een correcte energiebalans te houden. [19]

Mogelijks spelen ook culturele factoren een rol in het feit dat allochtonen zich minder geroepen voelen om te gaan sporten, maar dan meer bij vrouwen. Dit kan te maken hebben met schrik of schaamte om in publiek aan beweging te doen. [54]
Volgens de Islam mogen sport en gymnastiek gezien worden als maatregelen van preventieve gezondheidszorg. Dit principe geldt zowel voor meisjes als jongens, ook al wordt gemengd sporten voor jongeren vanaf de puberteit door sommige moslimouders niet aanvaardbaar geacht. [55] Ook uit mijn interviews bleek dit nog een rol te spelen. De oudere moslim mannen en vrouwen vermeldden dat ze het niet evident vonden om gemengd te sporten en dat vooral om persoonlijke (religieuze) waarden. Anderzijds kwam meermaals aan bod dat die waarden bij de jongere migrantengeneratie in ons land, maar ook in hun geboorteland Marokko bijna helemaal verdwenen waren.

Preventieprogramma's die doelen op het stimuleren van participatie in sport bij vrouwen met een niet-westerse achtergrond moeten prioriteit geven aan die vrouwen met een lage oriëntatie naar de gastheercultuur. Dit impliceert onder andere dat er meer mogelijkheden moeten gecreëerd worden voor vrouwen om te sporten op plaatsen waar geen mannen toegelaten worden en waar ze andere vrouwen van dezelfde etnische achtergrond kunnen ontmoeten om de participatie aan sport te verhogen.
Onderzoek van Kay uit 2006 laat zien dat het scheiden van mannen en vrouwen bij het sporten kan zorgen voor een hogere deelname aan sport onder jonge moslim vrouwen. [23]
Daarnaast kan er eventueel voorzien worden in middelen voor kinderopvang en vervoer bij sportlessen of fitnesscentra om allochtone vrouwen meer in beweging te krijgen.

Hoe moet deze bewegingsarmoede aangepakt worden?
Een belangrijke strategie om de graad van fysieke activiteit in etnische minderhedengroepen te verhogen is de nood aan culturele sensitiviteit van de gezondheidsprofessional. Het is

noodzakelijk dat gezondheidspromotoren die werken met migranten de culturele verschillen onderkennen, een zorgende attitude uitstralen en het individu in het centrum van het verhaal plaatsen om aan hun eigen specifieke noden te voldoen, met respect voor de cultuur van de deelnemer. Vragenlijsten en interventies moeten aangepast worden aan de cultureel specifieke gebruiken van hen. Verder impliceert het lage opleidingsniveau bij hen dat geschreven informatie, zoals patiëntenbrieven, een deel van deze populatie (vooral ouderen en nieuwkomers) niet bereikt. Daarom is een ander type van interventie nodig, zoals individuele counseling. [56] Persoonlijk voelde ik tijdens de gesprekken met vooral de oudere deelnemers van Marokkaanse origine af en toe een (beperkte) communicatiekloof. En sommige van de migranten gaven zelf aan dat zij meer voordelen zien in een groepsgesprek over dit onderwerp dan individuele counseling. De mensen van Marokkaanse origine houden eraan om activiteiten te organiseren binnen hun eigen niche. Het zou voor velen eenvoudiger zijn om te begrijpen en zou tot uitgebreidere inzichten kunnen leiden, daar ook andere paramedici zoals bewegingscoaches, trainers of diëtisten daarbij betrokken zouden kunnen worden. Voor ons als huisarts zouden dergelijke groepsgesprekken dan weer een voordeel kunnen hebben omdat ze minder tijdsintensief zijn en buiten de consultatie uren gepland kunnen worden. De vraag blijft natuurlijk of de meeste huisartsen het zouden zien zitten om deel uit te maken van dergelijke counseling.

Gedetailleerde maar toch eenvoudige educatiesessies voorzien die boeken of dvd's gebruiken, samen met vertalers/tolken worden voorgesteld als een strategie om etnische minderhedengroepen te helpen om de voordelen van preventieve gezondheidszorg in te zien. De beste manier om persoonlijke en groepsgebonden attitudes te veranderen lijkt een combinatie van een individuele, groepsgerichte (bv. de hele familie) en omgevingsgerichte benaderingen. Zo zouden activiteiten ingepland kunnen worden tussen de tijden van gebed en ramadan. [19]

Om meer participatie te krijgen en ook op langere termijn deze bevolkingsgroepen in beweging te houden, zouden gezondheidsvoorlichtingsinitiatieven die zich richten op migrantengroepen meer rekening moeten houden met de voorkeur aan beweging die migranten zelf aangeven. Het is belangrijk dat wij dan ook starten vanuit en verder werken op deze voorkeuren vanuit het idee dat dit motivatieversterkend kan werken. [25]

Kan fysieke activiteit een rol spelen bij integratie?

De zoektocht naar veelbelovende sociale omstandigheden om de gapende leegte tussen de autochtone bevolking en de migrantengroepen te overbruggen, heeft recreationele sport op de politieke agenda gebracht. Deelname aan sport wordt wijdverspreid aanvaard als een effectieve en probleemloze manier om tot meer socialisatie en contact tussen verschillende bevolkingsgroepen te geraken, omdat ze de mogelijkheid biedt om mensen met een verschillende achtergrond te ontmoeten. Maar in de studie van Krouwel et al. blijkt dat vooral mensen van Marokkaanse origine het meest georiënteerd waren naar hun eigen groep en het minst gemotiveerd waren om sociaal te interageren door middel van sport. Zij willen in eerste instantie hun etnische identiteit vasthouden door sportactiviteiten binnen de eigen niche. Voor deze groep is sport meer een activiteit die men solitair kan beoefenen om te werken aan de individuele (fysieke) ontwikkeling. Daarnaast vond Krouwel dat indien er dan toch ontmoetingen zijn tussen de verschillende etnische groepen, zeker bij voetbal, deze vaak ontaarden in agressie en zelden als probleemloze contacten kunnen worden bestempeld. Dit kan verklaard worden door het feit dat interetnische spanningen vanuit andere sociale omstandigheden geïmporteerd worden en zelfs versterkt worden in deze sportactiviteiten. Samengevat komt het hierop neer: hoewel recreatiesport ideaal zou lijken om culturele cross overs te krijgen, worden in de praktijk etnische verschillen juist versterkt en uitvergroot in plaats van weggewerkt. Dit zou de beleidsmakers hun visie moeten veranderen. Mono-etnische sportverenigingen zijn niet noodzakelijk slecht voor de sociale cohesie in een maatschappij, want als leden van etnische minderhedengroepen tegen hun wil verplicht zouden worden om deel te nemen aan sport met autochtonen, zou het juist negatieve gevolgen kunnen hebben. [57]

5.2.4 Bewegingsarmoede bij onze jeugd

Hoe moet de bewegingsarmoede bij onze jeugd aangepakt worden?

