Riso Vlaams -Brabant vzw
Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt vzw
Ready2Improve

Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift

Resultaten van een pilootproject waarbij de actieve levensstijl van maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars bevorderd wordt

Foto: Vera Cammaer

Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift

Resultaten van een pilootproject waarbij de actieve levensstijl van maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars bevorderd wordt

Algemene Inleiding 6

Hoofdstuk 1
Gezondheid is meer dan gezondheidszorg 8
1.1. De Gezondheidskloof 8
1.2. Maatschappelijke kwetsbaarheid 8
1.3. Haperende toegankelijkheid op de eerste lijn 9
1.4. Gezond leven 9
1.4.1. Voorwaarden creëren 9
1.4.2. Naar een definitie van gezondheid 10
1.4.3. Eerst verklaren dan verkleinen 11
1.5. Focus op gezondheidspromotie en empowerment 12

Hoofdstuk 2
Bewegen Op Voorschrift als meervoudig antwoord 13
2.1. Waarom Bewegen Op Voorschrift nodig is 13
2.1.1. Maatschappelijke context 13
2.1.2. Lokale context: Leuven 14
2.1.2.1. Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt wil inzetten op bewegen 14
2.1.2.2. Riso ziet nood aan toegankelijke nulde- en eerstelijnszorg 14
2.1.2.3. Riso en het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt slaan de hand in elkaar . 14
2.2. De basisprincipes van Bewegen Op Voorschrift 14
2.3. Een vast protocol 16
2.3.1. Vanwaar komt bewegen op voorschrift 16
2.3.2. Het protocol 16
2.4. Keuze voor interactieve lokale netwerking 17

Hoofdstuk 3
De eerste deelnemers doorgelicht
3.1. Een grondige voorbereiding 19
3.2. Algemene gegevens van de BOV-deelnemers 20
3.2.1. Leeftijd 20
3.2.2. Nationaliteit 21
3.2.3. Geboorteland 21
3.2.4. Moedertaal 22
3.2.5 Voertaal 23
3.2.6. Gezinssituatie 23
3.2.7. Opleiding 24
3.2.8. Werksituatie 24
3.2.9. Beweegactiviteiten voor de start 25
3.2.10. Activiteiten in de vrije tijd 25
3.2.11. Medicatiegebruik 26
3.2.12. Reden van doorverwijzing 27
3.3. Gezondheidssituatie voor de start van BOV 27
3.3.1 Hoeveelheid doorverwijzingen per arts 27
3.3.2. Doorverwijzing door toeleiders 28

Hoofdstuk 4 Een veelheid aan drempels

4.1. Ervaringen van de BOV-deelnemers 29
4.1.1. Grootste drempel om (meer) te bewegen 29
4.1.2. Drempels om (meer) te bewegen 29
4.2. Bevindingen vanuit het participatief traject 31
4.2.1 Bruikbaarheid 31
4.2.2. Betrouwbaarheid 32
4.2.3. Begrijpbaarheid 33
4.2.3.1. Eerste aanblik ontmoetigd 33
4.2.3.2. Is dit voor mij? 33
4.2.3.3. Wat moet ik zelf betalen 33
4.2.4. Bekendheid 34
4.2.5. Bereikbaarheid 34
4.2.6. Beschikbaarheid 34
4.2.7.Betaalbaarheid 35
4.3. Hoe BOV daarop antwoorden wil formuleren 35
4.3.1 Bruikbaarheid 35
4.3.1.1. Het voorschrift van de huisarts 35
4.3.1.2. Het intakegesprek met de coach 35
4.3.1.3. De sociale contacten voor en na 36
4.3.1.4. Bewegen is plezierig 36
4.3.1.5. Bewegen is maar één aspect van gezonde leefstijl 36
4.3.1.6. Tussentijdse evaluatie 37
4.3.2. Betrouwbaarheid 37
4.3.2.1. Recreatief karakter 37
4.3.2.2. Netwerking 37
4.3.2.3. Ijsbrekers inbouwen 38
4.3.2.4. Veilig bewegen 38
4.3.2.5. Veilige groep 38
4.3.2.6. Veilige lesgevers 38
4.3.2.7. Veilige communicatie 39
4.3.3 Begrijpbaarheid 39
4.3.3.1. Leescomité's uit de doelgroep inschakelen 39
4.3.3.2. Menselijke uitleg 39
4.3.3.3. Individuele coaching 40
4.3.4. Bekendheid 40
4.3.4.1. Investeren ten velde 40
4.3.4.2. Actief informeren 40
4.3.4.3. Oog hebben voor gezondheidswerk in het welzijnswerk 41
4.3.4.4. Tijd maken voor gezondheidswerk 41
4.3.4.5. Gezondheid is meer dan medicatie 41
4.3.5. Bereikbaarheid 42
4.3.5.1. De locatie 42
4.3.5.2. Omgaan met tijd 42
4.3.5.3. Fysieke toegankelijkheid 42
4.3.6. Beschikbaarheid 42
4.3.6.1. Menselijkheid 42
4.3.6.2. Verkennend in gesprek gaan en het netwerk uitbreiden 42
4.3.6.3. Opsporen van mogelijke tussenkomsten 43
4.3.7. Betaalbaarheid 43
4.3.7.1. De juiste outfit 43
4.3.7.2. Extra kostenbesparende maatregelen treffen 43
4.3.7.3. Lesgevers kennen de financiële beperkingen van mensen en stellen hen gerust 43
4.3.7.4. Bestaande financiële tegemoetkomingen kenbaar maken 43
4.3.7.5. Dynamisch zoeken naar beschikbare partners die financieel faciliteren 43
4.3.7.6. Vermeiden van voorafbetalingen 43

4.3.7.7. Prefinancieren hoeft niet 44
4.3.8. Aandacht voor het relationele staat mee borg voor kwaliteit: de rode draad 44
4.3.8.1. Offensieve preventie 44
4.3.8.2. Focus op drie psychologische basisbehoeften 45
4.3.8.3. Emancipatorische benadering 46
4.3.8.4. Individuele benadering 46
4.3.8.5. Inzicht hebben in maatschappelijke kwetsbaarheid 46

Hoofdstuk 5 BOV leidt tot gezondheidswinst

5.1. Beeld van de beginsituatie 49
5.1.1. Verwachtingen van de BOV-deelnemers 49
5.1.2. Gestelde doelen 50
5.1.3. Hulp om doel te bereiken 50
5.2. Hoe zag het BOV-traject er uit? 52
5.2.1. Tijdsduur van begeleiding 52
5.2.2. Gekozen activiteiten 53
5.3. Deelnemers boeken gezondheidswinst 54
5.3.1. Gevolgen van meer bewegen 54
5.3.2. Behaalde doelen 55
5.3.3. Algemene gezondheid 55
5.3.4. Pijn 56
5.3.5. Even gezond als andere mensen 56
5.3.6. Gemakkelijker ziek worden 57
5.3.7. Daling lichamelijke klachten 58
5.3.8. Gewicht 575.3.9. Body Mass Index (BMI) 59
5.3.10. Buikomtrek 60
5.3.11. Fysieke gezondheidswinst 60
5.3.12. Tijd 61
5.3.13. VO2 MAX 62
5.3.14. Vitaliteit 62
5.3.15. Depressie 63
5.3.16. Stress 63
5.4. BOV zet aan tot een gezondere leefstijl 64
5.4.1.Vervolg van bewegen op voorschrift 64
5.4.2. Interesse bewegingsactiviteiten 65
5.4.3. Evaluatie door BOV-deelnemers 65
5.4.4. Fysieke activiteit 66
5.4.5. Gebruik van groenten en fruit 67
5.4.6. Alcoholgebruik 68
5.4.7. Rookgedrag 69
5.4.8. Rookhoeveelheid 70
5.4.9. Slaapgedrag 70
5.5. De eerste reacties van de betrokken artsen 71

Hoofdstuk 6 Uitdagingen voor de toekomst

6.1. Gezondheidswinst herdefiniëren 72
6.1.1. Bewegen brengt op 72
6.1.2. Gezondheid en welzijn samenbrengen op één spoor 72
6.2. Eigenaarschap uittekenen 73
6.3. Evenwicht houden tussen relationele versus technische aspect van BOV 74
6.4. Aanbod verbreden, toegankelijker maken en verankeren 75
6.5. Werken aan randvoorwaarden 75
6.5.1. Er is honger naar informatie over gezond leven 75
6.5.2. Flexibiliteit inbouwen 76
6.5.3. Doorstroom 76
6.5.4. Toegankelijke en ‘betrouwbare’ kinderopvang voor jonge moeders is een must . 76
6.5.5.Vrijwilligers inzetten? 77

Nabeschouwing 78

Literatuurlijst 80

Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift

Resultaten van een pilootproject waarbij de actieve levensstijl van maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars bevorderd wordt

In augustus van dit jaar ben ik begonnen met start-to-run. Femke heeft mij een start-to-run schema gegeven met tot doel toch tegen het einde 5 km te kunnen lopen. De reden dat ik met deze training ben begonnen is dat ik een vriendin heb die ging deelnemen aan een loopwedstrijd in Antwerpen. Ze vroeg mij eerst of ik wou komen supporteren, maar ik wou meer dan supporteren omdat het toch voor een goed doel was. Namelijk de strijd tegen borstkanker. Dus heb ik voorgesteld dat ik mee wou lopen ! Het was ook de vraag of ik dit zou volhouden, maar ik had een doel voor ogen! Namelijk de 6 km uitlopen in Antwerpen. Wat mij ook gelukt is.

