



TNO-rapport
98.013

Verbetering van de uitvoering van preventie- programma's door GGD'en

Een procedure, uitgewerkt voor jeugdigen uit
achterstandsgroepen; deel II: aanbevelingen over
bevordering van lichamelijke activiteit

TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Volksgezondheid

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 5 18 19 20

auteurs:

S.A. Reijneveld
Y.M. Mulder
m.m.v.
T. Coenen
M.E. Stuurman (LVGGD)

datum:

juni 1998

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO

Reijneveld, SA

90-6743-534-1

INHOUD

Deel II DE BESCHIKBARE KENNIS OVER GEZONDHEIDSEFFECTEN VAN EN STIMULERINGSMOGELIJKHEDEN VOOR LICHAMELIJKE ACTIVITEIT BIJ JEUGD	1
1. INLEIDING	1
2. LICHAMELIJKE ACTIVITEIT BIJ DE JEUGD	2
2.1 Algemeen overzicht en trends in de tijd	2
2.2 Lichamelijke activiteit naar demografische kenmerken	2
3. GEZONDHEIDSEFFECTEN VAN LICHAMELIJKE ACTIVITEIT	5
3.1 Effecten op de cardiovasculaire gezondheid	5
3.2 Effecten op overgewicht	6
3.3 Effecten op het bewegingsapparaat	7
3.4 Effecten op de cognitieve en psychosociale ontwikkeling	7
3.5 Gezondheidsrisico's: sportblessures en doping	8
4. INTERVENTIEPROGRAMMA'S GERICHT OP SPORT EN BEWEGEN	9
4.1 Algemene richtlijnen inzake lichamelijke inactiviteit	9
4.2 Specifieke richtlijnen inzake lichamelijke activiteit bij jongeren	9
4.3 Effectiviteit van gezondheidsbevordering gericht op sport en bewegen	10
4.4 Algemene adviezen voor interventieprogramma's	11
4.5 Bewegingsstimulering gericht op achterstandsgroepen	13
4.6 Recente ontwikkelingen in het beleid rond sportstimulering	17

	pagina
5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	19
5.1 Sportparticipatie door jongeren	19
5.2 Gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit	19
5.3 Conclusies ten aanzien van gezondheidsbevordering en sportstimulering	20
5.4 Conclusies ten aanzien van sportstimulering bij achterstandsgroepen	20
 LITERATUUR DEEL II	 21
 BIJLAGE II.1 Informatiebladen jeugd en lichamelijke activiteit: gezondheidseffecten en aanbevelingen voor bevordering	 25

SAMENVATTING

Preventieprogramma's die werkzaam zijn onder optimale omstandigheden hebben vrijwel altijd minder resultaat in de dagelijkse praktijk. Het project Verbetering uitvoering preventie heeft tot doel deze uitvoering van preventieprogramma's in de dagelijkse praktijk te verbeteren. Dit gebeurt via de ontwikkeling van aanbevelingen en preventie-standaarden. Doel van het in dit rapport beschreven project was het ontwikkelen van:

- een procedure voor verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en;
- aanbevelingen over de uitvoering van één preventieprogramma, bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd, met name uit achterstandsgroepen.

Het project is uitgevoerd door TNO-PG in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD). Dit deel van het rapport van dit project beschrijft de resultaten van de gevolgde procedure.

De ontwikkelde procedure bestaat uit drie stappen:

- 1 Keuze van een onderwerp (probleem) waarover aanbevelingen worden ontwikkeld. Deze keuze is gebaseerd op de mogelijkheden om gezondheidswinst te halen door verbetering van de uitvoering van een preventieprogramma, de Preventiegids en overleg met betrokkenen uit het veld.
- 2 Maken van een overzicht van de beschikbare kennis over doeltreffende preventie van dit probleem en van de preventieve taken van GGD'en daarbij. Het overzicht van de kennis over preventie is gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en overleg met deskundigen. Het overzicht van de preventieve taken van GGD'en is gebaseerd op bestaande overzichten.
- 3 Verwerking van de resultaten van de vorige stap in informatiebladen. Deze informatiebladen vatten de beschikbare kennis samen, geven aanbevelingen en bevatten voorbeelden van in Nederland uitgevoerde preventieve activiteiten.

Een uitwerking van elk van deze stappen wordt gegeven in deel I van dit rapport. De procedure blijkt met enkele kleine wijzigingen goed bruikbaar voor het ontwikkelen van aanbevelingen over de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en.

Met behulp van de ontwikkelde aanbevelingen over de uitvoering van een bepaald preventieprogramma kan de uitvoering door GGD'en van dat programma worden doorgelicht. De resultaten hiervan vormen een handreiking voor verbetering van de uitvoering, als vervolg op het hier beschreven project.

Deel II van dit rapport bevat de resultaten van deze procedure wat betreft één probleem, als voorbeeld van een test voor het hanteren van de ontwikkelde procedure. Gekozen is voor het probleem bevordering door GGD'en van lichamelijke activiteit onder jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen. De positieve effecten op korte termijn van lichamelijke activiteit zijn voor jongeren voldoende aangetoond

om aanbevelingen tot bevordering te rechtvaardigen; over de effecten op langere termijn is dit nog minder duidelijk. Aanbevelingen over bevordering van lichamelijke activiteit betreffen met name de ontwikkeling van activiteiten: argumenten op korte termijn zoals plezier zijn belangrijker voor jongeren dan gezondheidseffecten op lange termijn, de ontwikkeling kan het best planmatig plaats vinden en in overleg met jongeren, en de activiteit is bij voorkeur onderdeel van een breder pakket gezondheidsbevorderende activiteiten. Voor achterstandsgroepen kan bewegen daarnaast een goed middel zijn om integratie en sociale vaardigheden te bevorderen. Per subgroep, bijvoorbeeld voor allochtone jongeren, verschilt de meest effectieve aanpak echter. Het betrekken van intermediairen zoals leerkrachten en sportleiders is daarbij belangrijk.

De beschikbare kennis over gezondheidseffecten en mogelijkheden tot stimulering van lichamelijke activiteit onder jeugd uit achterstandsgroepen worden samengevat in informatiebladen, bijlage 1 bij deel II van het rapport. Het is de bedoeling dat dergelijke informatiebladen worden ontwikkeld voor verschillende onderwerpen en vervolgens worden geïmplementeerd binnen GGD'en.

De vakgroep Jeugd van de LVGGD trad op als begeleidingscommissie van dit gehele project. De ontwikkelde procedure en aanbevelingen zijn daarnaast becommentarieerd door medewerkers van het bureau van de LVGGD en de leden van de projectgroep Jeugd van de LVGGD, en zijn voorgelegd aan een aantal GGD-medewerkers met specifieke deskundigheid op het terrein van het gekozen probleem. Tot slot zijn de procedure en de als voorbeeld geformuleerde aanbevelingen voorgelegd aan en geaccordeerd door het bestuur van de LVGGD.

Deel II DE BESCHIKBARE KENNIS OVER GEZONDHEIDSEFFECTEN VAN EN STIMULERINGSMOGELIJKHEDEN VOOR LICHAMELIJKE ACTIVITEIT BIJ JEUGD

1. INLEIDING

Dit overzicht beschrijft de mate van lichamelijke (in)activiteit van de jeugd in Nederland en geeft een overzicht van de effecten van lichamelijke activiteit en sport op de gezondheid van jongeren en de mogelijkheden voor stimulering van lichamelijke activiteit.

In hoofdstuk 1 wordt besproken hoe (in)actief jongeren zijn. Er wordt een algemene trend in de tijd geschetst en ook aandacht besteed aan verschillen tussen subgroepen in de bevolking. Daarbij ligt het accent op verschillen in activiteitenpatroon naar leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en etniciteit. Hoofdstuk 2 bevat een overzicht van de belangrijkste gezondheidsrisico's van lichamelijke inactiviteit. Daarbij wordt met name ingegaan op de effecten op hart- en vaatandoeningen, overgewicht, het bewegingsapparaat, cognitieve en psychosociale ontwikkeling en sportblessures. Hoofdstuk 3 bevat een samenvatting van de resultaten uit interventie- en evaluatie-onderzoek. Daarin wordt afzonderlijk aandacht besteed aan het afstemmen van de interventie-programma's op jongeren met een lage sociaal-economische status en van niet-Nederlandse herkomst.

Voor de begripsafbakening wordt eerst aangegeven wat in dit stuk wordt verstaan onder lichamelijke (in-)activiteit, sport en achterstandsgroepen. Lichamelijke activiteit heeft betrekking op het leveren van fysieke inspanning met behulp van de skeletspieren, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt naar duur, frequentie en intensiteit.

Onder sportief bewegen wordt, in navolging van Bol et al (1997), verstaan het lichamenlijk actief bezig zijn met als doel om, naast het plezier dat men hieraan kan beleven, ook de persoonlijke fitheid en gezondheid te bevorderen. Sportief bewegen kan uitgevoerd worden conform de doelstellingen en regels van een reguliere tak van sport, maar ook op eigen initiatief buiten de georganiseerde sport om. Er is sprake van een groeiende tendens, ook onder jongeren, om op een meer recreatieve wijze en minder competitieve wijze actief te zijn. Ook daarom worden sport en sportieve beweging in dit stuk als synoniemen opgevat. In deze notitie wordt extra aandacht besteed aan sport en lichamelijke activiteit bij jeugdigen uit achterstandsgroepen. Dit betreft jeugdigen met een niet-Nederlandse afkomst of uit gezinnen met een lage sociaal-economisch status. Vanwege de specifieke culturele context van het begrip achterstandsgroepen wordt rondom dit thema zoveel mogelijk gebruik gemaakt van onderzoek in Nederland.

2. LICHAAMELIJKE INACTIVITEIT BIJ DE JEUGD

2.1 Algemeen overzicht en trends in de tijd

In een groot Nederlands onderzoek uit 1992/1993 blijkt sport de meest populaire vrijetijdsbesteding van jongeren tot 15 jaar te zijn. In de leeftijdsgroep van 10-14 jarigen is de sportparticipatie het hoogst (60%) van alle leeftijdsgroepen. In de leeftijdsgroep 15-19 jaar daalt de sportparticipatie tot 52% bij jongens en 47% bij meisjes. Dit wordt nagenoeg geheel veroorzaakt door een afname in de deelname aan de georganiseerde sport (Schmikli et al., 1995).

De mate van sport-participatie verschilt nogal per onderzoek. De verschillen zijn gerelateerd aan het type onderzoek, de gehanteerde definitie van sportbeoefening, de leeftijdsgrenzen van de onderzochte populatie en de wijze van vragen (Prinsen & Kropman, 1992). Wel is uit diverse leefsituatie-onderzoeken onder jongeren duidelijk dat vanaf ongeveer 15-jarige leeftijd relatief minder jongeren in de vrije tijd (al dan niet georganiseerd) iets aan sport doen (Peeters & Woldringh, 1993; Van der Linden & Dijkman, 1989). Onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau laat eveneens zien dat de sportparticipatie afneemt van 85% bij 12-15-jarigen via 79% bij 16-18-jarigen, tot 71% bij 19-21-jarigen (SCP, 1994). Tevens neemt binnen de actieve groep het relatieve aandeel van de groep die vaak sport af ten gunste van de groep die af en toe sport.

Recent longitudinaal onderzoek bevestigt de hierboven geschetste dalende trend in dwarsdoorsnede-onderzoek. De daling zet zich bij jong-volwassenen voort, hoewel er na een sterke afname in de late adolescentie vaak eerst een verbetering in de sportdeelname optreedt op jong-volwassen leeftijd (Anderssen, 1996; Kemper, 1995).