Gezien de meeste jongeren dagelijks naar school gaan, zijn deze instituten de meest geschikte omgeving om hier iets aan te doen. Interventies tijdens de schooluren om fysieke activiteit te bevorderen blijven belangrijk. Scholen kunnen aan gezondheidsvoorlichting doen, kansen bieden om actief te zijn op school, en mee een voortrekker zijn om een actieve verplaatsing van en naar de school (te voet of met de fiets/step/...) te stimuleren bij hun leerlingen. [58]

Maar vooral naschoolse programma's zijn de sleutel tot succes om bij kinderen en adolescenten beweging te promoten. Jong geleerd is nog steeds oud gedaan. Het is dan ook een prioriteit in de preventieve gezondheidszorg om scholen te helpen en te stimuleren om zo een naschools programma aan te bieden.
Maar de laatste decennia is op dat vlak grote achteruitgang geboekt. Gedurende het schooljaar 2008-2009, boden slechts 26% van de lagere scholen en 35% van de middelbare scholen in Vlaanderen, een naschools sportprogramma aan. Gezien er bespaard werd/wordt op de financiering van scholen en er vooral gefocust werd/wordt op de academische prestaties binnen de schoolmuren, ging de tijd om aan lichamelijke opvoeding te doen er alleen maar op achteruit. Enkele van mijn geïnterviewde deelnemers plaatste dan ook de verantwoordelijkheid voor de bewegingsarmoede van de jeugd bij het gebrek aan aanbod in de scholen.

De aanwezigheid van de nodige faciliteiten op school, verhoogt de kans op zo'n naschools aanbod. Deze bevinding suggereert de aanbeveling om gemeenten hun faciliteiten te laten delen met scholen en indien mogelijk vice versa, om zo een win-win situatie te creëren en de naschoolse sportactiviteiten een grotere kans op slagen te geven. Ook is gebleken dat indien het lerarenkorps zich niet actief inzet voor deze initiatieven, er weinig schot in de zaak komt op dit vlak. Gezien de bevinding dat de aanwezigheid van supervisie, de deelname aan sportactiviteiten doet verhogen, zouden leerkrachten (financieel?) moeten gestimuleerd worden om hieraan mee te doen. [59]

Moeten we inzetten op reclame?
Het wordt economisch verantwoord geacht om op televisie tegen betaling reclame te maken om fysieke activiteit te promoten bij kinderen. Vooral omdat de meeste kinderen televisie kijken en obese kinderen nog het meest van al. Maar de effectiviteit van zo'n campagnes om een gedragsverandering te veroorzaken, is onzeker. Massale mediacampagnes alleen, zijn vaak niet effectief om een gedragsverandering te bekomen. Het moet gekoppeld zijn aan programma's die ervoor zorgen dat de toegang tot sportaccommodaties of -activiteiten vergemakkelijkt. [60] Persoonlijk ben ik van mening dat er meer moet worden ingespeeld op de jonge "multimedia-generatie". Onze jeugd is dezer dagen op verschillende mediaplatformen actief. Zij multitasken op hun manier met TV, computer, radio, smartphone of tablet binnen handbereik. Preventieprogramma's moeten dan ook interactief over de sociale media als Facebook en Twitter verspreid worden. Het maakt de boodschap een pak aantrekkelijker en speelt rechtstreeks in op wat de jongeren "bezig" houdt.

Wat met kansarme jongeren?

Een Vlaamse studie toonde aan dat adolescenten die in gezinnen leven met een laag inkomen, lager scoorden op motivatiestatus, bewustzijn en zelfvertrouwen naar verandering toe met betrekking tot hun fysieke activiteit en meer barrières zien om te gaan sporten, waardoor ze minder frequent aan fysieke activiteit doen.

Gezien in België niet minder dan 55,6% van de personen van Marokkaanse herkomst slechts over een inkomen beneden de armoedegrens beschikt, zijn de armoedecijfers voor deze migrantengroep zonder meer dramatisch. [61] Adolescenten uit migrantengezinnen zijn dan ook een specifieke doelgroep voor bewegingspromotie.

Door bepaalde types van fysieke activiteit aan te bieden, zouden sommige barrières die deze jongeren tegenhouden om te gaan bewegen, kunnen verdwijnen. De activiteiten mogen geen specifieke vaardigheden vereisen, moeten goedkoop zijn en kunnen gedaan worden op school of thuis, zodanig dat er geen verplaatsing nodig is. Adolescenten zouden de mogelijkheid moeten kunnen hebben om in alle veiligheid naar school te wandelen of te fietsen en vrij toegang moeten hebben tot sportfaciliteiten en openbare ruimten om te kunnen gaan sporten.[58]

In Vlaanderen werd dan ook ingezet op alternatieve sportorganisatievormen voor kansengroepen, die vooral ontstonden in grote steden, bekend onder de naam ‘buurtsport’. Buurtsport wordt vaak bekeken als een toegankelijke manier van sportstimulering, die specifiek gericht is op groepen die niet of slechts in zeer beperkte mate aansluiting vinden bij het klassieke georganiseerde sportgebeuren.

Buurtsportinitiatieven vinden meestal plaats op andere locaties dan de gewone sportaccommodaties: in parken, op pleinen, in oude fabriekshallen…

De Vlaamse overheid erkent sinds een aantal jaren de belangrijke rol die buurtsport speelt in het lokale sportbeleid. Een extra impuls werd gegeven met het nieuwe decreet op het lokale Sport voor Allen-beleid, dat vanaf 2008 van toepassing is. Dit decreet stelt dat een vijfde van de middelen van Vlaanderen voor lokaal sportbeleid door de gemeente moet worden geïnvesteerd in vormen van ‘andersgeorganiseerd’ sporten, zoals bijvoorbeeld buurtsport.

Maar de aanwezigheid van goede speel- en sportvoorzieningen is nog geen garantie dat kinderen hier ook gebruik van gaan maken. Het buiten laten spelen van kinderen is helaas geen vanzelfsprekendheid meer. Steeds meer ouders ervaren de openbare ruimte als een

onveilige plek waar de verkeerde normen gelden. In wijken vindt een verharding plaats van het klimaat van de buitenruimte. [62] Dit wordt ook zo ervaren door een aantal van mijn geïnterviewden. De straat is geen logische ontmoetingsplek, maar eerder het domein van degenen met de grootste mond. Daarom moet in dergelijke achterstandsbuurten ingezet worden op een verhoging van het veiligheidsgevoel. [29] Ook in Temse zou dit er toe kunnen leiden dat meer mensen in beweging komen.

Ook wordt in dit onderzoek de hoge kost van sportprogramma's en –materiaal (bv. de kosten voor een fitness abonnement of aankoop van sportschoenen, kledij etc.) genoemd als een reden om sedentair te zijn. Dit kan aangepakt worden door bijvoorbeeld inschrijvingskosten voor sportclubs of toegang tot recreatiegebieden te verlagen voor mensen die financieel minder sterk staan. [60] Bij onze noorderburen werd bijvoorbeeld in de gemeente Den Haag een "ooievaarspas" geïntroduceerd. Deze pas is gratis voor jongeren onder de 18 jaar, voor ouderen boven de 65 jaar en voor mensen met minder financiële slagkracht en geeft korting op de inschrijvingskosten bij verschillende sportverenigingen.