Op dit moment (november 2010) ben ik nog altijd met lopen bezig. Omwille van 2 redenen: ik wil gewoon in beweging blijven en op 26 december ga ik meedoen aan de stratenloop in Leuven, die 8 km lang zal zijn. Na die race, ga ik dan verder trainen voor de loop in Dendermonde in 2011 en zo blijf ik bezig met telkens een nieuw doel voor mij !

Op een gegeven moment vroeg Femke of ik het leuk zou vinden als we eens zouden gaan zwemmen met het BOV project. Ik moet toegeven dat ik dit in het begin niet zo goed zag zitten omdat die drempel voor mij toch iets te hoog lag. Wat eigenlijk te maken had met mijn ziekte en littekens enerzijds en een complex had over mijn lichaam anderzijds. Maar toen kreeg ik een uitnodiging om in juli en augustus te gaan zwemmen of toch eens te proberen! Toen Femke vertelde dat het over een apart zwembad ging waar geen andere bezoekers kwamen was ik al een beetje gerustgesteld.

Elke dinsdagvoormiddag was ik dus van de partij en deden we allerlei oefeningen en dit beviel mij enorm. Dit beviel mij zo enorm dat ik na de vakantie gewoon verder wou zwemmen. De drempel was ineens weg, gesmolten! Femke vertelde mij dat ik kon zwemmen in een zwemclub! Daar kon ik mijn technieken verder bijschaven, want die waren nog echt niet in orde.

Ik was in eerste instantie wel enthousiast maar ik wist wel dat hier ook een prijskaartje aan vast hing. Dus wist ik niet zo goed wat ik zou doen. Toen kwam er een sportcheque ter sprake. Omdat ik een omnio-statuut had bij de mutualiteit wist ik vrij zeker dat ik hiervoor in aanmerking kwam en was mijn beslissing om te zwemmen zeer snel gemaakt.

Momenteel loop (train) ik 3 à 4 keer per week zo een 5 tal km op de Finse piste aan het sportkot en ga ik 2 keer per week zwemmen met de zwemclub Atlantis.

Ik wil eigenlijk verder deel uitmaken van het BOV project, maar inzake beweging doe ik dit nu zelfstandig. Ik had graag wel gehad dat Femke of iemand anders mij wel zo een beetje blijft opvolgen, beetje coaching zou ik zeggen. Hetzij via mail, telefoon of het gezondheidscentrum.

Het BOV project heeft me eigenlijk doen starten om terug te bewegen, te sporten zoals lopen en zwemmen. Wat mij het zelf doet volhouden is eigenlijk mijn persoonlijke motivatie. Ik wil mijn lichaam fit houden en depressies tegenhouden met sport, wat mij tot hiertoe perfect lukt.

Joery

Algemene Inleiding

In samenwerking met Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt en Stad Leuven zet Riso Vlaams-Brabant een project op rond armoede en gezondheid.
Na anderhalf jaar vinden we de tijd rijp om een aantal eerste resultaten en bevindingen uit dit project te bundelen. Vandaar dit rapport.

Het recht op gezondheid is onvoldoende gewaarborgd voor mensen met een lage socio-economische status. De gezondheidskloof tussen arm en rijk is groot en groeit. De verantwoordelijkheid wordt vaak bij maatschappelijk kwetsbare groepen zelf gelegd. Zij leggen zogenaamd niet de juiste prioriteiten en hun "leefstijl" maakt ongezond. De fysieke omgeving en de sociale omgeving worden echter onvoldoende in rekening gebracht. Daar gaat hoofdstuk 1 over.
De organisatie van onze gezondheidszorg zou transparanter en toegankelijker kunnen. Gezond leven betekent eerst kansen, dan pas keuze. De leefwereld van mensen die leven in bestaansonzekerheid is te weinig gekend door eerstelijnswerkers. Mensen krijgen het gevoel vereenzelvigd te worden met hun problemen. Dat op zich is geen gezonde situatie.

Vanaf hoofdstuk 2 en 3 in dit rapport laten we de lezer kennis maken met het project Bewegen Op Voorschrift (BOV). Dit project gaat uit van de kracht van mensen, het verhoogt hun gevoel van zelfwaarde en heeft positieve effecten op de gezondheid. Voor het opbouwwerk is dit een ideaal vertrekpunt om in dialoog te treden over het recht op een gezond leven en de link met andere relevante levensdomeinen te leggen.

Uit diepte-interviews met deze deelnemers blijkt dat bewegen iets in mensen losmaakt. In hoofdstuk 4 lees je alles daarover. Positieve krachten komen naar boven. Mensen ontdekken andere capaciteiten. Ze hebben samen met anderen iets concreets gedaan en het maakt hun hoofd vrij. Tijdens de activiteiten ontstaat er bovendien voor sommigen een nieuw netwerk van sociale contacten.
Participatie van de deelnemers is voor het opbouwwerk de rode draad doorheen het hele project, zowel in de voorbereiding, in de concrete uitwerking als bij de evaluatie.
Via de individuele gesprekken en via de dialoog met groepen, wou ik allereerst nagaan hoe je mensen tot beweging kunt brengen en welke drempels hen er van weerhouden. Met het stellen van korte vragen en het doorvragen op het verhaal dat ik te horen kreeg, nodigde ik hen uit om inzichten te laten groeien in eigen keuzes en gedragingen.
Verder blijkt dat het voorschrift voor velen een eerste houvast biedt. Mensen aanvaarden het advies van de arts waar ze naar opkijken. Voor mij als opbouwwerker, die zelf graag sport, vond ik het aanvankelijk confronterend en ook wel bevreemdend dat mensen de verantwoordelijkheid volledig in handen leggen van hun huisarts en blijkbaar heel veraf staan van hun eigen lichaam. De cursus yoga was in die zin voor verschillende deelnemers een openbaring : de lesgeefster leerde hen bewust omgaan met wat ze zelf voelen. Er ontpopten zich tijdens deze sessies spontane gesprekken over andere thema's die met gezondheid te maken hebben. Mensen realiseerden zich dat ze meer zijn dan de persoon die bij het OCMW aanklopt voor een leefloon of schuldbemiddeling. Meteen werd ook duidelijk dat het relationele in dit project mee borg staat voor kwaliteit. Een coach, een lesgever in een sportclub, een groepswerker die begrip opbrengt voor het script van maatschappelijk kwetsbare mensen scoort beter. Verandering is anderzijds ook slechts mogelijk als mensen zich bewust worden van hun situatie en die niet langer ondergaan. Het komt erop aan om het individueel schuldgevoel te doorbreken en samen positieve oplossingen te formuleren.

Willen we komen tot gezondheidswinst en verandering, kunnen we de gezonde levensverwachting verhogen ? In hoofdstuk 5 proberen we hier voorzichtig enkele

resultaten over te rapporteren. We hebben dit hoofdstuk dan ook afgerond met besluiten van de betrokken artsen.

In het laatste hoofdstuk zetten we de uitdagingen en vraagtekens voor de toekomst op een rij.
Ze vatten samen waar het in dit project om gaat. Ze zijn geboren in de schoot van gesprekken met vele betrokkenen. Voor het opbouwwerk is het project Bewegen Op Voorschrift een plaats waar de stem van mensen gehoord wordt, een hefboom en vooral een piste waar vele actoren mekaar kunnen ontmoeten en de ongelijkheid in gezondheid aanpakken.

We wensen jullie veel leesplezier!

Patricia Decraene

Hoofdstuk 1 Gezondheid is meer dan gezondheidszorg

1.1. De Gezondheidskloof

Ondanks het feit dat gezondheid een grondrecht is, is dit recht voor mensen die leven in bestaansonzekerheid niet gegarandeerd. De aantoonbare verschillen in gezondheid tussen groepen met een hoge en een lage socio-economische status en de mate waarin deze groepen beroep doen op de gezondheidszorg (de toegankelijkheid), maken dat op pijnlijke wijze duidelijk

De gezondheidskloof neemt onrustwekkende proporties aan. Mensen met een lage socio-economische status (SES) leven minder lang. Ze leven ook minder lang in een goede gezondheid in vergelijking met hogere klassen.

Niet zonder reden wordt er dus gesproken van onaanvaardbare socio-economische gezondheidsverschillen en wordt de toenemende ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg aangeklaagd.

1.2. Maatschappelijke kwetsbaarheid

Mensen met een lage SES bevinden zich vaak in een situatie van maatschappelijke kwetsbaarheid. In hun interactie met maatschappelijke instellingen zoals onderwijs, hulpverleningsinstanties, overheidsdiensten worden zij vooral geconfronteerd met het negatieve bestraffende aspect ervan, eerder dan met het positieve (emanciperende) aanbod. Deze mensen lopen een grote kans op actieve uitsluiting door deze instellingen. Ze zijn kwetsbaar aan de organisatie van maatschappelijke instellingen. Deze interactie tussen aanbod en gebruikers doet zich ook voor op vlak van de gezondheidszorg.