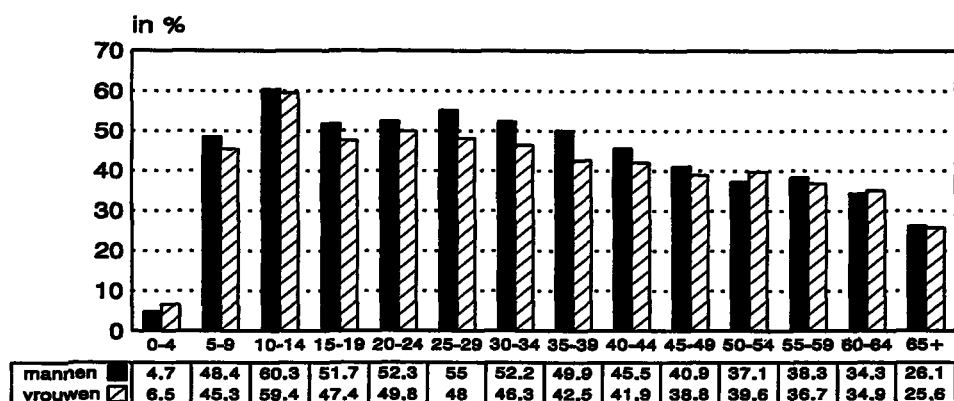
2.2 Lichamelijke activiteit naar demografische kenmerken

Leeftijd en geslacht

Er bestaan grote verschillen in lichamelijke (in)activiteit tussen leeftijdsgroepen. Ook bestaan er verschillen in de mate van lichamelijke activiteit tussen jongens en meisjes. Kinderen besteden een relatief groot aandeel van de tijd dat ze actief zijn aan relatief laag-intensieve activiteiten (zoals lopen, spelen, fietsen e.d.). Hierin lijkt tussen jongens en meisjes weinig verschil te bestaan. Zwaardere inspanning en deelname aan georganiseerde sport komt echter vaker voor bij jongens en mannen dan bij meisjes en vrouwen. De onderstaande grafiek geeft het percentage sporters in Nederland weer naar leeftijd en geslacht

(Schmickli, 1995). Na een sterke afname in de leeftijdsgroep 15-24 jarigen, is er opnieuw sprake van dalende trend na het dertigste levensjaar.

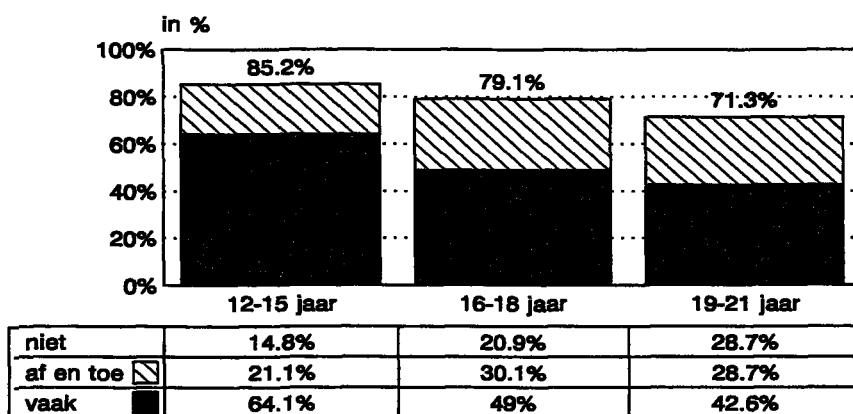
Sportparticipatie in Nederland naar leeftijd en geslacht



Bron: Schmickli, 1995.

Onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau laat zien dat er niet alleen sprake is van een absolute afname in sport-deelname van jongeren, maar ook van een afname in de regelmaat waarmee wordt gesport. Onder jongeren neemt de groep die vaak sport af van 64% bij de 12-15-jarigen tot 43% bij de 19-21-jarigen (SCP, 1994).

Sportdeelname van jongeren

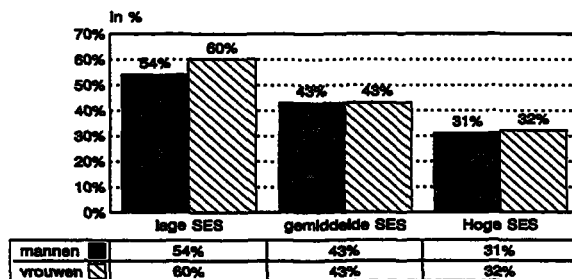


Bron: SCP, 1994

Sociaal-economische status.

Kinderen of jongeren met laag-opgeleide ouders zijn vaker niet of weinig actief dan andere jongeren (Spee-van der Wekke et al., 1994).

Lichamelijk inactieven naar SES



Bron: GLOBE-Onderzoek, in VTV, 1997

Uit de tweede Volksgezondheid Toekomst Verkenning blijkt dat het aandeel in de vrije tijd lichamelijk inactieve mannen toeneemt van 31% bij een hoge SES tot 54% bij een lage SES (Ruwaard en Kramers, 1997). Bij vrouwen bedraagt dit aandeel respectievelijk 32% en 60%.

De Peilingen Jeugd-gezondheidszorg laten zien dat onder 10-14 jarigen, kinderen van ouders met een lagere opleiding vaker (55%) geen lid zijn van een sportvereniging dan van ouders met een hoge opleiding (20%) (Spee-van der Wekke et al., 1994).

Etniciteit

Amerikaans onderzoek laat zien dat de sportparticipatie onder blanke Amerikanen hoger is dan onder Amerikanen met een zwarte of Spaanse herkomst. Vooral bij de meisjes en vrouwen is dit verschil groot. Allochtone jongeren, met name meisjes, zijn minder vaak lichamelijk actief dan autochtone jongeren c.q. jongens (MMWR, 1997; Kelder, 1995).

De Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg laten zien dat bij 10-14 jarigen allochtone kinderen vaker (58-66%) geen lid zijn van een sportvereniging dan kinderen met een Nederlandse herkomst (30%). Deze etnische verschillen blijven bestaan na correctie voor verschillen in SES (Spee-van der Wekke et al., 1994). Ook bij jongere kinderen (groep 4 basisschool) verschilt de deelname aan georganiseerde sport tussen kinderen van Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst (Wiegersma, 1990).

3. Gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit

Dit hoofdstuk beschrijft de effecten van lichamelijke activiteit op de gezondheid, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar effecten op de cardiovasculaire gezondheid, overgewicht, het bewegingsapparaat, de cognitieve en psychosociale ontwikkeling, en sportblessures.

3.1 Effecten op de cardiovasculaire gezondheid

Uit studies in de Verenigde Staten en Engeland blijkt dat ongeveer 70% van de kinderen op 12-jarige leeftijd al tenminste één beïnvloedbare risicofactor voor hart- en vaatziekten (HVZ) heeft (Boreham et al., 1993). Meestal leidt dit pas op latere leeftijd tot klachten. Bij kinderen zijn al duidelijke atherosclerotische lesies in de arterie-wand aangetroffen. Verder zijn er aanwijzingen dat risicofactoren als het serumlipidengehalte, overgewicht, hoge bloeddruk en fysieke inactiviteit relatief constant blijven bij het ouder worden (Meyers, 1995). Kinderen die op gemiddeld 10-jarige leeftijd voor drie risicofactoren (overgewicht, cholesterol en hoge bloeddruk) in het hoogste kwartiel zitten blijken op 25-jarige leeftijd nog vaak een significante clustering van deze risicofactoren te hebben. Van hen heeft 22% dit, tegen 1,1% van de jong volwassenen die op jeugdige leeftijd geen enkele risicofactor hadden. Ook kinderen met alleen een hoge bloeddruk houden veelal als volwassenen een hoge bloeddruk (De Visser et al, 1994). Vanwege de grote ziektelast door hart- en vaatziekten in de bevolking wordt er de laatste jaren steeds meer aandacht besteed aan HVZ-preventie op jonge leeftijd (Riddoch & Boreham, 1992). Deze aandacht betreft naast vooral voeding en lichamelijke activiteit.

Lichamelijke inactiviteit bij volwassenen verdubbelt het risico op HVZ. Bij kinderen is er tot op heden, in tegenstelling tot onder volwassenen, nog geen eenduidig bewijs dat lichamelijke fitheid beschermt tegen het ontstaan van coronaire hartziekten (Bouchard et al., 1994). Mogelijk hangt dit samen met het beperkte aantal representatieve en prospectieve studies op dit terrein. Daarnaast zijn veel interventies in onderzoek te kort durend en is de follow-up van personen te kort om veranderingen in risicofactoren te kunnen vinden.

Ondanks deze beperkingen wat betreft het beschikbare onderzoek onder jongeren zijn er inmiddels wel verschillende *aanwijzingen* voor een beschermend effect van lichamelijke activiteit. Een transversaal onderzoek onder een representatieve groep van ruim 5000 Deense tieners (gemiddelde leeftijd 17 jaar) toont een duidelijk significante relatie tussen de bloeddruk en zowel het gewicht als de relatieve VO_{2max} . Dit laatste is een maat voor zuurstofopname die dient als indicator voor fysieke fitheid. Er werd echter geen

significant verband gevonden tussen de totale fysieke activiteit (ongeacht de intensiteit) en de bloeddruk (Andersen, 1994).

In de 'Framingham Children Study', een longitudinaal onderzoek naar risicogedrag voor hart- en vaatziekten bij kinderen, werd het effect van voor-schoolse lichamelijke activiteit op het gewicht in de eerste klas van de basisschool onderzocht. Inactieve kinderen bleken een bijna vier keer zo grote kans te hebben op een toename in onderhuids vetweefsel als actieve kinderen, na correctie voor tv-kijken, leeftijd, energieopname, triceps-huidplooï bij aanvang van het onderzoek en Quêtelet-index (maat voor overgewicht) van de ouders. Dit onderstreept de positieve effecten van lichamelijke activiteit op het ontstaan van overgewicht, ook op zeer jeugdige leeftijd (Moore et al., 1995). Aangezien overgewicht een belangrijke risicofactor voor HVZ is en bovendien goed beïnvloedbaar is via lichamelijke activiteit, wordt aan dit thema in de volgende paragraaf nader aandacht besteed.

3.2 Effecten op overgewicht

In veel westerse landen neemt de prevalentie van overgewicht bij de jeugd toe. Deze toename kan worden verklaard door zowel een toenemend aanbod aan energie-rijke voedingsstoffen als een toenemend inactieve leefstijl (Brugman, 1995). De Youth Risk Behaviour Survey laat zien dat in 1990 meer dan 35% van de Amerikaanse jongeren dagelijks minimaal 3 uur televisie keek (Heath, 1994). In een onderzoek onder de Nederlandse jeugd hebben zowel televisie-kijken als een lager opleidingsniveau van de ouders een significante en onafhankelijke relatie met de mate van overgewicht bij kinderen (Spee-van der Wekke et al., 1994).

De Amerikaanse National Health and Nutrition Examination Surveys onder jeugdigen van 6-17 jaar laten zien dat het percentage kinderen met overgewicht in de periode 1963-1991 is verdubbeld. In Nederland had in 1994 10% van de 4-15 jarigen een Quêtelet-index boven de 97^e percentiel van de -in 1982 opgestelde- referentiewaarden (Brugman, 1995). In een recent gerandomiseerd onderzoek werden bij ruim duizend 10-12 jarige Australische kinderen de effecten vergeleken van vijf gezondheids-programma's. Na negen maanden interventie bleken de fitnessprogramma's effectiever te zijn dan de voedingsprogramma's (Vandongen et al., 1995). Met name bij meisjes leidde dit tot een toegenomen fysieke fitheid, minder overgewicht en een verlaging van de gemiddelde bloeddruk met 3 mm Hg. Als kinderen dit gedrag tot op latere leeftijd vast houden leidt dit op populatieniveau tot een substantiële verlaging van cardiovasculaire risico's op volwassen leeftijd. Nader onderzoek naar de samenhang tussen lichamelijke (in)activiteit en het voorkomen van overgewicht is echter noodzakelijk (Bar-Or, 1994). Gedragspatronen die gerelateerd zijn aan overgewicht, zoals ongezonde voeding en inactiviteit, worden vaak al op jeugdige leeftijd ontwikkeld.

De eerder genoemde voortzetting van gedrag en risicofactoren tot op oudere leeftijd geldt ook hiervoor: een zesjarig Fins longitudinaal onderzoek bij 2426 jeugdigen (9-24 jaar) laat een positief verband zien tussen lichamelijke inactiviteit bij adolescenten en de hoeveelheid lichaamsvet op jong-volwassenen leeftijd (Taimela et al., 1994).