5.2.5 Rol van de huisarts in bewegingspromotie

Gezien de onomstootbare evidentie van de positieve effecten op morbiditeit en mortaliteit, lijkt het mij evident dat wij als huisarts de morele plicht moeten voelen om fysieke activiteit te incorporeren in het dagdagelijks gezondheidsadvies dat we geven.
De meeste huisartsen vinden preventie dan ook een belangrijke deelopdracht binnen hun functie. [5] Vaak wordt echter aan dit ideaal voorbij geschoten.
De Belgische huisartsen hebben namelijk de gewoonte om eerder op een vraag gestuurde manier te werken. [63] Meestal is het zo dat een patiënt zich presenteert met bepaalde klachten en symptomen, waarvoor de huisarts dan een oplossing tracht te vinden. Deze traditie van probleemgestuurde behandeling is diep verankerd in de huisartsgeneeskunde, omdat de gezondheidszorg de afgelopen eeuw vooral gericht was op het behandelen van acute ziekten, zoals infectieziekten. De ziektebeelden zijn echter aan het veranderen. De toenemende vergrijzing van de bevolking, de veranderde leefgewoonten en de betere overlevingskansen van patiënten na acute aandoeningen (bv. myocardinfarct) zorgen ervoor dat huisartsen meer en meer te maken krijgen met chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2, nierinsufficiëntie of cardiovasculaire aandoeningen. Deze ziekten evolueren traag naar ernstige verwikkelingen en dus is voorkomen van deze verwikkelingen hierbij erg belangrijk.

Willen we als huisarts onze patiënten dan liever niet meer bruuskeren? Het paternalisme is terecht volledig verdwenen uit onze job, maar hellen we tegenwoordig niet teveel door naar een amicale, vrijblijvende vorm van geneeskunde voeren?
Ik denk dat we erover moeten waken dat we niet alles zomaar blauwblauw laten wanneer we vermoeden dat iemands gezondheid kan lijden onder zijn of haar huidige levensstijl. Zien huisartsen het niet zitten om een gezonde levensstijl ter sprake te brengen? Het kan, want volgens De Bourdeaudhuij et al. hebben huisartsen het moeilijk om met niet gemotiveerde patiënten om te gaan. [44]

Of ligt het eerder aan de werkdruk? Best mogelijk, want huisartsen melden zelf vooral tijdsdruk en gebrek aan financiële vergoeding (nomenclatuurnummer) als barrières om systematisch te counselen naar beweging. [31]

Om tegemoet te komen aan de realiteit van de huisartsenpraktijk zijn dan ook interventies nodig die niet alleen effectief zijn, maar bovendien ook beknopt, eenvoudig en goedkoop. [42]
De stappenteller lijkt aan deze voorwaarden te voldoen en overwint hiermee dus vaak genoemde hindernissen ter bewegingspromotie bij artsen. De implementatie van stappentellergebruik in de eerste lijn lijkt een haalbare en veelbelovende interventie binnen de huisartsenpraktijk. [13,64,65]
Tijdens mijn interviews bleek echter dat velen geen motivatie haalden uit de stappenteller. Maar het kan voor de arts wel een goede insteek zijn om fysieke activiteit even op de agenda te plaatsen.
Gezien zelfs kleine interventies in de huisartsenpraktijk kunnen leiden tot een toename aan fysieke activiteit, moeten we als zorgaanbieders niet wanhopen als de boodschap niet onmiddellijk tot gedragsverandering leidt. [32] Het zou een zaadje kunnen geplant hebben dat pas later tot ontspruiten komt. Incorporeren van levensstijladvies blijft dan ook een hoeksteen binnen de preventieve geneeskunde waar we als huisarts niet van mogen afzien.

5.2.6 Rol van de beleidsmakers

De oorzaak van de groeiende bewegingsarmoede enkel bij de patiënt zelf of bij de (huis)artsen leggen, zou fout zijn.
De mogelijkheden van een 'zachte' maar duurzame aanpak van de zogeheten beschavingsziekten, die een belangrijke hypotheek werpen op de volksgezondheid, zijn in België sterk onderbenut. [66]
Onze beleidsmakers beginnen gelukkig te beseffen dat het niet telkens de medicamenteuze aanpak is, die alle aandacht moet krijgen. Het is belangrijk om de patiënt bewust te maken van het feit dat ze niet alleen moeten rekenen op medicatie en medische interventies om hun gezondheid te verbeteren. Men kan zelf een substantieel verschil maken door er een gezonde levensstijl op na te houden.

Sportdeelname en een gezonde bevolking hebben een belangrijke economische meerwaarde. Mensen die voldoen aan de beweegnormen hebben minder gezondheidszorg nodig, en kosten de samenleving daardoor minder geld dan mensen die onvoldoende bewegen. Het zorgt voor meer gezonde levensjaren waarin zij de maatschappij geld opleveren, en minder ongezonde levensjaren waarin zij de samenleving geld kosten. [65]

Onder andere daartoe werd het zogeheten GMD + in het leven geroepen. Hierbij kunnen patiënten tussen 45 en 75 jaar driejaarlijks een gratis controle laten uitvoeren in het kader van een preventiemodule. Aan de hand van een vragenlijst wordt een individueel preventieplan opgesteld. Hierin staat ook de vraag "Komt u dagelijks aan 30 minuten lichaamsbeweging?". De arts kan hierbij het vakje "bewegingsadvies" aanvinken wanneer hij deze vraag heeft gesteld. Tussen 1 april en 31 oktober 2011 registreerde het Riziv 127 293-maal de verstrekking preventiemodule van het Globaal Medisch Dossier (102395), het zogeheten GMD +. [67] Dit is een teken dat dit preventiesysteem goed onthaald wordt, maar we zijn er hiermee nog lang niet. Want zien we hierin niet het gevaar voor een "healthy screenee" effect (vooral de gemotiveerde patiënten die reeds een gezondere levensstijl hebben, laten zich screenen) naar boven komen? Het is aan de huisartsen om het GMD + actiever aan elkeen aan te bieden, en hierbij bijvoorbeeld geen remgeld aan te rekenen, om de drempel voor de patiënten te verlagen. Maar om deze preventieconsulten te kunnen incorporeren in de drukke dagtaak van de huisarts, lijkt het mij essentieel dat er voorzien wordt in administratieve

ondersteuning of de hulp van een praktijkverpleegkundige. Hierin kunnen de overheden dan weer hun steentje bijdragen door de Impulseo-initiatieven te optimaliseren.

Daarnaast kwam de Vlaamse Overheid in juni 2012 naar buiten met een conceptnota "Actieplan voor gezond sporten". Daarin wordt onder meer de mediacampagne rond 'sportelen', een initiatief om 50-plussers meer in beweging te krijgen, toegelicht. Aan de hand van vijf Sportelpockets (één algemene pocket en vier specifieke pockets over wandelen, fietsen, zwemmen en gymnastiek) wordt uitgelegd hoe 50-plussers op een gezonde manier kunnen (blijven) sporten.

Alle lof voor deze initiatieven, maar ik vermoed op basis van mijn bevindingen dat er meer winst te halen valt als er ook een campagne, gericht op onze jeugd of jongvolwassenen zou komen.
Als we willen dat jonge beginnelingen het sporten (levens)lang volhouden, is het belangrijk dat ze op de juiste manier leren omgaan met gezond bewegen.
Opvallend is dat in deze conceptnota zowel op vlak van sensibilisering, bewustmaking en advisering geen rol vermeld wordt voor de huisarts. Enkel bij het onderdeel 'testen op geschiktheid', wordt het medisch korps vermeld. [68]

Programma's als Start to run, Start to swim of het recente "Let's get fit", hebben heel wat Vlamingen in beweging gezet. Dat is op zich al lovenswaardig, maar als huisarts zagen we in de praktijk al gauw de eerste overbelastingsletsels opduiken. Veelal het gevolg van het té snel opdrijven van de activiteit bij voorheen amper actieve mensen. En ik durf me ook vragen te stellen bij de opvolging hiervan op lange termijn. Zal iedereen gemotiveerd blijven door de stem van Evy Gruyaert? Ik vrees van niet.