De kwetsuren die mensen opstapelen in contact met de maatschappij en zijn instellingen maken dat zij niet snel geneigd zijn om verder gebruik te maken van het aanbod. Ze vertrouwen het niet.

De manier waarop mensen naar mij kijken is niet hetzelfde als hoe ik mezelf in de spiegel zie. De spiegel vertelt mij dat ik lelijk ben, niks waard ben.

Ik heb lang het gevoel gehad dat ik niemand was, alleen maar aan het proberen om te overleven. Ik heb altijd moeten opboksen tegen de andere kinderen in het gezin. Zij waren mooier, beter, slimmer dan het kleine pleegzusje.

Ik ben nog altijd op zoek naar wie ik ben. Maar stapje voor stapje kom ik dichter door mijn opleiding als ervaringsdeskundige.

Ik heb ooit héél diep gezeten. Maar nu ik mama ben, moet ik wel voor mezelf zorgen. (An)

1.3. Haperende toegankelijkheid op de eerste lijn

De eerste lijn van de gezondheidszorg kampt met een probleem van toegankelijkheid. Veel heeft te maken met het relationele aspect van de relatie tussen gezondheidswerker en patiënt. De leefwereld van mensen met een lage socio-economische status verschilt sterk van de leefwereld van beroepskrachten op de eerste lijn. Dit maakt dat de aanpak van gezondheidswerkers en de organisatie van hun aanbod ontmoedigend is voor mensen met een lage SES.

Dit uit zich onder meer in het feit dat traditionele preventiecampagnes hun doel missen ten aanzien van mensen met een lage SES. Deze acties missen de pointe van de problematische situatie waarin mensen uit lage SES zich bevinden. Bovendien schieten de meeste preventieacties te kort op vlak van o.a. begrijpbaarheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid.

Voor mezelf zal ik een doktersbezoek uitstellen zodat er zeker nog geld over is op het einde van de maand. Omdat je nooit weet wat er aan het einde van de maand niet allemaal kan gebeuren. Grotendeels zal ik vlugger een dokter bezoeken als er iets is met mijn zoontje van 5 jaar. Ik volg een opleiding als ervaringsdeskundige en dat is voor mij veel belangrijker om naartoe te gaan. Ik ga liever ziek naar de les dan geld te geven aan de apothekerskosten.

Als ik geld te kort kom ga ik niet graag hulp vragen bij anderen. Zeker niet bij vrienden want dan word je ook nog eens afhankelijk van hen. Zo kon ik vorig schooljaar mijn treinticket niet betalen en heb ik enkele lessen moeten missen. Mijn klasgenoten wilden me helpen, maar dat heb ik niet aanvaard. Ik heb al andere schulden af te lossen. Dat is meer dan genoeg. (An)

1.4. Gezond leven

1.4.1. Voorwaarden creëren.

De laatste jaren is er veel geïnvesteerd in de preventie. Met deze sterk gegroeide interesse voor preventie worden vooral mensen met een hoge sociaal economische status bereikt. Ook daar wringt het schoentje: gelijke kansen op een gezond leven vragen begrijpbare preventiecampagnes en optimaal toegankelijke gezondheidspromotie.

Preventie en gezondheidspromotie kaderen binnen de preventieve gezondheidszorg, die op haar beurt een onderdeel vormt van het globaal gezondheidszorgsysteem (naast het gezondheidsbeleid, de curatieve gezondheidszorg en de ziekteverzekering).

De klassieke ziektepreventie verwijst naar interventies die doorgaans vanuit de professionele medische sector worden ondernomen en tot doel hebben bepaalde ziekten of aandoeningen te voorkomen of de gevolgen ervan te beperken. Deze interventies zijn gericht naar individuen of groepen die blootstaan aan bepaalde risico's (vb. vaccinatie tegen bepaalde ziekten bij reizigers), of naar collectiviteiten waarvoor maatregelen van algemeen belang moeten getroffen worden (vb. fluorisatie van drinkwater om tandbederf tegen te gaan).

Gezondheidsbevordering of gezondheidspromotie (Engels: "health promotion") wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als het proces waardoor mensen of groepen van mensen in staat

gesteld worden om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid, en zo hun gezondheid te verbeteren.

Ziektepreventie en gezondheidsbevordering kunnen van elkaar onderscheiden worden wat betreft vertrekpunt (ziekte versus gezondheid), doelgroep (risicogroepen versus algemene populatie), oriëntatie (voorkomend versus veranderingsgericht), en actoren (medici versus deskundigen vanuit diverse disciplines). In de praktijk is de grens tussen preventie en gezondheidsbevordering echter niet altijd zo scherp te trekken. Het bevorderen van een positieve gezondheid vermindert immers ook de kans op ziekte. Verder kan het bevorderen van gezondheid moeilijk losgekoppeld worden van het beschermen van het bestaande gezondheidsniveau. In die zin kunnen gezondheidsbevordering en ziektepreventie veeleer beschouwd worden als twee polen van een continuüm. Gezondheidsbevordering biedt dan ook geen alternatief voor de georganiseerde ziektepreventie, maar is eerder een aanvulling erop.

Wat maakt dat campagnes in kader van gezondheidspreventie de kwetsbare groepen zo moeizaam bereiken?

We zijn tijdens de opstart van dit project op zoek gegaan naar een antwoord en zijn uitgekomen bij Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt.

In onze aanpak werken we op 2 terreinen. Enerzijds wordt gewerkt aan de motivatie om bewust voor een gezonde leefwijze te kiezen, met aandacht voor de vaardigheden die hierbij nodig zijn. Zo bouwen we bij het motiveren tot het poetsen van tanden oefensessies in de interventie. Anderzijds werken we, in een eerste fase of tegelijkertijd, aan structurele maatregelen op het vlak van beleid of organisatie die de keuze voor een gezonde leefwijze of gezondheid rechtstreeks beïnvloeden.[1]

Er moeten voorwaarden gecreëerd worden opdat mensen met een lage SES kunnen kiezen voor een gezonde leefstijl op eigen maat. Maar ook sectoroverschrijdende samenwerking is in deze essentieel. Dit impliceert oa. dat welzijn en gezondheid op één spoor moeten gaan rijden. Dat er actief gezocht wordt naar modellen en manieren van werken waarbij we niet naast maar met elkaar werken.

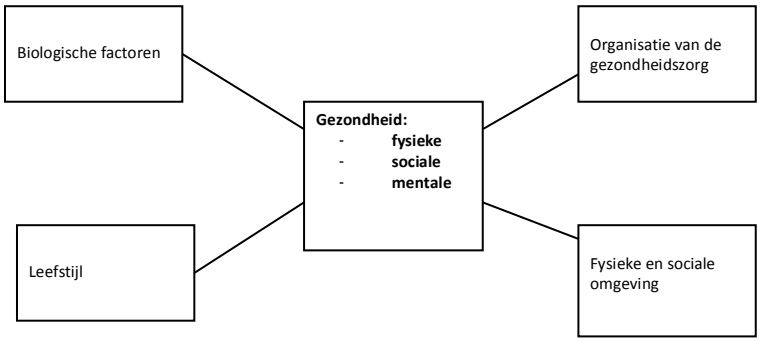
Ik ben omringd door heel veel hulpverleners en toch heb ik het gevoel dat ik niet vooruitkom. Elk doet zijn ding met mijn situatie. (Nadia)

1.4.2. Naar een definitie van gezondheid.

We wagen ons best niet aan één definitie van gezondheid. We houden er echter wel een mening op na. En deze mening kunnen we best uiteen doen aan de hand van het schema van Lalonde. Het spreekt voor zich : gezondheid en het recht op gezond leven zijn onlosmakelijk verbonden met andere levensdomeinen. Dat is ons uitgangspunt.

[1] Studieclub Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt 2006

Het volgende schema (Lalonde) geeft de verschillende factoren weer die een invloed uitoefenen op de gezondheid.



Dit is de basis van waaruit we inzetten op gezondheid. Lalondes invloed dateert van 1974 en ligt aan de basis van het Ottawa Charter van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), dat gezondheid linkt aan determinanten en het belang benadrukt van gezondheidsbevorderende activiteiten.

1.4.3. Eerst verklaren dan verkleinen.

Rapporten met statistieken en cijfergegevens duwen ons met de neus op de feiten. Onze eerstelijnszorg maar ook de campagnes rond gezonde leefstijl bereiken niet iedereen en hebben minder effect op maatschappelijk kwetsbare mensen. Met de gezondheid en de leefstijl van mensen die leven in bestaansonzekerheid is het merkbaar veel slechter gesteld. Mensen met een hoger diploma scoren stukken beter op gezondheidsenquêtes. Maar over het waarom van deze feiten wordt zelden iets gepubliceerd. Wat zijn de oorzaken van deze kloof? Waarom geven enquêtes aan dat de levensstijl bij mensen met een lagere opleiding - procentueel genomen – ongezonder is? Willen zij dan niet gezonder gaan leven? Weten zij dan niet dat roken en vet eten zo slecht is?