3.3 Effecten op het bewegingsapparaat

Er zijn aanwijzingen dat fysieke fitheid een gunstig effect heeft op aandoeningen van het bewegingsapparaat, hoewel de hoeveelheid wetenschappelijke studies op dit gebied beperkt is. Vergroting van de spierkracht en de spiertonus bij kinderen leidt waarschijnlijk tot preventie van sportblessures, van latere arbeidsgebonden aandoeningen aan het bewegingsapparaat en van chronische rugklachten (Rowland & Freedson, 1994). Gewichtsdragende lichamelijke activiteit (zoals lopen) biedt ook bescherming tegen het ontstaan van osteoporose op latere leeftijd, doordat het de natuurlijke botaanmaak stimuleert (Hui, 1990). Kemper et al. (1995) vonden een relatie tussen de hoeveelheid gewichtsdragende activiteit bij Nederlandse jongeren van 13-18 jaar en de minerale botdichtheid op 27-jarige leeftijd. Uit ander prospectief onderzoek (Valimaki et al., 1994) is gebleken dat lichamelijke inspanning bij de jeugd de best beïnvloedbare determinant is van de minerale botdichtheid.

3.4 Effecten op de cognitieve en psychosociale ontwikkeling

Voldoende bewegingservaring is van groot belang voor de ontwikkeling van basisvaardigheden bij kinderen, zoals verbaal begrip, ruimtelijk inzicht, communicatie en perceptie. Kinderen die sinds hun vroege jeugd langdurig beperkt zijn in hun normale bewegingservaringen, hebben een verhoogde kans op leerstoornissen en problemen in de psychosociale ontwikkeling (Vallaey, 1990). Vanaf de lagere schoolleeftijd is lichamelijke activiteit, vaak in de vorm van sport, bovendien een belangrijke factor in het sociale leven (Vogels, 1991) en een van de belangrijkste vormen van vrijetijdsbesteding (SCP, 1994). Daarnaast hangt lichamelijke activiteit in ongeveer 60% van de studies bij zowel kinderen als volwassenen positief samen met de zelf-waardering en hangen sport en sportieve recreatie positief samen met het welbevinden van jongeren. Dit laatste geldt ongeacht geslacht, sociale klasse, gezondheids-toestand en het gebruik van gezondheidszorg (Steptoe, 1996). De methodologische kwaliteit van studies op dit gebied is echter niet optimaal en er zijn onvoldoende longitudinale en interventie-studies uitgevoerd. Daardoor kunnen geen eenduidige uitspraken worden gedaan over de effecten van lichamelijke activiteit op de zelfwaardering, welbevinden en zelf-effectiviteit (McCauley, 1994).

3.5 Gezondheidsrisico's: sportblessures en doping

De verschillen tussen landen in de incidentie van sportblessures bij de jeugd zijn groot, maar berusten in belangrijke mate op verschillen in de gehanteerde onderzoeksmethoden en definitie van blessures (Backx, 1991). De totale hoeveelheid blessures bij jeugdigen lijkt echter vrij hoog te zijn, mede als gevolg van de relatief grote sportparticipatie van jeugdigen. De ernst van de blessures valt echter over het algemeen mee. Uit een representatief onderzoek naar ongevallen in Nederland in 1992/1993 blijkt dat gemiddeld 2,1 blessures per 1000 sporturen ontstaan. Dit betekent in totaal van 2,9 miljoen sportblessures per jaar, waarvan 40% (1,1 miljoen) medisch moet worden behandeld (Schmikli et al., 1995). In de leeftijdsgroep van 15-34 jaar is de incidentie het hoogst, met een piek bij de leeftijdsgroep van 15-19 jarigen (3,9 blessures per 1000 sporturen; 95% betrouwbaarheidsinterval: 3,1-5,0).

Het risico op blessures tijdens wedstrijdporten is ruim twee keer zo hoog als tijdens recreatiesport. Drie risicofactoren verklaren het grootste deel van de verschillen in vóórkomen van sportblessures (78% van de verklaarde variantie): deelnemen aan een contactsport, sport waarbij veel wordt gesprongen en sportbeoefening in een zaal. De belangrijkste voorspeller van sportblessures die zo ernstig zijn dat medische hulp moet worden ingeroepen is het beoefenen van een contactsport (48% verklaarde variantie). Het verplicht gebruik van beschermende maatregelen en spelregel-wijzigingen heeft naar verwachting een groter preventief effect dan alleen gezondheidsopvoeding (Backx, 1991). De laatste jaren wordt in clubverband en met ondersteuning van intermediaire organisaties zoals sport-medisch adviescentra en de GGD'en veel aandacht besteed aan campagnes die zijn gericht op het terugdringen van sportblessures (VWS, 1996).

Sportblessures, en gebruik van doping en spierversterkende middelen in met name topsport en krachtsport, kunnen nadelige effecten op de gezondheid hebben. Desondanks kan worden geconcludeerd dat de voordelen van een lichamelijk actieve leefstijl veel groter zijn dan de nadelen. In hoofdstuk 4 zal daarom nader worden ingegaan op interventieprogramma's gericht op de stimulering van sport en bewegen.

4. INTERVENTIEPROGRAMMA'S GERICHT OP SPORT EN BEWEGEN

4.1 Algemene richtlijnen inzake lichamelijke activiteit

Ondanks de in het vorige hoofdstuk geschetste hiaten in kennis, zijn inmiddels in de U.S.A., Nederland en diverse andere landen richtlijnen opgesteld voor lichamelijke activiteit in relatie tot gezondheid. De Nederlandse en Amerikaanse richtlijnen vertonen grote overeenkomsten.

Tijdens een consensus bijeenkomst van de Amerikaanse National Institute of Health is eind 1995 vastgesteld dat zowel volwassenen als kinderen het advies moeten krijgen om bij voorkeur op alle dagen van de week minstens een half uur te besteden aan matig-intensieve tot intensieve lichamelijke activiteit (NIH, 1996). Tegenwoordig wordt aangenomen dat ook matig-intensieve activiteit (zoals fietsen en wandelen) een gezondheidsbevorderende werking heeft (NIH, 1996; CDC, 1994; NIB, 1996), in tegenstelling tot de vroegere opvatting dat dit alleen geldt voor hoog-intensieve activiteit.

In Europa hebben de Europese ministers die sportbeleid in hun portefeuille hebben in 1995 een Europees Handvest inzake jongeren en sport aangenomen, waarin aandacht wordt besteed aan het belang van stimulering van bewegen (Council of Europe, 1995). In Nederland is in het programma 'Nederland in Beweging!' van het NOC*NSF de doelstelling opgenomen dat een substantiële groei moet worden nagestreefd van het percentage jonge mensen met een voldoende actieve leefstijl. Voor volwassenen is vastgehouden aan de richtlijn van minimaal een half uur per dag matige lichamelijke activiteit. Voor de jeugd komt daar nog 3x20 minuten intensieve lichamelijke activiteit per week bij (NOC*NSF, 1997).

4.2 Specifieke richtlijnen inzake lichamelijke activiteit bij jongeren

In het kader van het gezondheidsprogramma "Healthy People 2000" zijn in de USA door de nationale Public Health Service 12 doelstellingen opgesteld ter bevordering van lichamelijke activiteit bij jongeren (MMWR, 1997). Ze vormen een uitwerking van hiervoor genoemde algemene consensus inzake de bevordering van lichamelijke activiteit in de USA, waarbij is getracht haalbare doelstellingen te formuleren. Deze doelstellingen kunnen worden gebruikt als voorbeeld voor het formuleren van doelstellingen in Nederland of binnen een GGD, en zijn daarom in onderstaande tabel weergegeven.

Doelstellingen voor gezondheidsbevordering door lichamelijke activiteit (MMWR, 1997)

1. Reductie van de prevalentie overgewicht tot minder dan 15% van de adolescenten van 12-19 jaar.
2. Minstens 30% van de zesjarigen en ouder moet dagelijks minstens een half uur minimaal matig actief zijn.
3. Minstens 75% van de jongeren in de leeftijd van 6-17 jaar moet minimaal 2-3 keer per week minstens 20 minuten bewegen met een hoge intensiteit (ten behoeve van de cardiovasculaire fitheid).
4. Beperk de groep niet-actieven in de vrije tijd tot maximaal 15%.
5. Minstens 40% van de 6-jarigen en ouder moet zodanig actief zijn dat daarvan effecten op spierkracht, uithoudingsvermogen en lenigheid zijn te verwachten.
6. Minstens 50% van degenen met overgewicht bij de 12-jarigen en ouder moeten adviezen over voeding en lichamelijke activiteit kunnen toepassen in hun eigen leven.
7. Minstens 50% van de kinderen en jongeren moet dagelijks op school bewegingsonderwijs krijgen.
8. Jongeren moeten minstens 50% van de tijd van bewegingsonderwijs op school ook daadwerkelijk actief zijn.
9. Verbetering van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van sportfaciliteiten en sportaanbod.
10. Meer dan 50% van de werkers in de eerstelijns gezondheidszorg dient actief aandacht te besteden aan inventarisatie van en advisering over lichamelijke activiteit.

4.3 Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting gericht op sport en bewegen

Enkele grootschalige 'community-based' interventie-projecten blijken positieve effecten te hebben op lichamelijke activiteit, ook wanneer deze projecten specifiek op jongeren zijn gericht (Kelder, 1994). Deze programma's waren steeds gericht op het beïnvloeden van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Probleem in deze interventie-programma's is echter dat veelal een goede experimentele opzet ontbrak, zodat eenduidige uitspraken over de effectiviteit van de programma's moeilijk zijn. Via een aantal initiatieven wordt momenteel geprobeerd om de opzet en evaluatie van dergelijke 'community-based' interventieprogramma's te verbeteren (Murray, 1995; Nutbeam, 1996).

Ook in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning wordt aandacht besteed aan het thema lichamelijke activiteit en de bevordering daarvan uit gezondheidkundig oogpunt (Ruwaard en Kramers, 1997). Hierin wordt geconcludeerd dat preventieprogramma's meer effect op jongeren hebben naarmate de begeleiding intensiever is. Over doeltreffendheid zijn geen gegevens beschikbaar. De drie belangrijkste knelpunten bij de uitvoering van deze preventie-programma's zijn het veelal ontbreken van een planmatige benadering, het bij de doelgroep (jongeren) ontbreken van vaardigheden voor gedragsverandering en het feit dat potentieel effectieve programma's relatief weinig worden toegepast. Bevordering van lichamelijke activiteit bij juist jongeren is echter zeer relevant omdat op jonge leeftijd vaak verankering van gedrag plaats vindt, onder andere rondom lichamelijke activiteit.

Costongs en de Winter (1996) constateren op basis van literatuuronderzoek ten behoeve van de NOC*NSF-campagne eveneens dat er vooralsnog geen bewezen effectieve methoden voor

bewegingsstimulering bij de jeugd bestaan. Uit gezondheidkundig en sociaal-maatschappelijk perspectief achten zij het stimuleren van actieve vrijetijdsbesteding voor de jeugd het meest relevant.

Indien de interventie-programma's niet worden gecontinueerd blijken de in studies aangetoonde reducties van risicofactoren zoals overgewicht en hoge bloeddruk als gevolg van interventie-studies veelal van korte duur te zijn (Peeters & Woldringh, 1993). Voor de verankering van gedragsverandering gericht op blijvende sportbeoefening blijkt het beleven van plezier aan sport een belangrijke voorwaarde te zijn (Giljam, 1987).

Door de Nederlandse Hartstichting is in 1997 een onderzoek afgerond naar de effectiviteit van interventies gericht op leefstijlfactoren bij jongeren (Paulussen et al, 1997). De belangrijkste conclusies staan weergegeven in het overzicht hieronder.

Conclusies uit onderzoek naar bewegingsprogramma's bij jongeren (NHS, 1997)

1. Er zijn nog te weinig publicaties beschikbaar die bewegingsprogramma's voor jongeren daadwerkelijk op effectiviteit hebben getoetst.
2. Er is meer consensus nodig over bewegingsactiviteiten die prioriteit verdienen met het oog op gezond (blijven) bewegen.
3. Fitness programma's lijken de conditie van jongeren in elk geval op korte termijn te verhogen.
4. Training, contracten en loterijen kunnen helpen om een fitness-programma te volgen en af te maken.
5. Een 'sport is leuk' benadering kan effectief zijn om de motivatie te vergroten. Jongeren hechten vooral aan de korte-termijn voordelen van bewegen. Dat het gezond is, is 'mooi meegenomen'.
6. Interventies moeten meer doen dan het vergroten van kennis en het veranderen van attitudes.
7. Jongeren tot een jaar of vijftien bewegen veelal voldoende. Voorlichting moet met name gericht worden op attitudes en vaardigheden die nodig zijn om deze actieve leefstijl te continueren.