Het lijkt mij dan ook essentieel dat overheden focussen op lange termijn. Ons politiek systeem, waarin maar weinig bewindvoerders maatregelen durven te nemen die niet op korte termijn (lees: binnen hun legislatuur) hun vruchten zouden doen plukken, is hiervoor nefast. Dat zou politieke zelfmoord kunnen betekenen. Daarom moeten er lange termijn oplossingen worden gezocht om onze bevolking massaal aan het bewegen te zetten om onder andere het aanwassende obesitas-monster een halt toe te roepen. Dit kan door het verbeteren van de kwaliteit van het aanbod, door meer vraaggericht te werken, door een verhoogde toegankelijkheid of een betere communicatie omtrent gezond bewegen.

Het lijkt mij hierbij niet opportuun om alleen te focussen op de sportverenigingen. Deze trekken vrijwel alleen mensen aan die sporten al leuk vinden en dus vaak gewoon zijn om te bewegen.
Het wordt ook duidelijk dat de georganiseerde sportsector slechts een eerder beperkte rol speelt in een sport-plusbeleid dat gericht is op kwetsbare groepen in onze samenleving. Het kan dan ook worden verwacht dat diensten die ver weg liggen van de core business van clubs, zoals bijvoorbeeld het aantrekken van en werken met kwetsbare jongeren, meestal geen prioriteit krijgen en ook niet op een optimale manier worden aangeboden. [69]

Als het gaat om het beïnvloeden van de volksgezondheid zou de aanpak zich volgens mij moeten richten op het stimuleren van dagelijkse beweging. De campagne rond 10.000 stappen uit 2009 was hiertoe een goede aanzet, maar uit mijn interviews bleek dat dit gegeven vooral bij de minst actieven niet gekend is.
Overheden kunnen wel bijdragen door de fysieke omgeving aan te passen.
Groenvoorzieningen in wijken blijken van belang te zijn voor de gezondheid van de bewoners, en lijken bovendien een positief effect te hebben op de sociale samenhang in de buurt. Wie in een groene wijk woont, voelt zich beter en bezoekt minder vaak de huisarts. Dit wordt natuurlijk niet direct veroorzaakt door een grote hoeveelheid groen, maar een groene omgeving vermindert stress, nodigt uit tot bewegen en stimuleert ontmoetingen tussen buurtbewoners. Daarnaast zijn mensen die toegang hebben tot recreatiemogelijkheden of –gebieden, ook meer fysiek actief. [52]
Zoals eerder vermeld, kwam de vraag naar een groene omgeving ook regelmatig naar boven tijdens mijn gesprekken. Een stadspark wordt in Temse duidelijk gemist en de dichtbebouwde stadskern nodigt de respondenten weinig uit om in beweging te zijn.

5.2.7 Rol voor de werkgevers

Waar ook winst valt te halen, is op de werkvloer. Een stappentellerstudie van de Universiteit Gent gaf aan dat de mensen met het grootste gezondheidsrisico door hun sedentariteit, vooral hun fysieke activiteit zagen toenemen op of door het werk. Daarom is inzetten op het betrekken van werkgevers in het doen toenemen van de fysieke activiteit van hun werknemers, mogelijks een goede insteek. De meest effectieve programma's gebruiken een gemengde strategie waarbij ze de kennis van de werknemers vergroten, de werkomgeving verbeteren zodat fysieke activiteit gestimuleerd wordt en ze ook focussen op thema's zoals gezonde voeding, stressreductie en rookstop. [70]

De deelnemers aan deze studie waren van mening dat werkgevers fysieke activiteit zouden kunnen stimuleren bij hun werknemers door bv. financieel tussen te komen in inschrijvingsgelden voor sportclubs of te investeren in sportaccommodatie binnen het bedrijf zelf. Het zou de sociale cohesie binnen het bedrijf kunnen verbeteren en ervoor kunnen zorgen dat werknemers minder vaak ziek zijn.

5.3 Sterkten en beperkingen van dit MANAMA-project

5.3.1 Sterkten

De kracht van deze studie is de willekeurige rekrutering van de deelnemers, de interventie in een reële dagelijkse leefomgeving, het gebruik van objectief meetbare criteria (stappen, BMI,...) en een beperkt verlies van het aantal mensen in de follow-up.
Een beperking van vele van de onderzoeken die ik doornam voor de literatuurstudie van dit project, is dat hun interventies in een onderzoekssetting gebeuren, met extra personeel en extra patiëntencontacten, en niet in de routine van de dagelijkse huisartsenpraktijk. De vraag is dan ook of dit representatief en realistisch is voor onze setting. Het door mij uitgevoerde project vond dan weer wel plaats gedurende de dagelijkse praktijkvoering.

Een andere kracht is dat deze studie een beeld kan geven over de fysieke activiteit bij onze allochtone patiënten. Want noch via het Nationaal Instituut voor Statistiek (NIS) noch via de federale (noch de Vlaamse) overheid, zijn er data te vinden die betrekking hebben op het beweeggedrag van migranten. Dit ten gevolge van de wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Deze bepaalt dat de verwerking van persoonsgegevens waaruit de raciale of etnische afkomst, de politieke opvattingen, de godsdienstige of levensbeschouwelijke overtuiging of het lidmaatschap van een vakvereniging blijken, alsook de verwerking van persoonsgegevens die het seksuele leven betreffen, verboden is. Dit zorgt ervoor dat bv. in de Nationale Gezondheidsenquête geen gegevens te vinden zijn omtrent het bewegingsgedrag van groepen van verschillende etnische afkomst.

Dit in tegenstelling tot Nederland, waar deze wettelijke beperking niet bestaat en er een schat aan extra gegevens vrijkomt. Vandaar ook dat een aantal van mijn referenties van Nederlandse afkomst zijn. Dankzij hun gegevens, vermoeden we op welke bevolkingsgroepen we binnen ons land het meest moeten inzetten om hun sedentaire levensstijl bij te sturen. Ik pleit ervoor om deze gegevens op korte termijn toch te laten verwerken in nationale of ten minste regionale statistieken.

5.3.2 Beperkingen

Deze studie bevat, hoe kan het anders, een aantal beperkingen.
Bij de oudere allochtone generatie waren er een aantal analfabeten, waardoor het niet eenvoudig was om de vragenlijst in te vullen. Hier stak een taalbarrière dus af en toe stokken in de wielen.
Daarnaast gebeurde er zelfrapportage van de fysieke activiteit in de vragenlijst. Het risico was aanwezig dat de patiënten meer sociaal wenselijke antwoorden gaven omdat ze de vragenlijst invulden in aanwezigheid van de onderzoekende arts. Om die bias op te vangen, kon ik terugvallen op de resultaten van de stappentellers. Deze geven een aanvaardbaar beeld van het algemeen activiteitenniveau op een dag.