Dat is niet de kwestie. Het dagelijks overleven, de kwetsuren en de eigengemaakte gewoontes spelen sterker dan de drang om gezond te leven. Of beter gezegd : het geconditioneerd gedrag - van veel eten, veel zitten, roken etc. – veranderen lukt niet van vandaag op morgen en vraagt een grote menselijke inspanning van de persoon zelf en zijn/haar omgeving.

Ik weet wel dat roken slecht is en ik weet ook perfect hoeveel risico's eraan vasthangen voor de duur en de kwaliteit van mijn leven. Maar ik ben in de loop der jaren afhankelijk geworden van een sigaret om even tot rust te komen. Ik ken geen alternatieven of die zijn ongekend en/of te duur. Ik kan me in mijn stressmomenten niet troosten met de gedachte dat ik bijvoorbeeld binnenkort op vakantie ga. Ik ben elke dag bezig met zaken als mijn schulden afbetalen en de angst die daarbij komt. Een sigaret is voor mij op dat moment

de enige uitlaatklep die ik heb en ik heb het gevoel dat ik even rust heb. Aan mij uitleggen dat ik zou moeten stoppen met roken is niet nodig, heeft weinig zin. Ten eerste al omdat ik al zolang rook en ten tweede omdat het teveel menselijke energie van me vraagt in mijn situatie. Ik heb mijn menselijke energie 100% nodig om de dagen en weken door te komen zonder kleerscheuren. (Pieter)

Niet onbelangrijk in dit verhaal is onze kijk op het ontbrekend sociaal kapitaal van mensen, het afwezige versterkende netwerk in de onmiddellijke omgeving. Maatschappelijk kwetsbare mensen staan er vaak alleen voor en hebben niet de nodige bagage meegekregen in de eigen opvoeding, of die is onderweg overschaduwd door miserie en overlevingsstrategieën.

Op de kookcursus van het wijkgezondheidscentrum heb ik geleerd dat gezond bewegen deel uitmaakt van de voedingspiramide. Als ik dan ook nog zelf het eten klaarmaak, in plaats van vette sauzen op tafel te zetten uit de Aldi, dan ben ik goed bezig. En dan proef je ook meer wat je eet. Maar als mijn zes kinderen aan tafel niet willen eten, dan weet ik niet hoe ik deze manier van koken kan volhouden.

Deze uitspraak staat in schril contrast met wat we horen van mensen uit de middenklasse:

Als mama van een kleuter en een baby vind ik dagelijkse ondersteuning in de babbels aan de schoolpoort of over de haag met mijn buurvrouw.

1.5. Focus op gezondheidspromotie en empowerment

Met dit rapport focussen we op toegankelijke gezondheidspromotie en het BOV-project, waar mensen aangezet worden om gezond te bewegen en waar de focus ligt op een lage drempel, zodat maatschappelijk kwetsbare mensen ook toegang vinden. Met dit project beogen we mensen te empoweren waardoor we hen terug in staat stellen om greep te krijgen op de eigen gezondheid. Dit impliceert dat we mensen versterken om autonoom keuzes te maken.

Autonome motieven verwijzen naar vrijwillige motieven. Dit is bijvoorbeeld zo als iemand inherent achter een bepaalde activiteit staat en deze activiteit op zich als waardevol beoordeelt (dit in tegenstelling met de intern ervaren druk hierboven) of deze als inherent plezierig ervaart. Gecontroleerde motieven daarentegen verwijzen naar motieven met een dwingend karakter. De ervaren druk kan hierbij zowel extern (bv. de huisarts, de partner) als intern zijn (bv. vermijden van schuldgevoelens of schaamte, om zich trots te voelen over zichzelf). Wetenschappelijke bewijsvoering heeft bevestigd dat het effect van gecontroleerde motieven typisch van korte duur is: de motivatie en het gezonde gedrag blijven slechts aanwezig zolang ook de druk ervaren wordt. De kans dat het gezonde gedrag zich voordoet daalt dan ook in een situatie waarin de druk niet aanwezig is. Autonome motivatie voor gedrag daarentegen zal veel langer doorwerken en de positieve effecten op het gedrag blijven bestaan als de externe druk wegvalt of niet aanwezig is in een andere situatie[2]

[2] Gebaseerd op Vansteenkiste, Ryan & Deci, 2008

Hoofdstuk 2 Bewegen Op Voorschrift als meervoudig antwoord

2.1. Waarom Bewegen Op Voorschrift nodig is

2.1.1. Maatschappelijke context

De levensverwachting stijgt in België. Van 1960 tot 2008 is de gemiddelde levensverwachting met bijna 10 jaar gestegen. Maar dit rooskleurig beeld moet toch genuanceerd worden. Alle burgers genieten van de vooruitgang in de volksgezondheid, maar de voordelen zijn ongelijk verdeeld. Mensen uit een lage socio-economische klasse genieten minder van de vooruitgang dan mensen uit de hoge socio-economische klasse. Zo is de levensverwachting en de gezonde levensverwachting van een laagopgeleide lager dan die van een hoog opgeleide persoon (Willems & Vyncke, 2010).

Inzake algemene gezondheid vertonen mensen met een laag opleidingsniveau een hoger risico dan deze met een hoog opleidingsniveau voor de volgende aandoeningen (Van Der Heyden, Gisle, Demarest, Drieskens, Hesse, & Tafforeau, 2010): een slechte subjectieve gezondheid (x 2.7), hoge bloeddruk (x 1.5), artrose (x1.8), diabetes (x 2.9), langdurige beperkingen (x 2.1), functionele beperkingen (x 1.7), pijn lijden (x 2), zwaarlijvigheid (x 1.8), gerapporteerde depressie (11% vs 4%).

Het hoeft geen betoog meer dat voldoende bewegen het risico op tal van deze lichamelijke en geestelijke aandoeningen kan verminderen. Regelmatig bewegen vermindert de kans op hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, osteoporose, diabetes type 2, overgewicht, verschillende kankers, lage rugpijn, depressie, angst en stress. Bovendien verhoogt het zelfvertrouwen, de stemming, het psychologisch welzijn en de kwaliteit van leven (zowel algemeen als gezondheidsgerelateerde) dankzij bewegen (Bouchard, Blair, & Haskell, 2007; Fox, 2000; Biddle, 2000; Penedo & Dahn, 2005).

Maar ook hier zien we dat mensen die op de lage sporten staan van de sociale ladder minder aan beweging doen. Het risico bij laagopgeleiden om in hun vrije tijd niet aan lichaamsbeweging te doen is 3.3x groter (Van Der Heyden, Gisle, Demarest, Drieskens, Hesse, & Tafforeau, 2010). Uit een bevraging bij de patiënten van het Wijkgezondheidscentrum (WGC) De Ridderbuurt blijkt dat 53% van de patiënten sedentair gedrag vertoont tijdens hun vrije tijd (Antheunis, et al., 2001).

Vandaar dat een interventie om het fysieke activiteitsniveau van deze doelgroep op te krikken een logische stap is. Uit een rapport voor 'NSW Centre for physical activity and health' blijkt dat promotie van fysieke activiteit in een eerstelijnszorgsetting positieve resultaten heeft op het fysieke activiteitsniveau van de deelnemers (Smith, Merom, Harris, & Bauman, 2002). De onderzochte studies in dit rapport hadden evenwel geen specifieke aandacht voor mensen uit de lage socio-economische klasse.

Eerdere studies hebben aangewezen dat een individueel aangepaste coaching een effectieve wijze is om het fysieke activiteitsniveau te verhogen (Kahn, et al., 2002; Lipkens, 2010; Van Der Jagt & Van Hagen, 2007). Zo is ook deze interventie opgepakt.

2.1.2. Lokale context : Leuven

2.1.2.1. Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt wil inzetten op bewegen

Vanuit gesprekken met huisartsen, kinesisten, patiënten en focusgroepen gedurende diverse jaren komen knelpunten naar boven: mensen ervaren veel drempels om gezond te bewegen. Daarom moet er sterk geïnvesteerd worden in laagdrempelig aanbod, op maat van maatschappelijk kwetsbare mensen zijn.

2.1.2.2. Riso ziet nood aan toegankelijke nulde- en eerstelijnszorg

Tijdens verkennende gesprekken in 2008 en 2009 over armoede en gezondheid in Leuven wordt vastgesteld dat :

- Het thema gezonde leefstijl is nieuw voor het opbouwwerk én voor de buurtwerkers. Investeren in gezonde leefstijl is in het merendeel van de werkingen beperkt tot experimenten met gezonde voeding. Gezond bewegen is nog niet "hip".

- Organisaties die werken met maatschappelijk kwetsbare mensen benoemen gezonde leefstijl als een zeer "intiem" thema en geven aan dat er weinig methodieken zijn om hierrond te werken.

- Het thema armoede en gezondheid is bij de gemiddelde gezondheidswerker(huisarts, verpleegkundige, tandarts, kinesist,…) zo goed als onbesproken.

- Gezondheidswerkers voelen zich vaak onmachtig in het motiveren van maatschappelijk kwetsbaren tot een gezonde leefstijl. Ze kennen het aanbod niet of botsen op drempels van toegankelijkheid.

- Organisaties zoals mutualiteiten en het LOGO welke preventieve acties tot gezonde leefstijl opzetten, geven aan dat ze deze doelgroep moeilijk bereiken.