4.4 Algemene adviezen voor interventie-programma's

Voor bewegingsstimulering bij kinderen en jongeren verdient het aanbeveling om meer aandacht te besteden aan korte-termijn argumenten (plezier, vrienden maken en jezelf fitter voelen) dan alleen aan lange-termijn argumenten zoals mogelijke gezondheidsrisico's (Gentle, 1994).

Scholen en begeleiders van jeugdigen hebben een belangrijke bij het stimuleren van lichamelijke activiteit en bij de ontwikkeling van strategieën die de jeugd aanspreken. Juist voor de minst actieve kinderen zijn zij de belangrijkste stimulator voor sportdeelname.

Costings en de Winter (1996) geven aan dat het belangrijk is om jongeren zelf zoveel mogelijk te betrekken bij het opstellen van bewegingsstimuleringsprogramma's. In de Preventiegids wordt tevens

gewezen op het belang van persoonlijke adviezen en een deskundige begeleiding bij sportstimuleringsprogramma's (Schaapveld en Hirasing, 1997).

Uit onderzoek is gebleken dat de minst actieve 14-15 jarigen een duidelijke voorkeur hebben voor niet-competitieve sporten (Gentle, 1994). Daarbij dient bij het opstellen van de programma's rekening te worden gehouden, omdat dit een belangrijke doelgroep is van programma's gericht op bewegingsstimulering.

Bij het aanbieden van interventieprogramma's is eveneens gebleken dat gecombineerde interventieprogramma's vaak effectiever zijn dan eenzijdige interventies. Opnemen van sportstimulering in een breder aanbod van gezondheidsbevorderende activiteiten (school, lokaal jeugdbeleid van de gemeente, verenigingen, lokaal gezondheidsbeleid) lijkt dan ook gewenst. Bij (jonge) kinderen is het daarbij van belang om ook de ouders bij het programma te betrekken (Bar-Or, 1994).

Concluderend is er inmiddels voldoende onderbouwing voor algemene aanbevelingen over interventieprogramma's in het algemeen en gezondheidsvoorlichting in het bijzonder wat betreft stimulering van een actieve vrijetijdsbesteding. Daarbij dient echter wel te worden aangetekend dat er grote (intra- en internationale) verschillen bestaan tussen de kenmerken van de onderzoekspopulaties binnen dergelijke interventie-programma's. Daarom zijn op de specifieke doelgroep aangepaste programma's en interventie-onderzoek nodig. Daarbij bestaat vooral behoefte aan kwalitatief goed en toegepast onderzoek dat gebaseerd is op een onderbouwd theoretisch kader (Vuomi, 1994).

In Nederland is door Kroesbergen (1995) onderzoek gedaan naar determinanten van sporten door jongeren, waarbij het ASE-model als uitgangspunt heeft gefungeerd. Dit model bleek bruikbaar te zijn bij de verklaring van het sportgedrag door jongeren. Met name bij meisjes blijken negatieve verwachtingen over de eigen effectiviteit (het gevoel niet te kunnen voldoen aan de eisen die een bepaalde sport aan hen stelt) een belangrijke drempel zijn om te gaan sporten. Daarmee zou rekening moeten worden gehouden bij het sportaanbod. Tevens wordt geadviseerd om extra aandacht te besteden aan de rol van sociale invloeden bij de minst actieve groepen, zoals de sportleiders.

Door het NOC*NSF is geconstateerd dat in Nederland voor jeugd weinig voorlichtings-materiaal beschikbaar is op het terrein van sport, bewegen en gezondheidsbevordering (Costongs, 1997). Een mogelijke reden hiervoor is dat lichamelijke inactiviteit, in vergelijking met alcohol, roken en voeding, relatief recent in de aandacht is gekomen als risicofactor voor de gezondheid. Wel zijn de afgelopen jaren, onder meer bij GGD'en, verschillende leskisten en draaiboeken op dit gebied ontwikkeld. In de informatiebladen staat een overzicht van projecten die zijn opgenomen in de database van het NIGZ.

In De USA zijn door de MMWR in 1997 op basis van het beschikbare evaluatie-onderzoek tien aanbevelingen opgesteld voor sportstimuleringsprogramma's voor jongeren op scholen en op regionaal niveau. Deze aanbevelingen zijn opgenomen in het onderstaande kader.

Aanbevelingen voor bewegingsprogramma's bij jongeren (MMWR, 1997):

1. Zorg voor beleid dat bijdraagt aan de bevordering van lichamelijke activiteit.
2. Zorg voor een fysieke en sociale omgeving die stimuleert tot veilige en aansprekende vormen van lichamelijke activiteit.
3. Zorg voor verbetering van het bewegingsonderwijs op school, zodat een levenslange actieve leefstijl wordt gestimuleerd.
4. Integreer lichamelijke activiteit als thema in GVO-programma's en onderwijs.
5. Tracht te voorzien in het aanbieden van extra-curriculaire sportactiviteiten waarvoor bij jongeren belangstelling bestaat.
6. Betrek ouders en opvoeders zoveel mogelijk bij de sportstimulerings-programma's.
7. Zorg voor de opleiding van intermediairen die betrokken worden bij de programma's.
8. Zorg voor agendering van het thema lichamelijke activiteit binnen de (eerstelijns) gezondheidszorg (voorlichting, verwijzing etc.).
9. Zorg voor een sportaanbod op regionaal, stedelijk of wijk-niveau dat goed aansluit bij het ontwikkelingsniveau en de belangstelling van de doelgroep.
10. Zorg voor een regelmatige en gedegen evaluatie van de programma's.

4.5 Bewegingsstimulering gericht op achterstandsgroepen

De Nederlandse Raad voor het Jeugdbeleid heeft in 1995 in de nota "Jeugd in beweging" vergelijkbare aanbevelingen gegeven als in het buitenland het geval is (Raad voor het Jeugdbeleid, 1995). De raad adviseert om met name kwetsbare groepen, zoals jongeren uit een lager sociaal-economisch milieu of van niet-Nederlandse herkomst, te stimuleren om aan sport en actieve vrijetijdsbesteding te doen. In de Preventiegids wordt aangegeven dat mensen met een lagere opleiding de gezondheidsboodschappen in sportstimulerings-programma's minder makkelijk oppakken, net als in vele andere GVO-programma's (Hirasing en Schaapveld, 1997). Aansluiten bij de beleevingswereld en interessegebieden van de doelgroep is daarom van extra belang (RJB, 1995).

Het Bootheel Heart Health project in de Verenigde Staten is een van de weinige Community-based programma's, waarbij expliciet aandacht besteed is aan etniciteit en sociaal-economische status. Na een vierjarige interventieperiode was er wat betreft de gehele interventiepopulatie geen effecten op het voorkomen van lichamelijke inactiviteit en roken. Wel verbeterde het gebruik van gezonde voeding en was er binnen de groep zwarte Amerikanen sprake van significante verbeteringen op vijf risicofactoren,

waaronder lichamelijke inactiviteit. Deze laatste groep had (vooraf) een duidelijk verhoogd risico voor hart- en vaatziekten (Browson, 1996).

Sportstimulering dient niet beperkt te blijven tot de reguliere lessen lichamelijke opvoeding en competitie-sporten (Costongs en de Winter, 1996). Speciale aandacht dient te worden besteed aan programma's voor allochtone meisjes, kinderen uit lage SES-milieu en kinderen met achterstanden in de motorische ontwikkeling (Kroesbergen, 1995). Bijvoorbeeld kan de hoogte van de contributie voor sportverenigingen een drempel vormen voor bewegen bij lage inkomensgroepen. Bij allochtone groepen willen meisjes soms niet samen met jongens sporten. Het Ministerie van VWS en de Overijsselse sportraad subsidiëren tot 1998 een project in Zwolle waarbij 150 kinderen met een zwakke motoriek deel kunnen nemen aan een speciaal op hen toegesneden bewegingsprogramma. Aanmelding vindt plaats via doorverwijzing van intermediairen, zoals leraren lichamelijke opvoeding, jeugdartsen, fysiotherapeuten, kinderartsen en medewerkers van het RIAGG. Uit de eerste evaluatie blijkt dat de uitval gering is en dat de motoriek bij ongeveer 75% van de kinderen zodanig verbeterd is dat de betrokken kinderen konden doorstromen naar reguliere sportverenigingen. Momenteel wordt het programma nader geëvalueerd en uitgebreid naar andere regio's (NEBAS, 1997).

In het kader van het sportstimuleringsprogramma Jeugd in Beweging wordt eveneens specifiek aandacht besteed aan bevordering van de maatschappelijke participatie en integratie van kwetsbare jongeren, allochtone jongeren en jongeren met een handicap. Dit programma startte eind 1996 en vormt een invulling van de VWS-nota 'Wat Sport Beweegt', waarin wordt aangegeven dat sport juist op deze groepen een grote aantrekkingskracht uitoefent (VWS, 1996). Er zijn ook aanwijzingen dat sportactiviteiten positieve effecten hebben op bijvoorbeeld de effectiviteit van de hulpverlening onder jongeren uit achterstandsgroepen en criminaliteitspreventie. Verondersteld wordt dat aan de sport ontleende methodieken gebruikt kunnen worden om de probleemjongeren uit de bevolking sociale vaardigheden aan te leren en zo de algemene maatschappelijke participatie van deze jongeren te bevorderen (Schuyt, 1995).

Sportstimulering levert waarschijnlijk ook een bijdrage aan de integratie van verschillende allochtone groepen in de bevolking (VWS, 1996). Voorwaarde daarvoor is echter wel dat belemmeringen voor sportdeelname door allochtone groepen worden weggenomen (Lagendijk, 1995). Gemeenten zullen in dit kader worden gestimuleerd om sport ook als middel in te zetten bij breder beleid, zoals dat reeds gebeurt bij beleid inzake onderwijsachterstand (VWS, 1996).

Onlangs werden de resultaten gepubliceerd van de zwemvaardigheid van leerlingen in relatie tot het schoolzwemaanbod. Dit aanbod is sinds 1983 afhankelijk van de financiële mogelijkheden en onderwijskundige overwegingen van de lokale overheid (Crum, 1997). In 1996 bleek dat op 17% van de

scholen de leerlingen van groep 5 nog geen gebruik hadden gemaakt of hadden kunnen maken van een schoolzwemaanbod. Er blijken grote regionale verschillen te zijn in zwemvaardigheid. Aan het eind van de basisschool is op plattelandsscholen het percentage zonder zwemdiploma 6%. In stedelijke gebieden en de grote steden heeft respectievelijk 12% en 16% van de leerlingen nog geen enkel zwemdiploma aan het eind van de basisschool.

Met name in de grote steden en de stedelijke gebieden worden verschillen in zwemvaardigheid sterk bepaald door het aandeel allochtone kinderen. Aan het eind van de basisschool heeft op de zogenaamde 'witte scholen' (scholen met een SC-score voor de factor allochtonen van 100-110) gemiddeld 83% een zwemdiploma B of meer. Op de zogenaamde 'zwarte scholen' met een SC-score hoger dan 140 heeft daarentegen minder dan de helft (49%) een dergelijk zwemdiploma. Naarmate op een school meer leerlingen uit sociaal-cultureel kwetsbare gezinnen zitten, heeft een dergelijke school gemiddeld meer leerlingen zonder enig diploma en minder leerlingen met een B-diploma of hoger. In Amsterdam is flankerende beleid geïntroduceerd om het behalen van een diploma te stimuleren (een watergewinningsproject voorafgaand aan het eigenlijke schoolzwemmen). Dit heeft succes: het percentage kinderen dat binnen een redelijke termijn het A- of B-diploma haalt is gestegen.

De introductie van een vangnet-constructie voor kinderen met een achterstand in zwemvaardigheid kan echter niet overal succesvol worden genoemd. Een groot deel van de leerlingen uit achterstandsgroepen blijkt niet toe te komen aan het minimaal gewenste niveau van een B-diploma (Crum, 1997).