Een andere zwakte is het gebrek aan informatie over de opleiding, de burgerlijke status en het inkomen van mijn deelnemers. Deze gegevens zouden extra inzichten kunnen brengen betreffende de socio-economische status en diens invloed op het activiteitsniveau.

Wat betreft de interviews, wil ik hier toch aanstippen dat deze door mijzelf werden afgenomen en ik dan ook niet getraind ben in gesprekstechnieken en een onervaren onderzoeker ben. Hierdoor is het mogelijk dat er elementen gemist werden. Eveneens kan het zijn dat de antwoorden van de deelnemers onbewust beïnvloed werden door mijn aanwezigheid als interviewer. Ik poogde in mijn interviews communicatiebarrières zoveel mogelijk buiten spel te zetten. Ik trachtte dan ook zoveel mogelijk accepterend en begripvol te zijn, zonder door te schieten naar een vriendschappelijke relatie.

Daarnaast moeten we opletten om de bevindingen te generaliseren, want het gaat hier over een populatie die de huisarts bezocht in een bepaalde periode, dus daar kan een lichte bias zijn. Misschien zijn de mensen die minder in beweging zijn, ook minder gezond en bezoeken ze vaker de huisarts dan mensen die wel voldoende bewegen.
Er is ook een lichte meerderheid aan deelnemers boven de 40 jaar en de deelnemers van Marokkaanse origine waren gemiddeld 9 jaar jonger dan de mensen van Belgische origine.
Het is eveneens mogelijk dat er bij grotere studies extra informatie naar boven zou komen, want dit project zou uiteraard meer tot zijn recht komen met een bredere basis aan data. De statistische power van een dergelijk praktijkproject met 75 participanten is uiteraard niet groot. We kunnen hierdoor de gegevens die in deze masterproef verzameld werden niet

extrapoleren naar de hele bevolkingsgroep, maar ik ga er toch van uit dat de bekomen dataset ons een idee kan geven over wat er zoal ‘beweegt’ in onze praktijk. Ik ijver er ook voor om dit onderzoeksproject in verschillende praktijken te herhalen, om zo ook een beeld te krijgen van de resultaten in landelijke, maar ook in grootstedelijke omgevingen.

6. BESLUIT

De prevalentie van sedentariteit binnen de huisartsenpraktijk is hoog. Gezien fysieke inactiviteit een belangrijke risicofactor is bij het ontstaan van verschillende chronische aandoeningen, moeten wij het als huisarts dan ook als onze morele plicht aanvoelen om deze vorm van preventie te intensiveren.

De belangrijkste doelgroepen om bewegingsadvies aan te geven zijn de jongvolwassenen, mensen met overgewicht en de mensen uit etnische minderhedengroepen. Zij zijn het minst fysiek actief en kunnen nog een grote winst halen door het veranderen van hun levensstijl.

De kennis van deze patiënten omtrent gezond bewegen is beperkt. Het verhogen van de kennis en het toepassen van kleine interventies, bijvoorbeeld met een stappenteller, kan bij deze groepen de dagelijkse fysieke activiteit doen toenemen. Dit kan perfect geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijkvoering van de huisarts. Een manier om dit vlot te implementeren is het intensiever gebruik van het GMD +. Maar ook kleine interventies waarbij de huisarts een stappenteller meegeeft of de patiënt simpelweg aanspreekt over zijn bewegingsgedrag, kunnen een waarde hebben om de kennis en motivatie omtrent gezond bewegen te verhogen.

De meeste deelnemers aanzien tijdsgebrek als belangrijkste hinderpaal om voldoende te bewegen. Daarnaast vermelden ze ook frequent de automatisering van onze leefomgeving, een weinig actieve job en het slechte weer in België. Minder frequent worden ook een onveiligheidsgevoel, een gebrek aan groene ruimte of faciliteiten en een gebrek aan financiële middelen genoemd.

Naast de huisarts kunnen ook de beleidsmakers, de scholen, de media en de werkgevers hun steentje bijdragen om onze bevolking meer in beweging te krijgen. Niet zozeer door te focussen op sportdeelname, maar vooral door de dagdagelijkse activiteiten te doen toenemen bij de algemene bevolking. De komende jaren kan op dat vlak dan ook nog heel wat in beweging worden gebracht.

Om af te ronden wens ik nog enkele nieuwe onderzoeksvragen te formuleren.
Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke de redenen zijn dat migranten minder geneigd zijn om over beweging te spreken met hun arts. En of dit ook geldt voor andere preventieve of curatieve onderwerpen.
Daarnaast zou bekeken kunnen worden hoe het effectief gesteld is met de fysieke activiteit bij kinderen onder de 18 jaar en wat de rol kan zijn van de huisarts in bewegingspromotie bij deze leeftijdscategorie.
Verder kan er dieper worden ingegaan op het verband tussen socio-economische status en de mate van fysiek actief zijn.
Het zou interessant zijn om hier dieper op in te gaan en in te spelen op de bevindingen.

7. REFERENTIES

[1] *Netwerk kwalitatief onderzoek AMC-Uva. Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief onderzoek. Amsterdam. 2002.*

[2] *Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ, Kendrick JS. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. Annu Rev Public Health 1987;8:253-87.*

[3] *Murphy M, Nevill A, Murtagh E. Review: regular brisk walking improves cardiovascular risk factors in healthy sedentary adults. Prev. Med 2007;44:377-385.*

[4] *Erikssen G, Liestol K, Bjornholt J, Thaulow E, Sandvik L, Erikssen J. Changes in physical fitness and changes in mortality. The Lancet 1998;352:759-762.*

[5] *Haskell W et al. Physical activity and public health. Update recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. Circulation 2007;116: 1081-1093.*

[6] *Govaerts F, Richtlijn "Adviezen fysieke activiteit" Domus Medica. December 2009.*

[7] *Thys G. ABC-model voor begeleiding van goede bewegingsgewoonte, Domus Medica. Juni 2008.*

[8] *Wilde B, Sidman C, Corbin C. A 10,000-step count as a physical activity target for sedentary women. Research Quarterly for Exercise and Sport 2001;72:411-414.*

[9] *Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. BMJ 2003;326:793-8.*

[10] *Tudor-Locke C. et al. How many steps/dag are enough? For adults. Int Journ Behavioral Nutrition and Physical Activity 2011;8:79.*

[11] *Hultquist C, Albright C, Thompson D. Comparison of Walking Recommendations in Previously Inactive Women. Med Sci Sports Exerc. 2005;37(4):676-683.*

[12] *Tudor-Locke C., Basset DR.; How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. Sports Med 2004;34(1):1-8.*

[13] *De Cocker K, Cardon G, De Bourdeaudhuij I. Pedometer-determined physical activity and its comparison with the international Physical Activity Questionnaire in a sample of Belgian adults. Res Q Exerc Sport 2007;78:429-437.*

[14] *Varo JJ, Martinez-Gonzalez M, de Irala-Estevez J, Kearney J, Gibney M, Martinez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. Int J Epidemiol 2003;32:138-146.*

[15] *Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD003180. DOI: 10.1002/14651858.CD003180.pub2.*

[16] *Philippaerts RM, Duvigneaud N, Matton L, Wijndaele K, Steens G, Duquet W et al. Fysieke activiteit, sportparticipatie en fysieke fitheid: stand van zaken van de Vlaamse bevolking. Tijdschr Geneesk 2006;62(21):1491-1503.*

