

Hoe krijg je mensen in beweging?

Lars B. Borghouts

Lichamelijke Opvoeding 4, 2005

Regelmatige fysieke activiteit is goed voor de gezondheid. Zo is vastgesteld dat er minder kans is op hart- en vaatziekten, hersenbloedingen, type 2 diabetes, darmkanker, botontkalking, depressie, en valgerelateerde verwondingen wanneer men voldoende beweging krijgt. Hoewel de meeste mensen het belang van lichaamsbeweging kennen, is een groot deel van de westerse bevolking inactief. In ons land wordt aangeraden om minstens vijf maal per week, 30 minuten te bewegen op een matige intensiteit (de Nederlandse Norm Gezond Bewegen). Slechts 40% van de bevolking blijkt aan deze, toch niet al te strenge norm te voldoen¹. Gezien de problemen die dit met zich meebrengt op het gebied van de volksgezondheid, is het van belang om grote groepen mensen zo ver te krijgen om meer te gaan bewegen. Op dit gebied zijn er de laatste jaren allerlei initiatieven, zoals de landelijke campagnes "Nederland in Beweging" en "Flash!", of het Groninger Sport Model (zie LO 13, 2004). In dit laatste initiatief wordt er onder andere naar gestreefd om basisschoolkinderen vier keer per week bewegingsonderwijs te bieden. Vaak wordt er door beleidsmakers vanuit gegaan dat dit soort interventies, mits goed uitgevoerd, vanzelf leiden tot meer bewegen en daarmee een betere gezondheid voor de beoogde doelgroep. Het is echter maar de vraag of dit altijd zo is. In 2002 verscheen in het American Journal of Preventive Medicine een systematisch opgezet overzichtsartikel dat alle wetenschappelijke informatie op dit gebied op een rijtje zette². Aangezien ook de lichamelijke opvoeding deels (of in steeds sterkere mate?) haar bestaansrecht ontleent aan de veronderstelde gezondheidseffecten, is het interessant de belangrijkste bevindingen van dit overzichtsartikel eens op een rijtje te zetten.

Om een blijvend effect te hebben op de gezondheid, zullen interventies moeten leiden tot gezonder gedrag, in dit geval meer bewegen. Er worden drie soorten interventies onderscheiden die ingezet worden om dit te bereiken: 1) informatieverstopping, om verandering te brengen in de kennis over en houding van mensen ten opzichte van lichaamsbeweging, 2) gedragsgerichte en sociale interventies, erop gericht om mensen op een op een succesvolle manier hun beweeggedrag (blijvend) te laten veranderen, en een sociale omgeving te creëren die hieraan meehelpt, 3) omgevingsgerichte interventies, waarbij men ervoor zorgt dat er veilige, aantrekkelijke, en toegankelijke mogelijkheden zijn om fysiek actief te zijn. De resultaten van onderzoeken die op deze drie gebieden gedaan zijn, zijn hieronder samengevat. Ook de effecten van meer lessen L.O. komen daarbij aan bod.

Informatieverstopping

Op verschillende manieren is geprobeerd om mensen meer aan het bewegen te krijgen door middel van voorlichting of andere vormen van communicatie. Van massamedia voorlichtingscampagnes (TV, dagbladen, enz.) heeft men tot nu toe niet overtuigend kunnen aantonen dat ze mensen aanzetten tot meer fysieke activiteit. Wanneer deze campagnes echter worden aangevuld met meer "persoonsgerichte" activiteiten, hebben ze vaak wel effect. Daarbij kan gedacht worden aan voorlichting aan groepen bij bedrijven of verenigingen, maar ook aan het screenen van mensen voor

risicofactoren van hart- en vaatziekten, en het opstarten van zelfhulpgroepen. Zo'n gecombineerde aanpak leidt tot een hoger percentage actieve personen, maar het effect is niet erg groot: zo'n 4 procent. Een andere aanpak is het geven van lessen gezondheidsvoorlichting op scholen (basisonderwijs of voortgezet onderwijs), waarbij het belang van fysieke activiteit wordt onderwezen. Hiernaar zijn zo'n tien goede wetenschappelijke onderzoeken gedaan, en de resultaten zijn variabel: zowel verhoging als verlaging van de fysieke activiteit is gevonden, hoewel de leerlingen wel meer kennis over een gezonde leefstijl bleken te hebben. Maar er is dus geen bewijs om dit een werkzame methode te kunnen noemen.

Vaak wordt gezegd dat mensen vooral in het dagelijkse leven meer actief zouden moeten zijn (minder met de auto, meer met de fiets, en de trap nemen in plaats van de lift). In de V.S. heeft men om mensen hierin te stimuleren een heel directe aanpak toegepast: de zogenaamde "point-of-decision" (beslissingspunt) aanpak. Dit komt erop neer dat men op het punt dat mensen moeten beslissen of ze de roltrap of de trap nemen, een bord neerzet om ze ervan bewust te maken dat de trap een gezondere keuze is. Het blijkt dat het aantal mensen die dan voor de trap kiest, met zo'n 50% toeneemt. De "point-of-decision" aanpak lijkt dus van alle strategieën gericht op communicatie, nog het meeste succes te hebben.