In 1996 is in het kader van de NOC*NSF-campagne in Rotterdam een 'Fit&Fun'-project van start gegaan, gericht op jongeren van 13-16 jaar, deels uit scholen in achterstandwijken. Het project is erop gericht om behoud van een actieve leefstijl bij deze jongeren te stimuleren. De opzet ervan sluit aan bij de kerndoelen voor de basisvorming binnen het voortgezet onderwijs. Uit de resultaten van een vooronderzoek op een aantal scholen bleek dat vrijwel alle betrokken jongeren (92%) de boodschap van 'Fit&Fun' hebben begrepen. Een groot deel van de niet-actieve jongeren (42%) heeft er "even" en 7% "serieus" over nagedacht om meer aan sport te gaan doen. In hoeverre dit project daadwerkelijk heeft geleid tot een grotere sportparticipatie is niet bekend. Bij de evaluatie werden de volgende conclusies getrokken, die van belang zijn bij verdere implementatie van dergelijke projecten (Costongs, 1997):

- De implementatie van een sportstimuleringsproject wordt bemoeilijkt door de diversiteit van de doelgroep (verschillen in jeugdstijlen, waarden en normen, en uitgangsniveau).

Geadviseerd wordt bij verdere implementatie om vooral de niet-actieve jeugd centraal te stellen, zodat het programma meer op maat kan worden gemaakt en de inspraak en participatie van deze groep voldoende aandacht kan krijgen.

- Bij verdere ontwikkeling van het programma dient nog meer aandacht te worden besteed aan het bereiken en betrekken van intermediairen. Het gaat daarbij om docenten en andere sleutelfiguren, zoals schooldirectie, sportleiders, gemeente-ambtenaren en GGD.

Als vervolg hierop zullen alle scholen voor voortgezet onderwijs worden uitgenodigd om te participeren in een bewegingsstimuleringsprogramma. Door het programma te richten op de leeftijdsgroep 13-16 jaar worden jongeren bereikt voordat bij hen de grote uitval in sportbeoefening optreedt (die rond 16-jarige leeftijd begint) (Loman, 1998).

4.6 Recente ontwikkelingen in het beleid rond sportstimulering

Begin 1998 heeft het ministerie van VWS een plan van aanpak voor de implementatie van de nota "Wat sport beweegt" uitgebracht (VWS, 1998). Het plan van aanpak zal fungeren als een beleidsagenda met actiepunten voor de komende jaren, de zogenaamde "Agenda 2000+". Kenmerk van dit plan is het zogenaamde 'sportinclusief denken'. Daarmee wordt bedoeld dat op alle beleidsterreinen gestreefd wordt naar het optimaal benutten van de positieve maatschappelijke waarde van sport, door -waar nodig- het verbeteren van de kwaliteit van de sportbeoefening, de sportinfrastructuur en de samenhang van het sportbeleid.

De Agenda 2000+ bestaat uit 10 actiepunten, waarvan een aantal raakvlakken heeft met bevordering van lichamelijke activiteit door GGD'en, in het bijzonder bij jeugdigen uit achterstandsgroepen. De betreffende actiepunten worden hieronder samengevat.

- Ondersteuning van gemeenten bij de start van pilot-studies, en vervolgens bij de evaluatie en follow-up van integraal gemeentelijk sportbeleid. Deze projecten binnen gemeenten dienen aan te sluiten bij 'Lokaal Sociaal Beleid', 'Lokaal Jeugdbeleid' en andere vormen van lokaal integraal beleid.
- Stimuleren van projecten gericht op actieve sport en/of bestuursdeelname van allochtonen, met specifieke aandacht voor stimulering van sportdeelname door allochtone meisjes.
- Stimuleren van de implementatie en waar nodig verbetering van de vangnetten zwemvaardigheid, met name ook gericht op allochtone groepen.
- Het uitbrengen van een brochure over sportpanels met allochtone jeugd in de reeks 'Kijk op Lokaal Sportbeleid'.
- Verdere uitwerking van het plan van aanpak van het programma 'Jeugd in Beweging' en afstemming met het overkoepelende programma 'Nederland in Beweging' wat betreft het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de jeugd. De activiteiten ter preventie van sportblessures worden voortgezet, in het kader van de actie 'Sport Blessure Vrij'.
- Zo mogelijk laten geven van de lessen lichamelijke opvoeding de basisschool door vakleerkrachten. Aanleiding hiervoor was mede onderzoek van de European Physical Education Association dat laat zien dat Nederland behoort tot de acht slechtst scorende Europese landen wat betreft het aantal uren lichamelijke opvoeding op de basisschool en dat in Nederland, evenals overigens in veel andere landen, de lessen lichamelijke opvoeding op de basisschool niet door vakleerkrachten worden gegeven. Dit wordt ongewenst geacht omdat de basisschool-leeftijd een fundamentele fase is in de ontwikkeling van de motoriek (Fisher et al, 1997).
- Op internationaal gebied participatie van Nederland in de vervolg-fase van het EU-project 'Europe on the Move' en in het WHO-programma 'Active Living'.

- TNO Preventie en Gezondheid brengt vanaf eind 1997 trend-rapportages over "Bewegen en Gezondheid" uitgebracht als ondersteuning bij de monitoring van sportbeoefening. Als onderdeel van deze monitoring wordt een beweegmodule geïmplementeerd in de permanente enquête (POLS) door het CBS. Monitoring door GGD'en zou hierbij kunnen aansluiten.

Om te komen tot uitvoering van dit beleid zal het Ministerie van VWS een regulier overleg starten met de sportwethouders van gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. Verder zal het overleg met de wethouders van onderwijs in het kader van het project Jeugd in Beweging worden gecontinueerd. Tot slot zal het ministerie stimuleren dat (meer) samenhang wordt gebracht in de reeds in gang gezette ontwikkeling van evaluatie-methodieken (voor bijvoorbeeld sportbeoefening door allochtonen) om gemeenten daarmee een eenduidig monitoring-instrument te bieden.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten heeft, samen met het Ministerie van VWS, het Interprovinciaal Overlegorgaan, de landelijke Contactraad en de Sportkoepel NOC*NSF een Manifest Sport uitgegeven dat in het voorjaar van 1998 naar alle gemeenten in Nederland is verstuurd (VNG, 1998). In dit Manifest Sport worden lokale bestuurders opgeroepen om op lokaal niveau voorwaarden te scheppen voor het inzetten van sport op diverse terreinen, waaronder volksgezondheid, welzijn, onderwijs en doelgroepenbeleid gericht op participatie alle bevolkingsgroepen. Bij dat laatste worden specifiek genoemd allochtonen, gehandicapten, ouderen en mensen in achterstandswijken. Ook worden de gemeenten daarbij opgeroepen om programma's te ontwikkelen waarbij ook wordt samengewerkt met diverse publiek-private instellingen zoals scholen, sportverenigingen, Sportmedisch Adviescentra, fitnesscentra, welzijns- en ouderen-organisaties en ook de GGD.

5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

5.1 Sportparticipatie door jongeren

De sportparticipatie in de leeftijdsgroep van 10-14 jarigen is met 60% het hoogst van alle leeftijdsgroepen. Na het 15^e jaar daalt het percentage sporters sterk, hetgeen vrijwel geheel wordt veroorzaakt door de afname in de georganiseerde sportbeoefening. Over de intensiteit van het lichamelijke activiteitenpatroon bij de jeugd op populatieniveau en de veranderingen daarbinnen zijn echter weinig betrouwbare onderzoeksresultaten beschikbaar.

5.2 Gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit

Voor volwassenen bestaat er inmiddels voldoende wetenschappelijke onderbouwing van de positieve effecten van lichamelijke activiteit op de gezondheid. Voor de jeugd is deze onderbouwing nog onvoldoende om eenduidige uitspraken te kunnen doen over de gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit op middel-lange termijn. Op korte termijn zijn wel positieve resultaten aangetoond. Op basis van de huidige literatuur kan daarom niet met zekerheid worden vastgesteld welk deel van de jeugdige populatie een voldoende actieve leefstijl heeft om daarvan op termijn positieve gezondheidseffecten te mogen verwachten. Wel laat het beschikbare onderzoek zien dat lichamelijke activiteit voor de jeugd uit gezondheidsoogpunt minstens zo belangrijk is als fysieke fitheid. Lichamelijk inactieve kinderen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van overgewicht dan lichamelijk actieve kinderen. Aangezien overgewicht op jonge leeftijd veelal op oudere leeftijd gehandhaafd blijft, kan van voldoende lichamelijke activiteit een preventieve werking uitgaan op het ontstaan van hart- en vaatandoeningen en diabetes op oudere leeftijd. Ook is er voldoende bewijs voor de positieve effecten van gewichtsdragende lichamelijke activiteit (d.w.z. waarbij voldoende kracht wordt uitgeoefend op de botten) tijdens de groeiperiode en de daaraan gerelateerde verlaging van het risico op osteoporose en fracturen op middelbare en oudere leeftijd. Tot slot hangt lichamelijke activiteit positief samen met de zelf-waardering en het welbevinden van jongeren. Deze positieve effecten van lichamelijke activiteit en de tendens om gedrag dat in de jeugdperiode is aangeleerd door te zetten op jong-volwassen leeftijd (tracking), vormen voldoende argumenten om al op jonge leeftijd een actieve leefstijl te stimuleren.

5.3 Conclusies ten aanzien van gezondheidsbevordering en sportstimulering

Wat betreft gezondheidsbevordering en sportstimulering zijn de belangrijkste algemene conclusies dat:

- korte termijn argumenten (plezier, vrienden maken en jezelf fitter voelen) belangrijker zijn voor jongeren dan de gezondheidseffecten op lange termijn. Daarmee dient bij het sportaanbod en gezondheidsvoorlichting terdege rekening te worden gehouden
- jongeren zo veel mogelijk dienen te worden betrokken bij de opzet van beweeg-programma's;
- weinig actieve jongeren een voorkeur hebben voor niet-competitieve sporten;
- stimulering van bewegen als onderdeel van een breder aanbod van gezondheids-bevordering (vanuit scholen, gemeenten en verenigingen) effectiever is;
- een planmatige opzet van programma's om bewegen te bevorderen de kans op effectiviteit van de programma's verhoogt. Daarbij dient niet alleen aandacht te worden besteed aan kennis maar juist ook aan het aanleren van vaardigheden.

5.4 Conclusies ten aanzien van sportstimulering bij achterstandsgroepen

Specifieke conclusies voor achterstandsgroepen zijn dat:

- bewegen een goed middel kan zijn om de maatschappelijke integratie en sociale vaardigheden van achterstandsgroepen te bevorderen;
- per subgroep een differentiatie is vereist in de wijze van sportstimulering. Voorbeelden hiervan zijn een sekse-specifieke aanpak bij sommige allochtone groepen, aandacht voor de hoogte van contributies van sportverenigingen bij lage inkomensgroepen en watergewinning voorafgaand aan schoolzwemmen bij sommige allochtone groepen;
- het betrekken van intermediairen zoals (vak)leerkrachten op scholen, sportleiders, gemeenten en jeugdhulpverlening met name bij deze groepen van groot belang is voor de implementatie van sportstimuleringsprojecten.

LITERATUUR DEEL II

ANDERSSEN N, JACOBS DR, et al. Change and secular trends in physical activity patterns in young adults: a seven year longitudinal follow-up in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA). *Am J Epidemiol* 1996;143(4):351-62.

BACKX FJG. Sportblessures bij de jeugd: etiologie en preventie. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.

BAR-OR O. Childhood and adolescent physical activity and fitness and adult risk profile. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge. Proceedings of the international conference on exercise, fitness and health, Toronto, Canada. Champaign: Human Kinetics Books, 1994:931-42.

BIJNEN FCH. Lichamelijke inactiviteit: risicofactor voor hart- en vaatziekten. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1990.

BIJNEN FCH, ZONDERLAND ML, ENST GC van, MOSTERD WL. Bewegen, fitheid en gezondheid. *Geneeskunde en Sport* 1991;24(6):163-8.

BLAIR SN, GOODYEAR NN, GIBBONS LW. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *JAMA* 1984;252:487-90.

BOREHAM C, SAVAGE M, PRIMROSE D, et al. Coronary risk factors in school children. *Arch Dis Child* 1993;68:182-6.

BOL E, BACKS FJG, MECHELEN W van. Epidemiologie van sport en gezondheid. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.

BOUCHARD C, SHEPHARD RJ, STEPHENS T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics Books, 1994.

BROWSON RC. Prevention of cardiovascular disease through community-based risk reduction. *Am J Publ Health* 1996;86(2):206-13.

BRUGMAN E, MEULMEESTER JF, SPEE-VAN DER WEKKE J, BEUKER RJ, RADDER JJ. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg: PGO-Peiling 1993/1994. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid 1995. TNO-PG Publ.nr 95.061

COSTONGS C, WINTER ThC de. Nederland in Beweging: gezondheidsbevordering door een actieve leefstijl: analyse jeugd van 4-18 jaar. Arnhem: NOC*NSF, 1996.