[17] *Van Beeck B, De Bourdeaudhuij I. De Fysieke activiteit in een volwassen Belgische populatie: een toepassing van het transtheoretisch model. Tijdschr Geneesk 2000;56(19):1425-1433.*

[18] *Gisle L et al. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II- Leefstijl en Peventie. IPH/EPI Reports n°2010/009. Ref D/2010/2505/16.*

[19] *Caperchione C, Kolt G, Mummery K. Physical activity in culturally and linguistically diverse migrant groups to western society. Sports Med 2009;39(3):167-177.*

[20] *Dawson A, Sundquist J, Johansson SE. The influence of ethnicity and length of time since immigration on physical activity. Ethn Health 2005;10(4):293-309.*

[21] *Cornelisse-Vermaat J, Maassen van den Brink H. Ethnic differences in lifestyle and overweight in the Netherlands. Obesity 2007;15:483-493.*

[22] *Hosper K, Nierkens V, Van Valkengoed I, Stronks K. Motivational factors mediating the association between acculturation and participation in sport among young Turkish and Moroccan women in the Netherlands. Prev Med 2005;47:95-100.*

[23] *Kay T. Daughters of Islam: Family influences on Muslim young women's participation in sport. International Review for the Sociology of Sport 2006;41:357-375.*

[24] *Hosper K, Deutekom M, Stronks K. The effectiveness of "Exercise on Prescription" in stimulating activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health 2008;8:406-414.*

[25] *Dogra S, Meisner B, Ardern C. Variation in mode of physical activity by ethnicity and time since immigration: a cross-sectional analysis. Int Journ of Behavioral nutrition and physical activity 2010; 7:75.*

[26] *Hosper K, Klazinga N, Stronks K. Acculturation does not necessarily lead to increased physical activity during leisure time: a cross-sectional study among Turkish young people in the Netherlands. BMC Public Health 2007;7:230.*

[27] *Wolin K, Colditz G, Stoddard A, Emmons K, Sorensen G. Acculturation and physical activity in a working class multiethnic population. Prev Med 2006;42(4):266-272.*

[28] *Alfano CM., Klesges, RC, Murray, DM., Beech, BM, McClanahan B S. History of Sport participation in relation to obesity and Related Health Behaviors in Women. Preventive medicine 2002;34(1):82-89.*

[29] *Elling A, Klerken J. Sport en het bevorderen van een gezonde leefstijl onder (kansarme) jongeren. 's-Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut 2002. Available from: URL:*

http://beheer.nisb.nl/cogito/modules/uploads/docs/10401319116231.pdf).

[30] Lämmle L, Worth A, Bös K. Socio-demographic correlates of physical activity and physical fitness in German children and adolescents. European Journal of Public Health 2012;22(6):880-4.

[31] Bull F, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. Am Journ Prev Med. 1998;15(2):85-94.

[32] Armit C et al. Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. Preventive Medicine 2009;48:156-163.

[33] Sorensen JB, Skovgaard T, Puggaard L. Exercise on prescription in general practice: a systematic review. Scand J Prim Health Care 2006;24(2):69-74.

[34] Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical student influence their counseling practices. Br J Sports Med 2009;43:89-92.

[35] National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and communitybased exercise programmes for walking and cycling. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS); 2006 Mar. 37 p. (Public health intervention guidance; no. 2). Available from: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH002_physical_activity.pdf.

[36] Estabrook P, Glasgow R, Dzewaltowski D. Physical activity promotion through primary care. JAMA 2003;289:2931-2936.

[37] Hillsdon M, Thorogood M, White I, Foster C. Advising people to make exercise is ineffective: a RCT of physical activity promotion in primary care. Int J Epid. 2002;31:808-815.

[38] ten Hacken N, de Greef M. Pedometers for monitoring and improvement of the level of physical activity. Ned Tijdschr Geneeskunde 2008;152(4):193-197.

[39] Tudor-Locke C, Lutes L. Why do pedometers work? A reflection upon the factors related to successfully increasing physical activity. Sports Med 2009;39(12):981-993.

[40] Bravata D, Smith-Sprangler C, Sundaram V, Gienger A, Lin N, Lewis R et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health. A systematic review. JAMA 2007;298:2296-2304.

[41] McKay J et al. Walking on prescription: the utility of a pedometer pack for increasing physical activity in primary care. Patient Educ Couns 2009;76:71-76.

[42] Stovitz S, Van Wormer J, Center B, Bremer K. Pedometers as a means to increase ambulatory activity for patients seen at a family medicine clinic. J Am Board Fam Pract 2005;18:335-343.

[43] Lubans D, Morgan P, Tudor-Locke C. A systematic review of studies using pedometers to promote physical activity among youth. Preventive medicine 2009;48:307-315.

[44] De Bourdeaudhuij I , Crombez G. Motiveren van patiënten tot gedragsverandering. Tijdschr

Geneesk 2000;56(19);1417-1424.

[45] Ronda G, Van Assema P, Brug J. Stages of change, psychological factors and awareness of physical activity levels in the Netherlands. Health Promotion Internation 2001;16:305-314.

[46] Weinstein ND. The precaution adoption process. Health Psychology 1988;7(4):355-386.

[47] Basset D, Wyatt H, Thompson H, Peters J, O. Hill J. Pedometer-measured physical activity and health behaviors in United States adults. Med Sci Sports Exerc 2010;42(10):1819-1825.

[48] Van der Ploeg HP, Smith BJ, Stubbs T, Vita P, Holford R, Bauman AE. Physical activity promotion – are GPs getting the message? Aust Fam Physician 2007;36;871-874.

[49] Reichtert F, Barros A, Domingues M, Hallal P. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure time physical activity. Am J Public Health 2007;97(3):515-519.

[50] De Bourdeaudhuij I, Sallis J. Relative contribution of psychosocial variables to the explanation of physical activity in three population-based adults samples. Prev Med. 2002; 34:279-288.

[51] Trost S, Owen N, Bauman A, Sallis J, Brown W. Correlates of adults participation in physical activity: review and update. Med Sci Sports Exerc 2002;12:1996-2001.

[52] Van Holle V. et al. Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. BMC Public Health 2012;12:807.

[53] Scheerder J, Theeboom M, Van den Bergh K, De Knop P. Verbroedert sport? Over sport en sociale cohesie. In: Sportsociologie. Het spel en de spelers. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006. p. 176-192.

[54] Manju D, Wilbur J. Physical activity among south asian indian immigrants: An integrative review. Public Health Nursing 2011;28(5):389-401.

[55] Steenbergen J, Elling A, De Knop P. Values and norms in sport. Critical reflection on the position and meanings of sport in society. Houtem: Bohn Stafleu van Loghum; 2001. 371p.

[56] Nierkens V, Stronks K, De Vries H. Attitudes, social influences and self-efficacy expectations across different motivational stages among immigrant smokers: Replication of the ⦸ pattern. Prev Med 2006;43(4):306-11.

[57] Krouwel A, Boonstra N, Duyvendack J. A Good sport? Research into the capacity of recreational sport to integrate Dutch minorities. Int Review for the sociology of sport 2006;41(2):165-180.

[58] De Cocker K et al. Can differences in physical activity by socio-economic status in European adolescents be explained by differences in psychosocial correlates? A mediation analysis within the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. Public Health Nutrition 2006;10:1-10.