- Met het uitproberen van een innoverende methodiek van Cedes om rond toegankelijke gezondheidszorg te praten, in het voorjaar van 2009 is gebleken dat werken rond gezonde leefstijl een welkome activiteit is voor zowel de doelgroep als de werkers. Maar werken met de doelgroep vraagt concrete aanknopingspunten.

2.1.2.3. Riso en het WGC De Ridderbuurt slaan de handen in elkaar

Vandaar dat de inzet op het pilootproject Bewegen Op Voorschrift (BOV) een goede inrijpoort is om de doelgroep aan te spreken. Het is concreet voor hen. Het is een reële hefboom voor meer gezond bewegen. En daardoor is het een bijzonder project. Mensen hebben er iets aan. Ze voelen dat ze vooruit gaan. Er is perspectief gecreëerd.

2.2. De basisprincipes van Bewegen Op Voorschrift

In het project Bewegen Op Voorschrift krijgen mensen met hoge gezondheidsrisico's en/of sedentaire leefstijl een voorschrift van de huisarts om te bewegen, met gezondheidswinst als doel. We bieden vernieuwde en laagdrempelige beweegactiviteiten aan, in samenwerking met buurtsport Leuven en sportclubs, met intensieve opvolging en meting van de

gezondheidswinst door de beweegcoach. Met dit innoverend project wordt in WGC De Ridderbuurt 'bewegen' voor het eerst hoog op de agenda gezet. De uitdaging werd aangegaan om patiënten met een dominant sedentaire leefstijl in beweging te krijgen. De passie van een kinesiste, de verontwaardiging van een opbouwwerkster, de bijzondere aandacht van een sportieve stadsmedewerkster en het enthousiasme van de deelnemers maakten het opstarten van BOV mogelijk.

Al van bij de geboorte van het project wilden we werk maken van een hoge betrokkenheid van maatschappelijk kwetsbaren. Zij zijn immers de deskundigen als het gaat om definiëren en evalueren van de toegankelijkheid en kwaliteit van het project. Het is Riso Vlaams-Brabant die er als partner voor zorgt dat de deelnemers in ruime mate mee de groei van het project bepalen. In het formuleren van drempels tot gezonde leefstijl kan je er niet omheen: mensen geven aan dat wel of niet volhouden samenhangt met hun dagelijkse context van wonen, werkloos zijn, mentaal welbevinden, sociale relaties, …. De informatie uit eerste hand levert bouwstenen voor het project.

In gesprekken met deelnemers merken we dat mensen elk hun eigen beleving hebben. Vanuit een eigen voorgeschiedenis vullen mensen hun 'maatschappelijk kwetsbare positie' anders in. Wat als gemeengoed wordt aangegeven in deze invulling is het pijnlijke kenmerk van financiële beperktheid. Verder valt het sterk op dat merendeel van de geïnterviewden met een laag zelfbeeld kampen. Dit laat ons achter met het sterke vermoeden dat – naast het technische aspect van gezond bewegen - het relationele een belangrijke hefboom is bij het ontwikkelen van projecten als BOV.

Als we in onze relatie met maatschappelijk kwetsbare mensen het autonome en de verborgen competenties cultiveren is er dan niet de grote kans dat we met kleine stappen blijvende verandering teweeg brengen? Daarmee komen we uit op "aandacht". Het hele concept van BOV staat of valt met de aandachtige en positieve houding van de sleutelfiguren.

Met BOV willen we gezonde leefstijl promoten en a priori mogelijk maken voor iedereen. Waar we extra op inzetten is dat de drempel van onze deur laag genoeg is zodat maatschappelijk kwetsbare mensen vlot toegang vinden tot het aanbod. Binnen BOV definiëren wij 'maatschappelijk kwetsbare mensen' als personen die moeilijk toegang vinden tot het reguliere sport- en beweegaanbod. De drempels kunnen zich op verschillende domeinen situeren (financieel, cultureel, psychosociaal).

Vanuit de ervaring dat mensen niet deelnemen aan het reguliere beweeg- en sportcircuit wordt geïnvesteerd in dubbele coaching van mensen om meer te bewegen : de huisarts én de beweegcoach van het Wijkgezondheidscentrum helpen de eerste stap te zetten en stimuleren om vol te houden. De partner uit het opbouwwerk, Riso Vlaams-Brabant, zet mee in op de verankering van dit project op lange termijn. Er wordt participatief gewerkt en de deelnemers zelf worden uitgenodigd om mee na te denken over de evolutie van het project. Vanuit de gesprekken met deelnemers kregen we al tijdens de eerste weken zicht op andere drempels voor een gezond leven.

Inherent aan het opzet van BOV bepalen volgende kenmerken de identiteit van BOV :

- bewegen is plezierig en doet deugd,
- gezond leven is een recht voor iedereen,
- bewegen op maat is meer dan sport,
- vertrouwde coaching is een vaste waarde,
- beleving van de deelnemers bepaalt mee de ontwikkeling van het project

2.3. Een vast protocol

2.3.1. Vanwaar komt bewegen op voorschrift.

Sinds 2003 wordt 'Bewegen Op Recept' (BOR) in Den Haag (NDL) ervaren als een waardevolle methodiek om via de eerste lijn fysieke leefstijl te promoten. Onderzoek en evaluatie bevestigen de meerwaarde van dergelijk project met een vast protocol.

Hierdoor geïnspireerd wordt ook in Leuven een draagvlak gecreëerd om met dit protocol aan de slag te gaan. Een gezamenlijk engagement van Riso Vlaams-Brabant, WGC De Ridderbuurt en Buurtsport Leuven geeft genoeg draagkracht om een pilootproject op te starten met het protocol 'Bewegen Op Voorschrift'.

Het opstellen van een intake en evaluatie-instrument gebeurt zoveel mogelijk rekening houdend met de inbreng van externe deskundigen (KULeuven, VIGEZ, Ready2Impove, WGC Brugse Poort). Essentieel is dat de gebruikte vragenlijsten toegankelijk zijn voor kansengroepen (niet te lang, éénvoudige taal).

2.3.2. Het protocol.

Indien de huisarts vindt dat een actievere leefstijl bij een patiënt fysieke en/of mentale gezondheidswinst kan opleveren, wordt er een BOV-voorschrift opgemaakt en doorverwezen naar de beweegcoach.

Tijdens het intakegesprek met de beweegcoach vult de deelnemer een vragenlijst in m.b.t. de fysieke en mentale gezondheid, een conditietest wordt afgenomen en een beweegplan op maat wordt opgemaakt.

Regelmatig is er dan contact tussen de beweegcoach en de deelnemer ter opvolging of ter bijsturing van het beweegplan.

Ongeveer 6 maanden na de intake volgt een evaluatiegesprek met conditietest en wordt de intensiteit van de verdere opvolging besproken. De deelnemer kan ook kiezen om de coaching af te ronden (zelfredzaam of geen interesse meer). De huisarts krijgt een verslag van deze evaluatie en ziet de deelnemer tijdens een raadpleging om dit te bespreken.

Arts verwijst patiënt naar beweegcoach (BC) en maakt **voorschrift**

↓

BC doet **intake**

- vragenlijst (mentaal/fysiek) en fysieke test
- beweegplan opmaken met deelnemer

↓

Deelnemer 'beweegt' gedurende enkele maanden
BC volgt op en stuurt bij

↓

BC doet **evaluatie**

- vragenlijst (mentaal/fysiek) en fysieke test
- rapport opmaken voor arts

↓

Deelnemer gaat op **BOV-consult bij arts**

- gevolgde en toekomstig beweegplan bespreken
- resultaten van evaluatie bekijken
- coaching verderzetten (intensiteit?) of afronden (zelfredzaam/niet gemotiveerd) op basis van rapport evaluatie en gesprek deelnemer

2.4. Keuze voor interactieve lokale netwerking

Lokale netwerking met diverse organisaties en partners in Leuven is essentieel. Samen staan we sterk. Complementair werken vanuit eigen deskundigheid moet ons vooruit helpen om in Leuven de gezondheidskloof te verkleinen. Verenigingen waar armen het woord nemen, CAW, OCMW's, buurt- en wijkwerking, sociale tewerkstelling, straathoekwerk hebben ervaring en deskundigheid opgebouwd rond armoede die gedeeld moet worden met de sportwereld (lees: lesgevers, sport- en recreatieclubs) zodat er een gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat rond sport- en vrijetijdsparticipatie van mensen die leven in bestaansonzekere situaties.

Buurtsport Leuven is ideale partner om dit pilootproject te faciliteren en mee uit te bouwen. Zij zorgen mee voor de invulling van een gevarieerd aanbod op maat. Zij sensibiliseren via deze weg ook het sportbeleid van Leuven. Zij zijn de link naar het reguliere circuit en een deuropener om daar inclusie te

stimuleren, zodat deelnemers van BOV (en kansengroepen in het algemeen) beter kunnen doorstromen.

In het netwerk dat BOV ondertussen rond zich heeft geschaard onderscheiden we drie grote groepen van partners : partners voor de toeleiding, partners voor het aanbod en partners voor het onderzoek.