COSTONGS C. Nederland in Beweging: evaluatie Fit&Fun. Arnhem: NOC*NSF, 1997.

COUNCIL OF EUROPE. Recommendation No R (95) 16 of the Committee of Ministers to Member States on Young People and Sport. Appendix: European manifestation on Young People and sport. Strassbourg, CDDS (95) 58, 1995.

CRUM BJ. Schoolzwemmen en zwemvaardigheid II: een kwestie van educatie en zorg. Stichting ter Bevordering van het Bad- en Zwemwezen in Nederland, 1997.

CRUM BJ. Zwemvaardigheid: onderzoek 'werkgroep schoolzwemmen': uitgangspunten, conclusies en aanbevelingen. Lichamelijke Opvoeding 1997;85(15):705-9.

FISHER R, GUGTEN T van der, LOOPSTRA O. Physical Education from a European point of view. Lichamelijke Opvoeding 1997; 12: 575-578.

GENTLE P, CAVES R, ARMSTRONG N, BALDING J, KIRBY B. High and low exercisers among 14- and 15-year-old children: adolescents' attitudes to exercise. J Public Health Med 1994;16(2):186-94.

GILJAM M, RIJPMAN S. Stimulering sportdeelname onder de loep. Spel en Sport 1987(1):15-22.

GUILLAUME M, LAPIDUS L, BECKERS F, LAMBERT A, BJORNTOP P. Cardiovascular risk factors in children from the Belgian province of Luxembourg. Am J Epidemiol 144(9):867-80.

HAGBERG JM. Exercise, fitness and hypertension. In: Bouchard C: Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge. Champaign: Human Kinetics Books, 1990.

HELL L van, KLEIJN-DE VRANKRIJKER MW de. Ouderen en zelfstandigheid: een inventarisatie van begrippen, termen en definities. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994. TNO-PG Publ.nr. 94.074

HUI SL, SLEMENDA CW, JOHNSTON CC. The contribution of bone loss to postmenopausal osteoporosis. Osteoporos Int 1990(1):30-4.

KEMPER HCG, MECHELEN W van, POST GB, et al, eds. The Amsterdam Growth Study: a longitudinal analysis of health, fitness and lifestyle. Champaign: Human Kinetics Publishers, 1995. Human Kinetics Sport Science Monograph Series Vol 6.

KING AC. Community and Public Health approaches to the promotion of physical activity. Med Sci Sports Exerc 1994; 26(11):1405-12.

KOORNSTRA A, THOMAS R, BOGAARD J van den, PUTGENS N. Wat beweegt de moeilijk bereikbaren? Kanttekeningen bij de nota *Wat sport beweegt*. Tijdschr Gezondheid en Politiek 1997;15(4):9-12.

KRISKA AM, BLACK SANDLER R, CAULEY JA et al. The assessment of historical physical activity and its relation to adult bone parameters. Am J Epidemiol 1998; 127(5):1053-63.

KROESBERGEN HT, HAANEN B. Determinanten van sporten door jongeren. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:375-381.

LINDEN FJ van der, DIJKMAN TA. Jong zijn en volwassen worden in Nederland. Nijmegen: Hoogveld Instituut, 1989.

LOMAN D. Fit & Fun voor tweedeklassers. Bewegingsstimuleringsprogramma van NOC*NSF en Jeugd in Beweging. Lichamelijke Opvoeding 1998; 8: 389-91.

MALINA RM. Physical activity and training: effects on stature and the adolescent growth spurt. Med Sci Sports Exerc 1994;26(6):759-66.

McCAULEY, Physical activity and psychosocial outcomes. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge. Proceedings of the international conference on exercise, fitness and health, Toronto, Canada. Champaign: Human Kinetics Books, 1994:551-68.

MEYERS L, COUGHLIN SS, WEBBER LS, SRINIVASAN SR, BERENSON GS. Prediction of adult cardiovascular multifactorial risk status from childhood risk factor levels. *Am J Epidemiol* 1995;142(9):918-24.

MMWR. Guidelines for school and community programmes to promote lifelong physical activity among young people. *MMWR* 1997;46(RR6):1-36.

MOORE LL, NGUYEN UDT, ROTHMAN KJ, et al. Preschool physical activity level and change in body fatness in young children: the Framingham children's study. *Am J Epidemiol* 1995;142:982-8.

MORGAN WP. Physical activity, fitness and depression. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T: Exercise, fitness and health: a consensus of current knowledge. Proceedings of the international conference on exercise, fitness and health, Toronto, Canada. Champaign: Human Kinetics Books, 1994:851-67.

MOSTERD WL, PEETERS H, et al. Bewegen gewogen: literatuurstudie naar de gezondheidswinst van lichamelijke activiteit. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1996.

NEBAS. Club Extra: een NEBAS project voor motorisch zwakke kinderen. Bunnik: NEBAS, 1997.

NIH Consensus Conference. Physical activity and cardiovascular health. *JAMA* 1996;276(3):241-6.

PANNIER JL. Bewegingsopvoeding in een gezondheidsperspectief. In: Lysens R, ed. Sportmedische advisering voor bewegingsopvoeding op school. Amersfoort: ACCO, 1988.

PAULUSSEN T, SCHAALMA H, AARTS H, BOLMAN C, NOOIJER J de, WILLEMSE G. Jongeren en de preventie van hart- en vaatziekten: een samenvatting van een onderzoek naar leefstijlfactoren en een overzicht van resultaten van internationaal effectonderzoek. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1997.

PEETERS J, WOLDRINGH C. De leefsituatie van kinderen tot 12 jaar in Nederland. Nijmegen: ITS, 1993.

PRINSEN J, KROPMAN J. Sportdeelname in Nederland: continuïteit en verandering in deelname tussen 1978 en 1990. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Wetenschappen, 1992.

QUINNEY HA, GAUVIN L, WALL AET. Towards active living. Proceedings of the international conference on physical activity, fitness and health. Human Kinetics Publisher, Champaign, 1994.

RIDDOCH CJ, BOREHAM CAG. The health related physical activity of children. *Sports Med* 1992;86-102:1995.

ROWLAND TW, FREEDSON PS. Physical activity, fitness and health in children: a close look. *Pediatrics* 1994;93:669-672.

SALLIS JF. Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr* 1993; 33(4/5):403-8.

SCHAAPVELD K, HIRASING RA. Preventiegids: een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Tweede herziene druk. Assen: Van Gorcum, 1997.

SHARP NC. The health of the next generation: health through fitness and sport. Conference paper, *J Roy Soc Health* 1995:48-55.

SCHMIKLI SL, BACKX FJG, BOL E. Sportblessures nader uitgediept. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1995.

SOCIAAL CULTUREEL PLANBUREAU (SCP): Sociaal en Cultureel Rapport 1994.

SPEE-VAN DER WEKKE J et al. Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg: PGO-peiling 1992/1993. Leiden: Preventie en Gezondheid, 1994. TNO-PG Publ.nr. 94.091

SPRUYT-METZ DD. On everyday health-related behaviour in adolescence. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 1995.

TAIMELA S, VIKARI JSA, PORKKA KVK, et al. Lipoprotein(a) levels in children and young adults: the influence of physical activity. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. Acta Paediatr. 1994;83:1258-63.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Guide to clinical preventive services: report of the US Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

VALIMAKI MJ, KARKKINEN M, LAMBERG ALLARDT C, et al. Exercise, smoking, and calcium intake during adolescence and early adulthood as determinants of peak bone mass. Cardiovascular Risk in Young Finns Study Group. BMJ 1994;309(6949):230-5.

VALLAEY M, VANDROEMME G. Psychomotoriek bij kinderen. Leuven: Acco, 1990.

VANDONGEN R, JENNER A, THOMPSON C, et al. A controlled evaluation of a fitness and nutrition intervention program on cardiovascular health in 10- to 12- year-old children. Prev Med 1995;24:9-22.

VISSER DC de, HOOFT IM van, DOORNEN LJ van, et al. Anthropometric measures, fitness and habitual physical activity in offspring of hypertensive parents: Dutch Hypertension and Offspring Study. Am J Hypertens 1994;7(3):242-248.

VNG, Landelijke Contactraad, VWS, IPO, NOC*NSF. Manifest Sport. Lichamelijke Opvoeding 1998; 8: 366-69.

VOGELS T. Gezondheidsbeleving en leefstijl van schoolgaande kinderen: basisrapport van het Leestijlproject van de Peilstations Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO-NIPG, 1991.

VWS: DIRECTIE SPORT. Sport en Allochtonen. Feiten, ontwikkelingen en beleid (1986-1995). Rijswijk, VWS, 1996.

VWS: DIRECTIE SPORT. Nota "Wat Sport Beweegt". Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 1996-1997, 25 125, nrs. 1-2.

VWS. Plan van aanpak implementatie nota "Wat Sport beweegt". Rijswijk: VWS, 1998.
VUORI IM. Exercise promotion: a review of the effectiveness of health education and health promotion. Utrecht, Landelijk Centrum GVO, 1994.

WIEGERSMA PA. Sportbeoefening door kinderen. Leiden: NIPG-TNO, 1990. Scriptie Opleiding Jeugdgezondheidszorg.

BIJLAGE IL1

Informatiebladen jeugd en lichamelijke activiteit: gezondheidseffecten en aanbevelingen voor bevordering



I: Algemene achtergrondinformatie

Inleiding

Inhoudsopgave:

- I Achtergrondinformatie
- II Groepsgerichte preventieve zorg
- III Individu-gerichte preventieve zorg
- IV Beleidsadvisering
- V Conclusies
- VI Instellingen en adressen

Lichamelijke activiteit naar leeftijd en geslacht

Prevalentie van lichamelijke inactiviteit bij risico-groepen

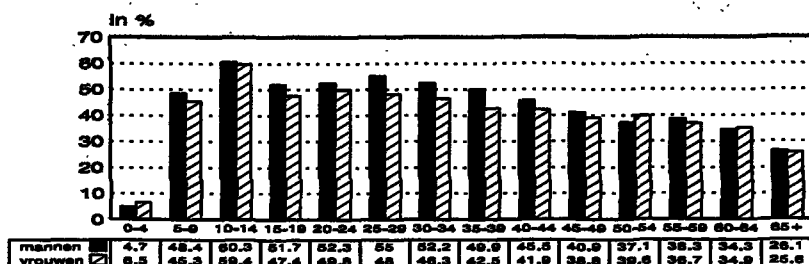
Gezondheidsrisico's

Deze informatiebladen vormen een samenvatting van de beschikbare literatuur over Jeugd en lichamelijke activiteit. (Een uitgebreider literatuuroverzicht en referenties worden gegeven in de publikatie Lichamelijke activiteit bij de jeugd: gezondheidseffecten en stimuleringsmogelijkheden). Eerst volgt een overzicht van prevalentie, risicofactoren en gezondheidsgevolgen van lichamelijke inactiviteit en de relatie met andere leefstijlfactoren. Daarna wordt ingegaan op de mogelijke bijdrage die GGD'en kunnen leveren aan preventie via bevordering van bewegen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in groepsgerichte en individugerichte preventieve zorg. Voor beide wordt de kennis samengevat wat betreft onderzoek, preventiemogelijkheden en monitoring. Elk onderdeel wordt afgesloten met een overzicht van diverse voorbeeldprojecten.

De vermelde projecten zijn opgenomen in de NIGZ-projecten-database en/of worden uitgevoerd in het kader van de NOC*NSF actieprogramma Jeugd in Beweging. Deze projecten zijn niet beoordeeld op methodologische kwaliteit en effectiviteit. Ze worden alleen genoemd als voorbeelden.

Ongeveer 60% van de 10-14 jarigen doet buiten schooltijd aan sport en/of een actieve vorm van vrijetijdsbesteding. Vanaf het 15^e jaar daalt dit percentage aanmerkelijk. Deze daling wordt in onderstaande grafiek in kaart gebracht.

Sportparticipatie in Nederland naar leeftijd en geslacht



Bron: Schmidl, 1995.