[59] Van Acker R, De Bourdeaudhuij I, De Martelaer K, Seghers J, De Cocker K, Cardon G. The

association between socio-ecological factors and having an after-school physical activity program. J sch health 2012;82:395-403.

[60] *Pratt M, Macera C, Sallis J, O'Donnel M, Frank L. Economic Intervention to Promote physical activity. Application of the SLOTH model. Am J Prev Med 2004;27(3S):136-145.*

[61] *Van Robaeys B, Perrin N. Armoede in België bij personen van vreemde herkomst: een reëel probleem. 2006. Universiteit Antwerpen. Available from:URL: http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASES&n=40597*

[62] *Boonstra N, Hermens N. De maatschappelijke waarde van sport. Een literatuurreview naar de inverdieneffecten van sport. Utrecht: Verwey Jonker Instituut, 2011. 48p.*

[63] *Harris MF, Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. MJA 2007;187(2):104-107.*

[64] *Rowland K, Shuymann S. Have pedometer, will travel. J Fam Practice 2008;57(2):90-93.*

[65] *Manson J, Skerrett P, Greenland P, Vanitallie T. The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle. Arc Intern Med 2004;164:249-258.*

[66] *De Cort P. Fysieke activiteit voorschrijven: effectief? Minerva 2003;2(10):163-165.*

[67] *Domus Medica, 2012, available from: URL: http://www.domusmedica.be/documentatie/nieuwskijker/4240-preventiemodule-van-het-gmd-de-cijfers.html*

[68] *Conceptnota actieplan gezond sporten, Vlaamse Overheid, juni 2012. Available from: URL: http://www.cjsm.vlaanderen.be/gezondsporten/nieuws/120624conceptnotaactieplangezondsporten.pdf*

[69] *Theeboom M. De sociale waarde van sport. Alternatieven voor kansengroepen op lokaal vlak; Momenten. N. 8. DEMOS, 2011, p. 10-16.*

[70] *De Cocker K, De Bourdeaudhuij I, Brown W, Cardon G. Effects of "10,000 Steps Ghent". A whole-community intervention. Am J Prev Med 2007;33(6):455-463.*

Bijlage 1: *Vragenlijst voor patiënten*

Vragenlijst naar fysieke activiteit (Dr Van Dycke & Dr Van Steelant)

Naam: …… Voornaam: ……(wordt weggelaten later)

Geboorteplaats: .....
Geboorteplaats ouders: .....

1. **Geslacht:** ○ Man ○ Vrouw

2. **Gewicht:** …… kg

3. **Lengte:** …… m …….. cm

4. **Leeftijd:** …… jaar

5. **Rookt u?** ○ Ja ○ Neen

Hoeveel rookt u? …….. ..... per dag

Sinds wanneer rookt u? .....;

6. **Drinkt u soms alcohol?**

Ja, gemiddeld …… aantal eenheden per dag

Zelden

Neen, nooit.

6. **Wat doet u als job?** ……

Is dit volgens u fysiek belastend werk?

1.1.1 Ja, zeker

1.1.2 Ja, best wel

1.1.3 Af en toe

1.1.4 Neen, valt best mee

1.1.5 Neen, zeker niet.

7. **Vindt u dat u een goede gezondheid heeft?**

ο zeer goed ο goed ο gemiddeld ο zwak ο zeer zwak

8. **Vindt u dat u zelf voldoende beweging hebt?**

Met bewegen bedoelen we alle vormen van fysiek bezig zijn, zoals in de tuin werken, met de fiets boodschappen doen, wandelen met de hond, fysieke arbeid leveren in uw job maar natuurlijk ook sportactiviteiten (bv. joggen, fietsen of lopen)

o Ja

o Neen

Indien JA, welke beweging bedoelt u daarmee?

…….....

……

Indien NEEN, waarom niet?

- Sport/bewegen is voor jonge mensen, ik ben te oud
- Ik heb niemand om met mij mee te gaan sporten/bewegen
- Ik heb er geen geld voor
- Ik hou niet van bewegen of sport
- Mijn gezondheid laat het niet toe
- Ik heb er de tijd niet voor om te bewegen
- Andere reden: ……..

9. **Wilt u het onderwerp "meer bewegen" met uw dokter bespreken?**

- Ja
- Nee, liever niet

10. **Wat is uw houding omtrent het onderwerp beweging?**

- Ik beweeg (te) weinig, en ik denk dat de komende 6 maanden daar geen verandering in komt
- Ik beweeg (te) weinig, maar ik overweeg om binnen de 6 maanden daar verandering in te brengen.
- Ik beweeg (te) weinig, maar ik heb besloten om in de loop van de volgende maand mijn fysieke activiteit te verhogen.
- Ik ben voldoende in beweging, maar ik ben hiermee nog geen 6 maanden bezig
- Ik ben voldoende in beweging, en dat al langer dan 6 maanden
- Ik ben al meer dan 5 jaar voldoende in beweging
- Ik was een tijd geleden voldoende in beweging, maar in de laatste paar maanden niet meer.
- Geen idee.

Bijlage 2: Bewegingsfolder voor patiënten

De Bewegingsfolder
"Een gezonde geest in een gezond lichaam"

WAT?



Met gezond bewegen wordt bedoeld dat u minstens ***vijf* dagen per week** een ***halfuur per dag*** actief beweegt. Bijvoorbeeld fietsen, stevig wandelen, zwemmen, dansen of tuinieren. Intensief huishoudelijk werk telt ook mee. U hoeft niet steeds een volledig halfuur te bewegen, maar kunt dat op uw eigen manier over de dag verspreiden. Doe bijvoorbeeld 's ochtends 10 minuten oefeningen, ga 's middags 10 minuten fietsen en aan het einde van de dag nog 10 minuten wandelen.

HOE?

Het is de bedoeling om aan een matige intensiteit te bewegen. Wat betekent dit nu?
Je hartslag en ademhaling verhogen wel, maar je kan nog gemakkelijk een gesprek voeren. Je bent niet te zeer buiten adem, maar voelt wel dat je iets doét.
De eerste paar keer krijgt u misschien wat spierpijn, maar dat is niet erg. U zult merken dat het elke week beter gaat. Elke dag een halfuur actief bewegen is beter dan één of twee keer per week een uur intensief sporten. Geleidelijk opbouwen is dus de boodschap!

WAAROM?

Regelmatig bewegen is gezond en ook leuk om samen te doen. Als u veel beweegt, raken uw spieren, longen, hart en bloedvaten eraan gewend om te werken. U voelt zich daardoor fitter en u heeft meer energie. Voordelen van bewegen zijn:

- U kunt beter ontspannen en slapen, u bent minder moe en staat 's ochtends gemakkelijker op;
- U heeft minder kans op overgewicht; het is goed voor uw bloeddruk en cholesterol;
- U krijgt sterkere spieren en botten en een mooiere huid;
- U krijgt een betere werking van de spijsvertering;
- U heeft minder kans op diabetes mellitus (suikerziekte);
- U heeft minder kans op hart- en vaatziekten, zoals een hartinfarct of een beroerte;
- U krijgt minder stress en zal zich beter kunnen concentreren;
- U heeft minder kans op bepaalde kankers zoals dikke darmkanker en borstkanker;
- U verhoogt uw weerstand en wordt zo minder vatbaar voor infecties.

TIPS!