We willen graag ook relevante private partners als mutualiteiten, en eerstelijnszorgverstrekkers warm maken om mee te werken. Zij spelen een belangrijke rol in de maatschappelijke constructie die dualisering bestendigt.

Hoe individuen en groepen zich op de schaal van gezondheid wegen, hangt af van een samenspel van factoren. Er is zelden één oorzaak die ons uit evenwicht brengt. Erfelijk materiaal, eetgewoontes en onze beweeglijkheid, stress, slijtage, onze woonomgeving, ons klimaat, onze slaap, en nog veel meer kunnen zorgen voor een storing. Bovendien hebben vele factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van ons leven ook weer invloed op elkaar. Laat ons hier even de metafoor van een raderwerk gebruiken. Het raderwerk van onze eerstelijnszorg draait, als elk apart rad blijft draaien en de juiste verbinding maakt – op het juiste moment. Alles draait, alles hangt samen. Daarom kiezen we met BOV expliciet voor het samenbrengen van vele deskundigheden. Niet naast mekaar, maar met mekaar. Elke actor in het raderwerk wordt uitgedaagd om mee zorg te dragen dat het geheel blijft draaien.

In die zin is het hele opzet van BOV ook een pleidooi voor een integraal en interactief lokaal sociaal beleid. Waar inbreng van diverse deskundigheden leidt tot een dynamische en innoverende aanpak van de gezondheidskloof.

Hoofdstuk 3 De eerste deelnemers doorgelicht

3.1. Een grondige voorbereiding

Voorafgaand aan de eigenlijke opstart van BOV in feb 2010, werd een kort participatief traject ontwikkeld.

De drie partners, Riso, WGC De Ridderbuurt en Buurtsport kiezen een geschikte locatie om samen met mensen in armoede te bewegen. Het gemeenschappelijk doel was drempels te achterhalen tot bewegen bij kwetsbare mensen door op een vaste en vlot bereikbare locatie in de nabije buurt, verschillende disciplines van gezonde beweging aan te bieden, afgewisseld met gespreksmomenten om projectlijnen mee uit te tekenen.

Vanuit extra individuele gesprekken met potentiële deelnemers wordt beslist om met twee groepen te werken.

Groep 1 doorliep een traject van 8 weken met beweegcoach en opbouwwerker. Vier beweegsessies van een ½ dag in Park Den Bruul (taichi, onderhoudsgym, wandelen, yoga, dans) en één beweegsessie in de lokalen van Cirkus in Beweging, afgewisseld met drie groepsgesprekken. Deze vonden plaats in Den Bruul onder begeleiding van Vormingplus. De toeleiding voor dit traject gebeurde via de kinepraktijk op het WGC en contacten met basiswerkers uit 't Lampeke, Leren Ondernemen en De Meander. Voor dit traject nodigden we maatschappelijk kwetsbare mensen uit met nauwelijks ervaring tot sport en/of beweegaanbod.

Met groep 2 kozen we voor een kort traject met beweegcoach en een begeleider van het WGC. Er vonden twee groepsgesprekken plaats en een gezamenlijke beweegsessie met groep 1 bij Cirkus in Beweging. De begeleider vanuit het WGC was een deskundige in de methodiek van de verbetergroepen. Deze groep bestond uit een achttal patiënten met psychiatrische problemen, lage SES, die wel vroegere (beperkte) ervaring hadden met deelname aan sport- en beweegaanbod.

De gesprekken in beide groepen focusten op drie elementen: ik, bewegen, dokter en voorschrift.

We gebruikten drie vragen:

Wat maakt het moeilijk om te bewegen , zonder voorschrift (ik/bewegen)?

Zal ik het voorschrift wel of niet gebruiken, waarom(wel/niet)(voorschrift/dokter)?

Wat verwacht ik van de beweegcoach (bewegen/voorschrift)?

Een positieve balans : BOV kon van start gaan.

Via groep 1 bereikten we 13 deelnemers. Via groep 2 bereikten we 8 deelnemers.

Bewegen op deze manier georganiseerd, werd ervaren als veilig, plezierig, stimulerend en toegankelijk. Er is vraag naar meer.

Belangrijk om mee te nemen uit het traject met groep 2 was dat sporten *niet onbekend is maar, wel een verloren stuk. Wat opduikt is dat sommigen zich vaak mentaal slechter voelen na sporten.*

Uit beide trajecten komt ook de nood naar ondersteuning voor gezonder eetgedrag.

In januari 2010 werden beide groepen samengebracht op een afsluitende vergadering. Met een diareeks en een laatste gemeenschappelijke sessie onderhoudsgym werd de opstart van BOV aangekondigd. Beelden van de beweegsessies en besluiten uit de gesprekken werden afgewisseld met bruikbare info over het protocol en het beweegaanbod vanaf feb 2010 .

Vanaf februari 2010 konden 50 deelnemers instappen in het beweegproject.

Zij kregen een voorschrift en vervolgens een beweegplan.

3.2. Algemene gegevens van de BOV-deelnemers

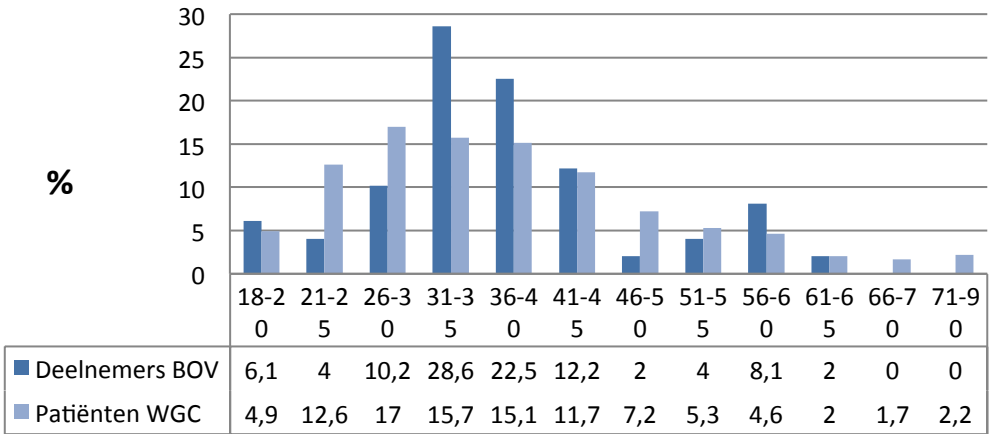
3.2.1. Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de BOV-deelnemers was 37 jaar, dit kwam overeen met de gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie in Wijkgezondheidscentrum (WGC) De Ridderbuurt van 2010 (figuur 1). De leeftijdsrange loopt vanaf 18 jaar gezien het project zich in de eerste fase enkel op volwassenen richt.

Zoals gezien kan worden in Figuur 2 is de leeftijdsverdeling ook gelijkaardig voor de BOV-deelnemers en de patiëntenpopulatie van WGC De Ridderbuurt. Opmerkelijk is dat de leeftijdscategorieën tussen 31 en 40 jaar procentueel hoger vertegenwoordigd zijn bij de BOV-deelnemers dan in het wijkgezondheidscentrum.

	Aantal (N)	Gemiddelde (Gem)	Standaard deviatie (SD)
Deelnemers BOV	49	37.37	10.20
Patiënten WGC	1702	37.57	12.98

Figuur 1: Gemiddelde leeftijd en standaard deviatie van BOV-deelnemers en patiëntenpopulatie van 2010.

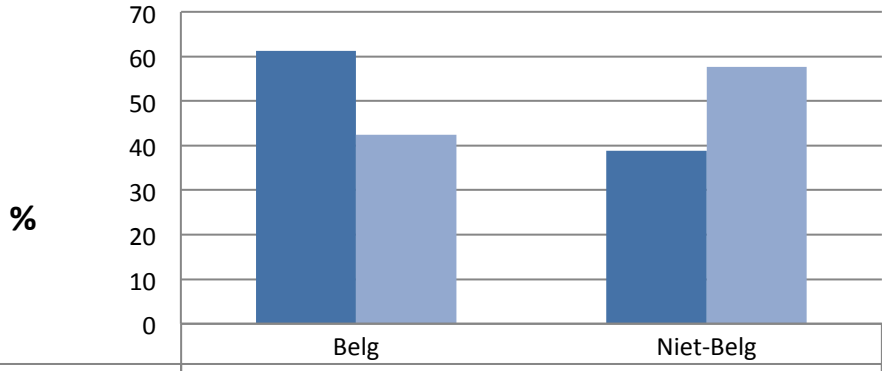


Figuur 2: Leeftijdsverdeling in percentage (%) van BOV-deelnemers en patiëntenpopulatie van 2010.

3.2.2. Nationaliteit

In totaal hebben 30 Belgen en 19 Niet-Belgen deelgenomen aan het BOV-project. In vergelijking met de patiëntenpopulatie van WGC De Ridderbuurt waren er procentueel meer Belgen bij de BOV-deelnemers (figuur 3). 61 procent van de deelnemers waren Belgen terwijl dit in WGC De Ridderbuurt slechts 42 procent was.

Er was een grote verscheidenheid aan niet-Belgen, de verschillenden nationaliteiten waren (aantal tussen haakjes): Burundees (1), Chinees (3), Congolees (1), Equadoriaans (1), Irakees (3), Marokkaans (3), Nepalees (2), Rwandees (1), Slowaaks (1), Somalisch (1), Syrisch (1) en Zuid-Afrikaans (1).