Lichamelijke inactiviteit komt vaker voor bij mensen met een lage sociaal-economische status (SES), mensen met een niet-Nederlandse herkomst en vrouwen. Bij mannen stijgt het aandeel lichamelijk inactieven in de vrije tijd van 31% bij een hoge SES tot 54% bij mannen met een lage SES. Bij vrouwen bedragen deze percentages respectievelijk 32 en 60. Allochtone jongeren sporten gemiddeld minder dan Nederlandse jongeren. De Peilingen Jeugdgezondheidszorg laten zien dat 10-14 jarige kinderen van ouders met een lagere opleiding vaker (55%) geen lid zijn van een sportvereniging dan kinderen van ouders met een hoge opleiding (20%). Ook blijken kinderen met allochtone ouders vaker (58-66%) geen lid te zijn van een sportvereniging dan kinderen van ouders met een Nederlandse herkomst (30%). Deze verschillen blijven na correctie voor sociaal-economische status bestaan.

Lichamelijke inactiviteit is een onafhankelijke risicofactor voor verschillende gezondheidsproblemen waaronder hart- en vaatziekten (HVZ), diabetes en osteoporose. Lichamelijke inactiviteit verdubbelt het risico op HVZ.



I: Algemene achtergrondinformatie

Relatie met andere leefstijlfactoren	Amerikaans onderzoek laat zien dat lichamelijke inactiviteit bij jongeren samenhangt met meer roken en marihuana-gebruik, minder groente- en fruitconsumptie, meer televisie kijken en een laag ambitieniveau. De Nederlandse Peilingen in de Jeugdgezondheidszorg laten eveneens zien dat lichamelijke inactiviteit samenhangt met meer televisie-kijken en overgewicht. Sport en sportieve recreatie hangen verder positief samen met het welbevinden van jongeren, ongeacht hun geslacht, sociale klasse, gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg.
Oorzaken voor lichamelijke inactiviteit bij achterstandsgroepen	De stimulans van huis uit om te gaan sporten blijkt in lage SES-milieus vaak lager te zijn. Ook is de contributie van sportverenigingen en/of de kosten voor de sportmaterialen vaak vrij hoog, wat een drempel opwerpt voor kinderen uit lagere SES-milieus. Bij meisjes met een islamitische achtergrond kan sprake zijn van cultureel-religieuze belemmeringen om te sporten. Tot slot vinden veel jongeren het huidige aanbod van de georganiseerde sport onvoldoende aantrekkelijk. Het door actieprogramma Jeugd in Beweging van NOC*NSF probeert hierin verandering te brengen.
Algemene preventie-richtlijnen	Programma's ter bevordering van lichamelijke activiteit hebben meer effect bij jongeren naarmate de begeleiding intensiever is. Knelpunten zijn het veelal ontbreken van een planmatige benadering van preventie-programma's, het bij jongeren ontbreken van vaardigheden voor gedragsveranderingen en het feit dat potentieel effectieve programma's relatief weinig worden toegepast. Het stimuleren van lichamelijke activiteit bij jongeren is extra belangrijk omdat op jong-volwassen leeftijd later gedrag vaak wordt verankerd. Aanbevolen wordt om lichamelijke activiteit te relateren aan ander gezondheidsgerelateerd gedrag. Verdere gegevens over de effectiviteit van dergelijke programma's ontbreken nog. Door de Nederlandse Hartstichting is in 1997 een onderzoek afgerond naar de effectiviteit van interventies gericht op leefstijlfactoren bij jongeren. De belangrijkste conclusies staan hieronder weergegeven. Belangrijkste conclusies uit onderzoek naar bewegingsprogramma's bij jongeren: 1. Er zijn nog te weinig publicaties beschikbaar waarin de effectiviteit van bewegingsprogramma's voor jongeren wordt beschreven. 2. Er is meer consensus nodig over bewegingsactiviteiten die prioriteit verdienen met het oog op gezond (blijven) bewegen. 3. Fitness programma's lijken de conditie van jongeren in elk geval op korte termijn te verhogen. 4. Training, contracten en loterijen kunnen helpen om een fitness-programma te volgen en af te maken. 5. Een 'sport is leuk' benadering kan effectief zijn om de motivatie te vergroten. Jongeren hechten vooral aan de korte-termijn voordelen van bewegen. Dat het gezond is, is 'mooi meegenomen'. 6. Interventies moeten meer doen dan het vergroten van kennis en het veranderen van attitudes, en ook vaardigheden aanleren. 7. Jongeren tot ongeveer vijftien jaar bewegen veelal voldoende. Voorlichting moet met name gericht worden op attitudes en vaardigheden die nodig zijn om deze actieve leefstijl te continueren.



II: Groepsgerichte preventieve zorg

Onderzoek & signalering	Systematisch aandacht besteden aan lichamelijke inactiviteit binnen reguliere gezondheidsenquêtes en onderzoek onder jongeren/adolescenten. Standaardiseren van de formulering van enquête-vragen (ten behoeve van de vergelijkbaarheid van GGD-enquêtes met externe enquêtes van o.a. CBS). Mogelijkheden onderzoeken van (kleinschalig) interventie- en evaluatie-onderzoek in samenhang met GVO/sportstimuleringsprogramma's. Resultaten van gezondheidsenquêtes zo mogelijk uitsplitsen naar SES en etniciteit en naar andere kenmerken die kunnen duiden op achterstand
Op collectief niveau: Verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie	
Preventie-mogelijkheden	In overleg met scholen een plan opstellen om systematisch aandacht te besteden aan lichamelijke inactiviteit. GVO-programma's wat betreft lichamelijke inactiviteit zo mogelijk integreren met andere onderwerpen. Actief betrekken van docenten (met name ook de vakleerkrachten gezondheidskunde, biologie en lichamelijke opvoeding) bij activiteiten verhoogt de effectiviteit. Concrete interventiemogelijkheden worden genoemd bij Voorbeeldprojecten. Het Center voor Disease Control (USA), NOC*NSF en andere (inter)-nationale instellingen hebben recent nieuwe richtlijnen opgesteld voor lichamelijke activiteit. Iedereen wordt daarbij geadviseerd om, liefst dagelijks maar niet noodzakelijk aaneengesloten, minimaal 30 minuten lichamelijk actief te zijn. Voor jongeren zijn daarnaast de volgende doelstellingen opgesteld: Doelstellingen voor gezondheidsbevordering door lichamelijke activiteit: 1. Reductie van de prevalentie van overgewicht tot minder dan 15% adolescenten van 12-19 jaar. 2. Minstens 30% van de zesjarigen en ouder moet dagelijks minstens een half uur minimaal matig actief zijn. 3. Minstens 75% van de jongeren in de leeftijd van 6-17 jaar moet minimaal 2-3 keer per week minstens 20 minuten bewegen met een hoge intensiteit (ten behoeve van de cardiovasculaire fitheid) 4. Beperk de groep niet-actieven in de vrije tijd tot maximaal 15% 5. Minstens 40% van de 6-jarigen en ouder moet zodanig actief zijn dat daarvan effecten op spierkracht, uithoudingsvermogen en lenigheid zijn te verwachten. 6. Minstens 50% van degenen met overgewicht bij de 12-jarigen en ouder moeten adviezen over voeding en lichamelijke activiteit kunnen toepassen in hun eigen leven. 7. Minstens 50% van de kinderen en jongeren moet dagelijks op school bewegingsonderwijs krijgen. 8. Jongeren moeten minstens 50% van de tijd van bewegingsonderwijs op school ook daadwerkelijk actief zijn. 9. Verbetering van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van sportfaciliteiten en sportaanbod 10. Meer dan 50% van de werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg dient actief aandacht te besteden aan inventarisatie van en advisering over lichamelijke activiteit. <i>Bron: MMWR, 1997</i>
Volgen van de ontwikkeling van het probleem (collectief niveau)	Monitoring van het bewegingsgedrag van jongeren is mogelijk door jeugd-enquêtes, evaluatie van interventies en de registratie van gegevens uit Periodiek Gezondheidsonderzoek. Zie verder bij Onderzoek & signalering.



II: Groepsgerichte preventieve zorg

Voorbeeldprojecten

a) Algemeen

Junior Hartdag. Bewustwording van positieve aspecten van bewegen als mogelijkheid ter preventie van HVZ. Doelgroep is groep 7-8 basisonderwijs. *Nederlandse Hartstichting i.s.m. GGD, scholen, NOC*NSF*

Leskist Jeugd in Touw. Ontwikkeling van een leskist met leermaterialen over gezond en verantwoord bewegen en het aanbod van de leskist aan scholen. *GGD Zuidhollandse Eilanden in samenwerking met onderwijs (doelgroep), Onderwijsbegeleidingsdienst en Bibliotheek*

Informatiespektakel: Organisatie van een dag voor jongeren van 12-20 jaar, waarbij de groep op diverse manieren informatie krijgt over gezondheid en bewegen. Jongeren worden ook betrokken bij de voorbereiding en organisatie. *GGD Kop van Noord-Holland i.s.m. jongeren en div. organisaties*

Sport en Spel. Ontwikkeling van een lespakket gericht op plezierig en verstandig bewegen (sport en spel). Introductie binnen het basisonderwijs (groep 5-8). *GGD Midden-Kennemerland i.s.m. NISG*

Spring je Fit. Touwspring-project voor kinderen basis-onderwijs en de ouders. *GGD Noord-Friesland i.s.m. Nederlandse Hartstichting*

Hartstikke Goed. Deelproject beweging binnen project "Zuid-Oost Drenthe: Hartstikke Goed", gericht op kennis, attitude & gedrag t.a.v. bewegen, inclusief organisatie sportmanifestaties en fitheidstesten. *GGD Zuid Oost-Drenthe i.s.m. sportverenigingen, bedrijven, sportmedisch adviescentrum, Drentse Sportfederatie, gemeenten*

Voorbeeld-projecten

b) Achterstandsgroepen

Lokale gezondheidsbevordering. Lokale gezondheidsbevordering met name gericht op achterstandsgroepen en etnische minderheden, waarin onder meer aandacht voor bewegen. Tevens opstellen draaiboeken hiervoor. *GGD Midden-Brabant i.s.m. onder meer Sociaal-cultureel Werk, Thuiszorg, leerkrachten, artsen, verpleegkundigen & migrantenvoorlichters.*

Wijkgericht Hart- en Vaatziekten Project. Interventieproject in vier achterstandswijken gericht op risicofactoren voor HVZ, waaronder bewegen, en met name gericht op mensen met een lage SES, ouderen en migranten. *GGD regio Twente i.s.m. Thuiszorg, gezondheidscentra, Sociaal-cultureel werk, gemeente, wijkraden, Stichting Welzijn Ouderen en basis-educatie.*

Buurtsport Helmond-West. Bevorderen sportparticipatie van (jeugdige) bewoners via een meerjarig buurtsportproject in een "achterstandswijk". Project richt zich op ontwikkeling van nieuwe methodieken voor het bereiken van achterstandsgroepen en omvat tevens een evaluatie-onderzoek. *GGD Zuidoost Brabant*

Op je gympen. Ontwikkeling van een leskist, inclusief video en materialen voor jongeren in het voorgezet onderwijs, met name LBO-groepen. Tevens extra pakket (hart-doe-dag, toneel, informatiemarkt over bewegen) *GGD West-Utrecht i.s.m. leerkrachten Lichamelijke Opvoeding in Utrecht*

Fit & Fun. Sportstimuleringsproject in het kader van Jeugd in Beweging gericht op jongeren van 13-16 jaar, met extra aandacht voor achterstandswijken. *NOC*NSF (Jeugd in Beweging), i.s.m. scholen en GGD Rotterdam*



III: Individu-gerichte preventieve zorg

Onderzoek/signalering

Onderzoek/signalering op individueel niveau betreft met name PGO/PVO en eventuele screening. De volgende onderwerpen zijn daarbij relevant wat betreft lichamelijke activiteit: lidmaatschap sportvereniging, overgewicht, andere risicofactoren voor HVZ (o.a. bloeddruk), aandoeningen van houdings- en bewegingsapparaat (o.a. scoliose), achterstanden in motoriek, en mogelijke beperkingen in bewegen door chronische aandoeningen zoals astma.