Gedraggerichte en sociale interventies

Om jeugd te beïnvloeden in de richting van gezond gedrag, is in wetenschappelijk onderzoek lichamelijke opvoeding als instrument ingezet bij zowel jeugd in de basisschoolleeftijd als het voortgezet onderwijs. Daarbij zijn "Groningse" methoden toegepast, waarbij er dus meer gymlessen werden gegeven, maar ook langere gymlessen, of gymlessen waarbij er door de leerlingen een groter deel van de tijd intensief wordt ingespannen. Bij dit laatste kunnen we bijvoorbeeld denken aan het aanbieden van andere activiteiten (voetbal in plaats van softbal), of het aanpassen van regels (het hele team laten lopen wanneer de slagman de bal raakt). Deze aanpak blijkt te leiden tot, logischerwijze, meer fysieke activiteit (zo'n 50% gemiddeld), en een hoger energieverbruik bij de leerlingen. Er is echter geen duidelijk bewijs voor een afname van de vetmassa. Het inzetten van meer gymlessen met als reden het overgewicht bij kinderen terug te dringen is dus (nog) niet te onderbouwen met wetenschappelijk bewijs. Wel neemt de aërobe capaciteit toe met zo'n 8% gemiddeld. De angst dat meer tijd voor lichamelijke opvoeding ten koste zou gaan van de prestatie op andere vakken is al eerder ongegrond gebleken³.

Ook aan het hoger onderwijs heeft men enkele studies gedaan, waarbij lichamelijk opvoeding meestal werd gecombineerd met gezondheidsvoorlichting en het opstellen van een activiteitenplan door de studenten voor zichzelf. Hoewel dit op korte termijn een positief effect bleek te hebben, blijkt er op langere termijn (2 jaar) geen verbetering meer waar te nemen.

De bovenstaande methoden zijn erop gericht de leerlingen of studenten aan het bewegen te krijgen door ze te laten sporten. Een andere aanpak is echter het ontmoedigen van inactiviteit: Tv-kijken en het spelen van computerspelletjes bijvoorbeeld. Hoewel er uit verschillende onderzoeken blijkt dat het mogelijk is om deze bezigheden terug te dringen, komt daarvoor niet automatisch meer lichamelijke inspanning in de plaats. De kinderen in de betreffende onderzoeken bleken op langere termijn echter

wel een gezonder gewicht te krijgen. Men speculeert dat dit samen zou kunnen hangen met minder snackconsumptie, doordat dit vaak samengaat met Tv-kijken.

De sociale omgeving blijkt van groot belang te kunnen zijn in het veranderen van iemands beweeggedrag. Wanneer er in onderzoek trainingsgroepen worden geformeerd met een grote sociale controle, en liefst ook nog duidelijke, op het individu gerichte doelen worden gesteld, dan blijken toenames in fysieke activiteit van zo'n 35% mogelijk. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat het in dergelijk studies altijd gaat om vrijwilligers, zodat de resultaten niet toepasbaar zijn op de gehele bevolking.

Omgevingsgerichte interventies

Bij omgevingsgerichte interventies moeten we denken aan het makkelijker toegankelijk maken van sportfaciliteiten, of het aantrekkelijker maken ervan. Veel mensen gaan nu eenmaal eerder naar een gezellig fitnesscentrum om de hoek, dan naar een windrige atletiekbaan aan de rand van de stad. Wetenschappelijke studies hiernaar worden bijna altijd gecombineerd met voorlichtingsprogramma's of trainingsinterventies, zodat het pure effect moeilijk is vast te stellen. De effecten die gevonden worden zijn echter wel positief: men meet een betere aërobe capaciteit, een toegenomen fysieke activiteit (48%), en een afname van vetmassa en gewicht.

Conclusie

Er kan dus worden geconcludeerd dat lang niet alle interventies die erop gericht zijn mensen meer te laten bewegen, ook werkelijk (veel) effect hebben. Positieve uitschieters zijn echter het creëren van een gunstige (stimulerende) sociale omgeving, en een gunstige "fysieke" omgeving (sportfaciliteiten). Ook het aanbieden van meer (of intensievere) lichamelijke opvoeding aan basisschoolkinderen en scholieren heeft enig effect. Er blijven echter op dit gebied nog enkele interessante onderzoeksvragen onbeantwoord. Bijvoorbeeld: leidt meer fysieke activiteit onder schooltijd tot meer activiteit buiten schooltijd, of gaan leerlingen (ter compensatie) misschien juist minder doen? Maakt het uit voor het gezondheidseffect of er een vakleerkracht voor de klas staat? Wat is het effect op de fysieke activiteit en de gezondheid op langere termijn, wanneer men van school af is? Zijn er lesmethoden te ontwerpen die meetbaar effect hebben op overgewicht? Allemaal onderzoeksvragen die de lichamelijke opvoeding zal moeten gaan beantwoorden, wil men de gezondheidsclaim kunnen gebruiken om de positie van het vak te verantwoorden.

Literatuur:

- 1) **Hildebrandt VH, WTM Ooijendijk, M Stiggelbout, M Hopman-Rock.** Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003; *TNO Arbeid*, 2004.
- 2) **Kahn EB, LT Ramsey, RC Brownson, GW Heath et al.** The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review; *Am J Prev Med* 22(4S): 73-107, 2002.
- 3) **Borghouts LB.** De relatie tussen fysieke activiteit en cognitieve functie bij kinderen. *Lichamelijke Opvoeding* 10: 27, 2004.