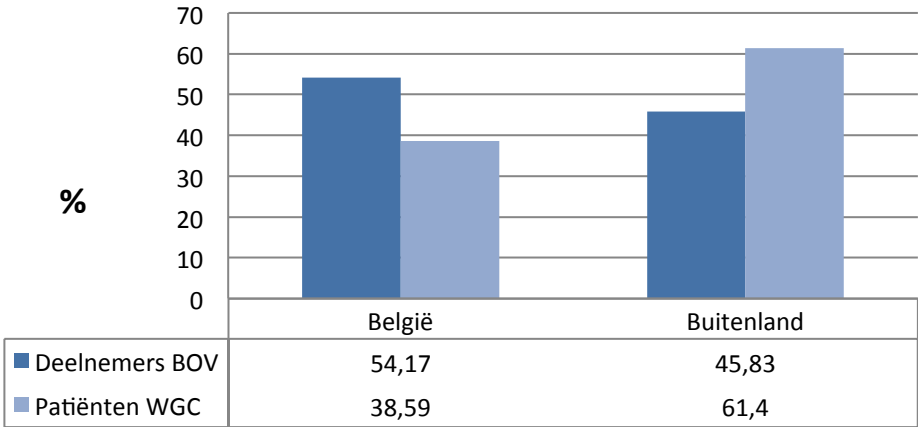
	Belg	Niet-Belg
Deelnemers BOV	61,22	38,77
Patiënten WGC	42,41	57,59

Figuur 3: Nationaliteit in percentage (%) van BOV-deelnemers en patiëntenpopulatie van 2010.

3.2.3. Geboorteland

In totaal zijn 26 BOV-deelnemers in België geboren en 22 BOV-deelnemers elders in de wereld. Figuur 4 toont aan dat er binnen het wijkgezondheidscentrum procentueel meer mensen in het buitenland geboren werden dan binnen het BOV-project (46 procent van de BOV-deelnemers versus 61 procent van de patiëntenpopulatie van het WGC).

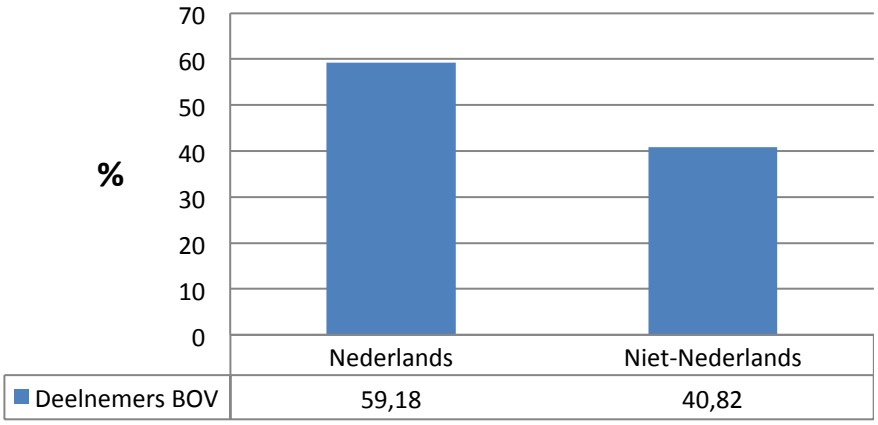
Er was een grote verscheidenheid aan geboortelanden van de BOV-deelnemers (aantal tussen haakjes): België (26), Burundi (1), China (3), Congo (1), Equador (1), Frankrijk (1), India (1) Irak (4), Marokko (3), Nepal (2), Rwanda (1), Slowakije (1), Somalië (1), Somalië (1), Syrië (1) en Zuid-Afrika (1).



Figuur 4: Geboorteland in percentage (%) van BOV-deelnemers en patiëntenpopulatie van 2010.

3.2.4. Moedertaal

De meerderheid van de BOV-deelnemers heeft Nederlands leren spreken als eerste taal (figuur 5). In totaal zijn er 29 BOV-deelnemers die Nederlands als moedertaal hebben. De 20 andere BOV-deelnemers hebben volgende talen als moedertaal: Arabisch (6), Chinees (2), Congolees (1), Frans (2), Kinyarwanda (1), Koerdisch (1), Nepalees (2), Slowaaks (1), Somalisch (1), Spaans (1), Tibetaans (1), Zuid-Afrikaans (1).

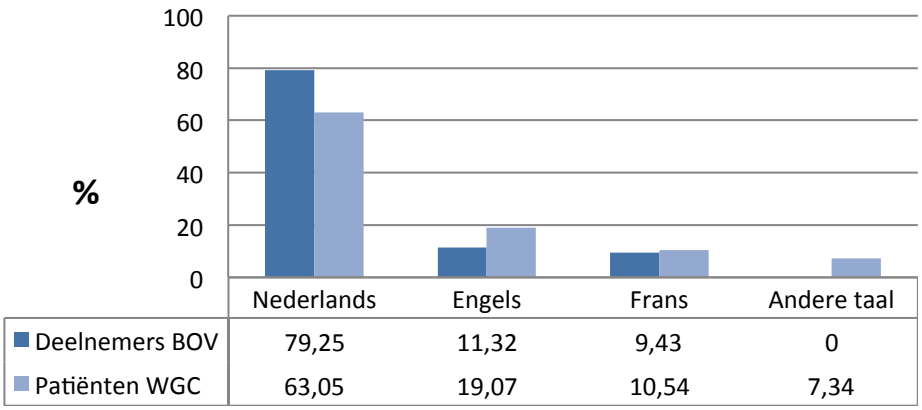


Figuur 5: Moedertaal in percentage (%) van BOV-deelnemers.

3.2.5 Voertaal

De taal waarin alle communicatie gebeurt met de mensen is de voertaal. Soms worden er meerdere talen gebruikt om te communiceren. De overgrote meerderheid van de communicatie tijdens het BOV-project gebeurt in het Nederlands (Figuur 6). In 42 gevallen wordt er in het Nederlands gecommuniceerd, in zes gevallen in het Engels en in vijf gevallen in het Frans. Af en toe was er sprake van communicatie in meerder talen, vandaar een totaal boven het totaal van BOV-deelnemers. De procentuele verdeling van de voertaal tijdens het BOV-project komt grotendeels overeen met de procentuele verdeling van de voertaal bij de patiëntenpopulatie van WGC de Ridderbuurt.

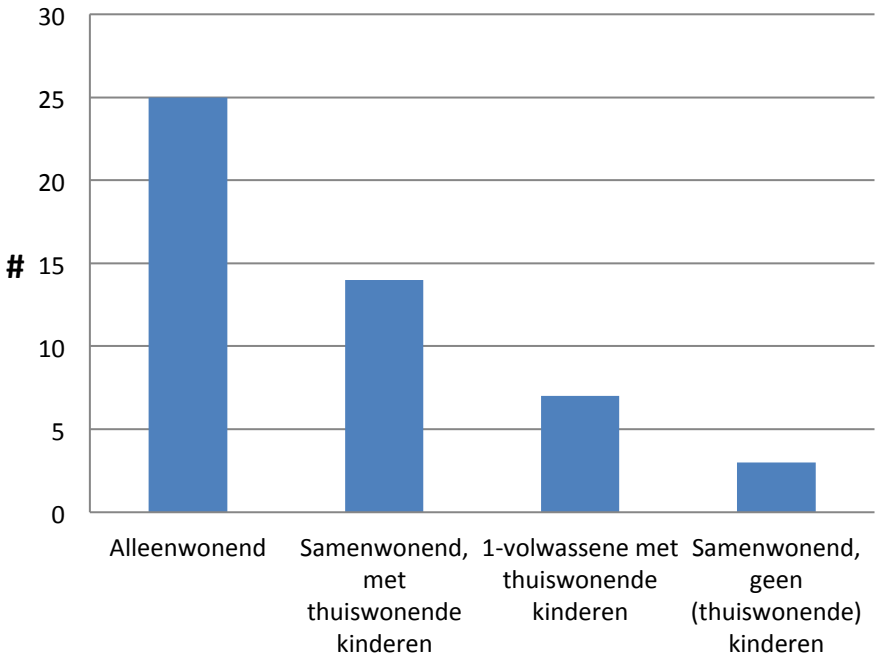
Opmerkelijk is dat er tijdens het BOV-project enkel in het Nederlands, Engels of Frans wordt gecommuniceerd terwijl 7% van de communicatie in WGC de Ridderbuurt toch in een andere taal gebeurt.



Figuur 6: Voertaal in percentage (%) van BOV-deelnemers en patiëntenpopulatie in 2010.