Preventie-mogelijkheden

Advisering over mogelijkheden voor actieve vrijetijdsbesteding, zo mogelijk met specifieke verwijzingen relevant voor de doelgroep.
Doorverwijzing naar de huisarts bij geconstateerde problemen aan houdings- en bewegingsapparaat.
Uit onderzoek is gebleken dat de rol van de sociale omgeving (waaronder de (sport-)leraar en de JGZ-arts) bij sportstimulering onder jongeren uit lage SES-milieus groter is dan onder andere jongeren. Voldoende ruimte om dergelijke begeleiding te kunnen bieden is daarom juist bij deze groepen van belang.
Bij jongeren met een allochtone achtergrond dient extra rekening gehouden te worden met de mogelijkheid dat geen/onvoldoende zwemlessen zijn gevolgd, met name indien in de regio het schoolzwemmen is afgeschaft.
Bij meisjes met een allochtone achtergrond is het zinvol om rekening houden met culturele belemmeringen om te sporten (noodzaak aparte groepen).

Volgen van ontwikkeling van het probleem

Op individueel niveau heeft follow-up met name betrekking op de begeleiding, doorverwijzing en/of nazorg rondom kinderen/jongeren waarbij problemen zijn geconstateerd of die een verhoogd risico op gezondheidsproblemen hebben. Follow-up onderzoek kan in voorkomende gevallen door de JGZ-afdeling van de GGD worden uitgevoerd. Bij ernstiger gezondheidsproblemen of bij behoefte aan specialistische expertise volgt veelal verwijzing (via de huisarts) naar curatieve zorg of andere hulpverleners. Disciplines en instellingen die in het kader van lichamelijke inactiviteit/motorische problematiek van belang kunnen zijn: orthopeed, fysiotherapeut, leraar lichamelijke opvoeding, Sport-Medisch Adviescentrum, motorische remedial teaching etc.

Voorbeeldprojecten

Schoolgymnastiek: Extra schoolgym voor kinderen die moeilijk bewegen.
GGD regio Twente i.s.m. gemeente Hengelo
Motorische Remedial Teaching (MRT): Informatieverstrekking en stimuleren van MRT op basisscholen, gericht op kinderen die moeilijk/slecht bewegen.
GGD Zeeland: i.s.m. scholen & vakleerkrachten Lichamelijke Opvoeding, huisartsen en regionale ziektekostenverzekeraar.
Integrale vroeghulp: Voor kinderen van 0-4 jaar met een achterstand in hun motorisch en/of verstandelijke ontwikkeling is in 5 regio's in Nederland een project in de vorm van vraaggerichte zorg opgezet.
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en Stichting Dienstverlening Gehandicapten (SDG). Afstemming met de regionale Bureaus Jeugdzorg.



IV: Coördinatie en beleidsontwikkeling

Beleidsontwikkeling	GGD'en dienen te adviseren over het bewaken van de gezondheid van de bevolking bij het nemen van bestuurlijke beslissingen. Mogelijkheden zijn: - Agenda-setting functie: zorgdragen voor interpretatie en toegankelijke maken van vakliteratuur (epidemiologie, GVO) voor gemeente-bestuurders. - Stimuleren van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid met aandacht voor het thema lichamelijke activiteit, met name bij achterstandsgroepen. - Attenderen en stimuleren van gemeenten ten aanzien van initiatieven zoals het actieprogramma Jeugd in Beweging van NOC*NSF. Dit vierjarige programma is in 1997 van start gegaan. Het is erop gericht om -in samenspraak met de jeugd- een actieve leefstijl te bevorderen. Gestreefd wordt naar het versterken van de positie van sport en bewegen binnen het onderwijs en het lokale jeugdbeleid. Sport wordt daarbij gezien als een goede manier om de integratie van allochtonen in de samenleving te verbeteren.
Coördinatie collectieve preventie/afstemming curatie	GGD'en hebben een brugfunctie tussen preventieve en curatieve zorg. Relevant voor het stimuleren van beweging is dat GGD'en zowel taken hebben in onderwijs en jeugdgezondheidszorg als in de advisering van gemeenten over lokaal gezondheidsbeleid en de jeugdzorg. De inbreng van GGD'en kan met name bestaan zijn gericht op aanpak van de 15 knelpunten uit het actieplan Jeugd in Beweging: 1. <i>Bewegingsarmoede van de oudste jeugd (gezondheidsperspectief)</i> 2. <i>Ontbreken van een fundament voor oriëntatie op sport en bewegen</i> 3. <i>Lichamelijke opvoeding levert een gebrekkige bijdrage aan actieve leefstijl</i> 4. <i>Beperkt aantal uren lichamelijke opvoeding/schoolsport</i> 5. <i>Onvoldoende afstemming in het aanbod van de interscholaire sport</i> 6. <i>Ontbreken van vakleerkrachten in het primaire onderwijs</i> 7. <i>Onvoldoende benutting van bewegingssruimten rondom basisscholen</i> 8. <i>Onvoldoende kwaliteit van aanbod van sportclubs</i> 9. <i>Beperkte kwaliteit en kwantiteit van het kader binnen de Jeugdsport</i> 10. <i>Gebrekkige samenwerking tussen aanbieders van sport</i> 11. <i>Georganiseerde sport soms onaantrekkelijk en slecht toegankelijk voor maatschappelijk kwetsbare groepen</i> 12. <i>Migrantenkinderen kunnen vaak niet zwemmen (afschaffen schoolzwemmen)</i> 13. <i>Rol van ouders/opvoeders: kunnen soms belemmerend werken</i> 14. <i>Druk op gemeentelijke sport- en speelruimten</i> 15. <i>Te weinig informatie is beschikbaar bij gemeenten over lichamelijke inactiviteit</i>
Voorbeeldprojecten	Sportbeleid. Inventarisatie van gemeentelijk sportbeleid in Stadsgewest Breda, inclusief rol van GGD hierbij. <i>GGD Stadsgewest Breda</i> Schoolgymnastiek: Extra schoolgym voor kinderen die moeilijk bewegen: <i>GGD regio Twente i.s.m. Gemeente Hengelo</i> Sportstimuleringsprogramma Gemeente Delft <i>Gemeente Delft, TNO-PG, (voorstel NOC*NSF Jeugd in Beweging).</i> Motorische Remedial Teaching (MRT): Informatieverstrekking en stimuleren van MRT op basisscholen t.b.v. kinderen die moeilijk/slecht bewegen. <i>GGD Zeeland i.s.m. scholen & vakleerkrachten, huisartsen en ziekenfonds</i> Integrale vroeghulp: Voor kinderen van 0-4 jaar met een achterstand in hun motorisch en/of verstandelijke ontwikkeling is in 5 regio's in Nederland een project in de vorm van vraaggerichte zorg opgezet. <i>Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en Stichting Dienstverlening Gehandicapten (SDG). Afstemming vindt plaats met de regionale Bureaus Jeugdzorg.</i>



V: Conclusies Lichamelijke Activiteit en Sportstimulering

Sportparticipatie	De sportparticipatie in de leeftijdsgroep van 10-14 jarigen is met 60% het hoogst van alle leeftijdsgroepen. Na het 15^e jaar daalt het percentage sporters sterk, hetgeen vrijwel geheel wordt veroorzaakt door de afname in de georganiseerde sportbeoefening. Over de intensiteit van lichamelijke activiteitenpatroon bij de jeugd op populatieniveau en de veranderingen daarbinnen zijn echter weinig betrouwbare onderzoeksresultaten beschikbaar.
Gezondheidseffecten	Voor volwassenen bestaat er inmiddels voldoende wetenschappelijke onderbouwing van de positieve effecten van lichamelijke activiteit op de gezondheid. Voor de jeugd is deze onderbouwing nog onvoldoende om eenduidige uitspraken te kunnen doen over de gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit op middel-lange termijn. Op korte termijn zijn wel positieve resultaten aangetoond. Ondanks de hiaten in de wetenschappelijke kennis op dit gebied, wordt het stimuleren van lichamelijke activiteit bij jongeren uit gezondheidsperspectief in brede kring, zowel nationaal als internationaal onderschreven. Ter onderbouwing hiervan zijn door verschillende organisaties adviezen opgesteld en is in Nederland een campagne 'Jeugd in beweging' gestart.
Sportstimulering algemeen	Wat betreft gezondheidsbevordering en sportstimulering zijn de belangrijkste algemene conclusies: - korte termijn argumenten (plezier, vrienden maken en jezelf fitter voelen) zijn belangrijker voor jongeren dan de gezondheidseffecten op lange termijn; daarmee dient bij het sportaanbod en gezondheidsvoorlichting terdege rekening te worden gehouden - jongeren moeten zo veel mogelijk worden betrokken bij de opzet van sportstimulerings-programma's; - weinig actieve jongeren hebben over het algemeen een voorkeur voor niet-competitieve sporten; - stimulering van bewegen als onderdeel van een breder aanbod van gezondheids-bevordering (vanuit scholen, gemeenten en verenigingen) verdient aanbeveling; - uit oogpunt van effectiviteit is een planmatige opzet van programma's om bewegen te bevorderen gewenst. Daarbij dient niet alleen aandacht te worden besteed aan kennis maar ook aan het aanleren van vaardigheden.
Sportstimulering jongeren uit achterstandsgroepen	Specifieke conclusies ten aanzien van sportstimulering ten behoeve van de groep jongeren uit achterstandsgroepen zijn: - bewegen kan een goed middel zijn om de maatschappelijke integratie en sociale vaardigheden van achterstandsgroepen te bevorderen; - per subgroep is een differentiatie vereist in de wijze van sportstimulering: voorbeelden hiervan zijn een sexe-specifieke aanpak bij sommige allochtone groepen; aandacht voor de hoogte van contributies van sportverenigingen bij lage inkomensgroepen en watergewinning voorafgaand aan schoolzwemmen bij sommige allochtone groepen; - het betrekken van intermediairen, zoals (vak)leerkrachten op scholen, sportleiders, gemeenten en jeugdhulpverlening, is met name bij deze groepen, van groot belang is voor de implementatie van sportstimuleringsprojecten.

**VI: Instellingen en adressen**

Instellingen	Bezoekadres en postadres	Telefoon
Federatie van Sportmedische Adviescentra (SMA)	Papendallaan 60 6818 VD Arnhem	026-483 4717
Interprovinciaal Overleg Sport (IOS)	Bezoekadres: Papendallaan 60. Postbus 302, 6800 AH Arnhem	026-483 4452
Koninklijk Nederlands genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Bezoekadres: van Hogendorflaan 8 Postbus 248, 3800 AE Amersfoort	033-462 2400
Koninklijke Vereniging van Leraren Lichamelijke Opvoeding (KVLO)	Bezoekadres: Zinzendorflaan 9 Postbus 398, 3700 AJ Zeist	030-692 0847
Landelijke Vereniging voor GGD'en	Bezoekadres: A.v.Ostadelaan 140 Postbus 853000, 3508 AH Utrecht	030-252 3004
NOC*NSF	Bezoekadres: Papendallaan 60. Postbus 302, 6800 AH Arnhem.	026-483 4400
Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten (NEBAS)	Bezoekadres: Regulierenring 2-B. Postbus 200, 3980 CE Bunnik	030-656 1818
Nederlandse Hartstichting	Bezoekadres: Bordewijklaan 3. Postbus 300, 2501 CH Den Haag.	0800-300030 070-315 5555
Nederlandse Sportbond voor mensen met een Verstandelijke Handicap	Bezoekadres: Maliebaan 71 J. Postbus 85273, 3508 AG Utrecht	030-236 3747
Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie	Bezoekadres: Brandijzerhoek 11. 7546 LL Enschede	053-477 3799
Nederland Instituut voor Gezondheidsbevordering & Ziektebestrijding (NIGZ)	Bezoekadres: De Bleek 13. Postbus 500, 3440 AM Woerden	0348-437 600
Nederlands Instituut voor Zorg & Welzijn (NIZW)	Bezoekadres: Catharijnesingel 47. Postbus 19152, 3501 DD Utrecht	030-230 6311
Nederlands Paramedisch Instituut	Bezoekadres: Puntenburgerlaan 93. Postbus 1161, 3800 BD Amersfoort	033-463 0397
Stichting Hart in Beweging (HiB)	Bezoekadres: J.F.Kennedylaan 101. Postbus 123, 3980 CC Bunnik	030-659 6405
Stichting Spel en Sport	Bezoekadres: F.Roeskestraat 71-B. Postbus 7427, 1007 JK Amsterdam	020-646 0201
Stichting het Zieke Kind in Beweging	Bezoekadres: J. F. Kennedylaan 101 Postbus 123, 3980 CC Bunnik	030-659 6405
TNO Preventie en Gezondheid	Bezoekadres: Wassenaarseweg 56. Postbus 2215, 2301 CE Leiden	071-518 1818