- Neem de trap in plaats van de lift.
- Vermijd lang stilzitten voor de TV of computer of doe ondertussen een oefening.
- Wandel tijdens de reclameblokken door je huis of schep even een luchtje.
- Laat de auto thuis voor korte afstanden en neem de fiets of ga te voet (elke stap telt!)
- Reis je met het openbaar vervoer? Neem de fiets in plaats van de bus om bij het treinstation te komen of stap een bushalte eerder uit en loop het laatste stukje
- Zoek iemand die met u samen wil bewegen, spreek bv. af om dagelijks met je collega's te gaan lunchwandelen.



- Schrijf u in bij een wandel-, fiets- of fitnessclub of bij een sportvereniging en maak afspraken met jezelf in verband met bewegen. Bv. een vaste avond in de week en noteer dat in je agenda.
- De wekelijkse poetsbeurt van het huis kan een ware work-out zijn. Tijdens het schrobben van de vloer verbrand je ongeveer 140 calorieën (per 60 minuten). Ook je tuinwerk telt mee als een flinke portie beweging! Waar zijn die groene vingers?
- Beweeg op een manier die jij leuk vindt. Maak bijvoorbeeld een wandeling in het bos of in het park, fiets door een mooie omgeving, neem een (gezonde) picknickmand mee en ga onderweg picknicken. Zo maak je het nog leuker.



- Een huisdier haalt het beste in je boven. Een hond bijvoorbeeld, moet minstens driemaal per dag uit.
- Denk je dat bewegen niets voor jou is, dat je het niet vol kunt houden? Stel niet te hoge eisen aan jezelf, maar begin bijvoorbeeld met een korte wandeling van 10 minuten en breid dit steeds verder uit. Je zult merken dat je vanzelf meer conditie krijgt en de 30 minuten gemakkelijk vol krijgt.
- Onderzoek wijst uit dat 10.000 stappen per dag de gezondheid fundamenteel verbetert. Gemiddeld zetten we nu ongeveer 6.000 stappen per dag. Dat is maar 4.000 stappen verwijderd van het streefdoel. Met een halfuur meer bewegen per dag haal je zo die 4.000 extra stappen. Kortom, een kleine stap voor jou, maar een grote stap voor je gezondheid.

OPGELET!

Uw lichaam geeft meestal uw grenzen aan, bijvoorbeeld door een steek in uw zij tijdens het sporten. Wanneer u bij inspanning benauwd wordt, een piepende ademhaling krijgt of pijn op de borst, zijn dat redenen om contact op te nemen met uw huisarts. Als u gewrichtsklachten krijgt, kunt u met uw huisarts overleggen of u misschien beter een andere sport kunt gaan uitoefenen.

UNIVERSITEIT GENT Universiteit Antwerpen KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN Vrije Universiteit Brussel

Bijlage 3: Vragen semigestructureerde interviews

A. INTRODUCTIE

1) Voor ik u wat extra uitleg geef in verband met gezond bewegen, eerst een vraag: hebt u een idee hoeveel beweging er per dag aangeraden worden “om gezond te zijn”? U mag dat in stappen uitdrukken of in tijd per dag dat men in beweging dient te zijn. Van waar weet u dat?

2) Gezondheidsvoorlichting aan de hand van de zelfgemaakte folder. Heeft u vragen hierover?

B. RESULTATEN EN PEILING NAAR FYSIEKE ACTIVITEIT

1) U bereikte in de week dat u met de stappenteller rondliep, net als zeer vele mensen, niet die aanbevolen hoeveelheid van 10 000 stappen per dag.

   - Heeft u dat die week ook zo ervaren? Of dacht u toch voldoende te bewegen?
   - Hoeveel dacht u die week bewogen te hebben?
   - Welke redenen ziet u zelf hiervoor? ... stel dat al die redenen morgen zouden weg zijn (bv je hebt tijd, en iemand om mee te gaan bewegen), wat zou je dan doen? (mirakelvraag)

2) Als u de afgelopen week bekijkt, welke vormen van beweging hebt u dan gedaan en hoelang ongeveer?

   - Boodschappen doen
   - Wandelen
   - Fietsen
   - Trap gebruiken thuis of op het werk
   - Poetsen
   - Sport (fitness, lopen…)
   - Tuinieren
   - Hobby
   - ….

3) Kies je soms zelf bewust ervoor om te gaan bewegen; zo ja kan u hiervan een voorbeeld geven?

4) Heeft uw job enige invloed op uw fysieke activiteit? Negatief/positief? Zo ja, onder welke vorm?

5) Zou u het zien zitten om meer te gaan bewegen?

   - Hoe zou je dat dan aanpakken? Wat lijkt er haalbaar voor u binnen de context van uw dagelijks leven?
   - Welke beweging zou u dan het liefst van al doen?
   - Wat hield er u tot nu toe tegen om eraan te beginnen?
   - Wat heeft u vroeger gedaan van beweging? Waarom is dat weggevallen? Zou je

hiermee opnieuw de draad willen oppikken? En hoe zou u dat doen?
- Wat zou de eerste concrete actie zijn die u zou ondernemen om meer te bewegen?
- Wat zou de tweede stap zijn?

C. GEBRUIK STAPPENTELLER

Graag wens ik u een aantal vragen te stellen in verband met het gebruik van de stappenteller die u kreeg.

- Welk effect had de stappenteller op u? Hoe heeft u, algemeen gezien, de stappenteller ervaren?
- Heb je in die week meer stappen gezet omdat je een stappenteller aanhad?
- Heeft hij u aan het denken gezet in verband met uw maat van bewegen in het algemeen? Zo ja: hoe?
- Zou een stappenteller voor u een motiverend iets kunnen zijn om meer te bewegen? Of: hoe zou een stappenteller u kunnen helpen om meer te bewegen? Of waarom juist niet?
- U hebt nu een week deze stappenteller gedragen. Bij u was het gemiddeld aantal stappen …… Is 10.000 een haalbaar streefdoel voor uzelf om te bereiken?

D. EXPLORATIE

1) Welke factoren hebben volgens u, algemeen gezien, een invloed op hoeveel of hoe weinig mensen bewegen in hun dagelijks leven?
2) Denkt u dat mensen van Marokkaanse afkomst meer of minder bewegen dan geboren Vlamingen? En waarom?

3) We zien dat onze jongere generatie eigenlijk slecht scoort. Ze bewegen relatief weinig.
   - Ziet u daar een reden toe?
   - Wat houdt ons tegen om te sporten?

4) Heeft u enig idee of er initiatieven vanuit de gemeente bestaan wat betreft om mensen tot meer beweging aan te zetten?
   - Wist u dat de gemeente Temse meedoet aan het 10.000 stappenproject en dat er ook een specifieke wandeling bestaat in dat kader?
   - Vindt u de omgeving hier in de buurt geschikt om aan sport te doen?
   - Wat kan of moet er volgens u veranderen om mensen meer aan het bewegen te zetten?

5) Voor diegenen die wel 10.000 stappen zetten per dag: welke tips/adviezen zou je geven aan mensen die niet aan dit streefdoel komen?

6) Vindt u dat de huisarts de juiste/ meest geschikte persoon is om u aan te zetten tot meer bewegen? Ja: waarom? Nee: wie dan wel? Wat kan een huisarts doen om mensen aan te zetten tot meer bewegen?