3.2.6. Gezinssituatie

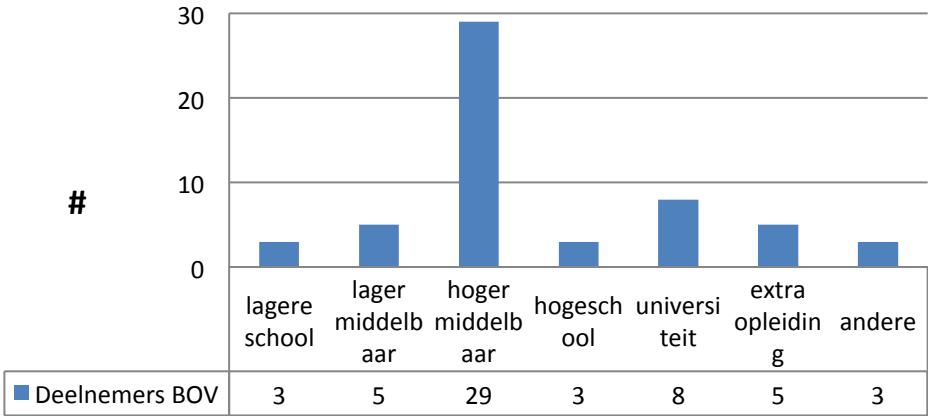
Met 25 BOV-deelnemers die alleen woonden op het intake moment, is dit de meest voorkomende gezinssituatie (figuur 7). 14 BOV-deelnemers woonden samen met een partner en thuiswonende kinderen. Daarnaast zijn er zeven BOV-deelnemers die alleen woonden met thuiswonende kinderen. De gezinssituatie die –op het intake moment- het minst voorkwam is 'met een partner wonen, zonder (thuiswonende) kinderen', dit kwam slechts drie keer voor.



Figuur 7: Gezinssituatie van BOV-deelnemers in aantallen (#).

3.2.7. Opleiding

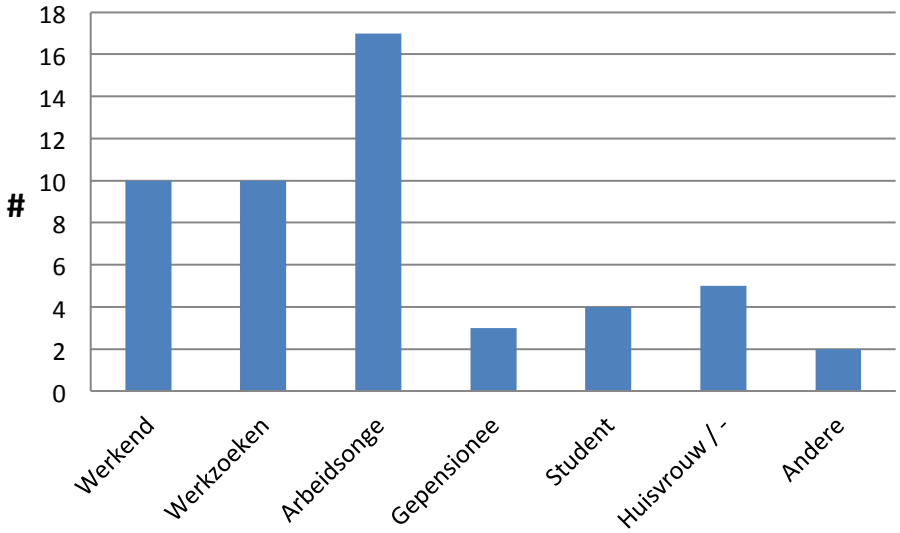
De meest voorkomende opleidingsgraad van de BOV-deelnemers was hoger middelbaar onderwijs (figuur 8). Acht BOV-deelnemers hebben het humaniora niet succesvol afgerond. Een deel (11) is verder gaan studeren na het middelbaar onderwijs. Het is opvallend dat de universitair opgeleiden voornamelijk in het buitenland geboren zijn. Zij zijn afkomstig uit (aantal tussen haakjes): België (1), Nepal (1), Marokko (1), Syrië (1), Equador (1), China (2) en Zuid-Afrika (1). Onder de categorie *'andere'* valt avondschool, geen school en opleiding talen & graduaat rechtspraktijk.



Figuur 8: Hoogst behaalde opleidingsniveau van BOV-deelnemers in aantallen (#).

3.2.8. Werksituatie

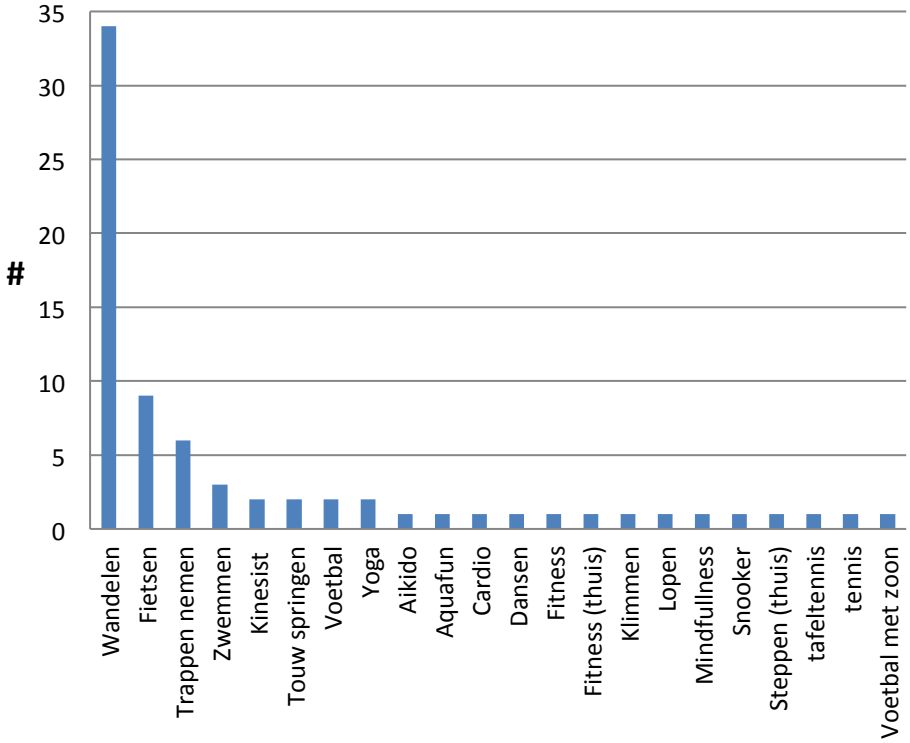
Het grootste deel van de BOV-deelnemers was - op het intake moment - arbeidsongeschikt (figuur 9). Er waren evenveel BOV-deelnemers die actief aan het werk waren als dat er actief naar werk op zoek waren. Onder de categorie *'andere'* valt vrijwilligerswerk en wachten op legalisering.



Figuur 9: Werksituatie van BOV-deelnemers in aantallen (#).

3.2.9. Beweegactiviteiten voor de start

Alvorens van start te gaan met *bewegen op voorschrift*, werden de soorten fysieke activiteiten van de deelnemers onder de loep genomen. Er werd een grote verscheidenheid aan activiteiten opgemeten (figuur 10). De meest voorkomende beweegactiviteiten voor de start waren wandelen, fietsen en trappen nemen. Opvallend is dat deze activiteiten zeer toegankelijk zijn.

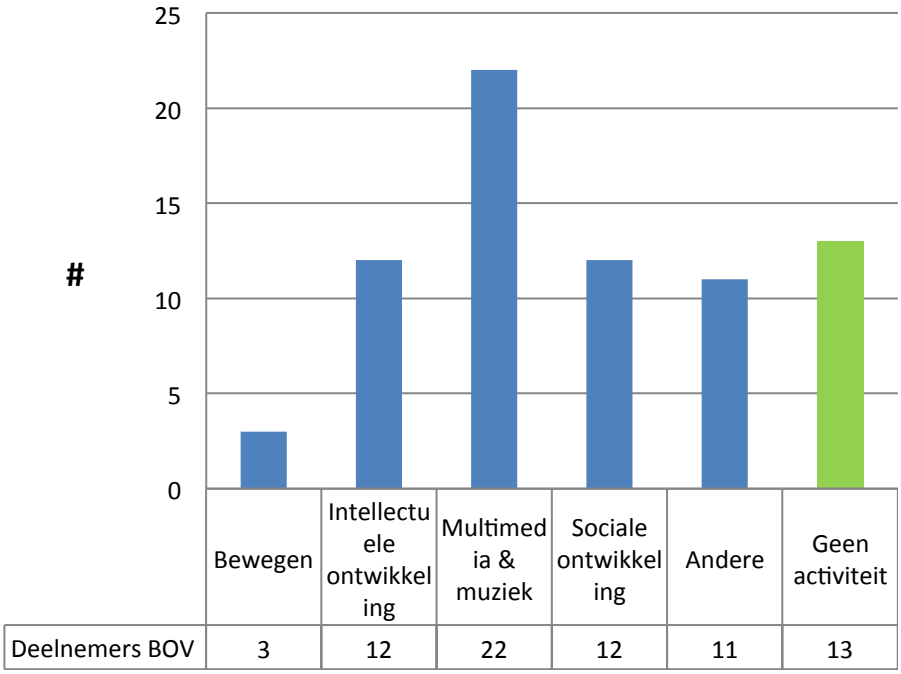


Figuur 10: Beweegactiviteiten voor de start in aantallen (#).

3.2.10. Activiteiten in de vrije tijd

Ondanks dat er 60 activiteiten werden weergegeven heeft niet elke BOV-deelnemer een concrete vrijetijdsbesteding. 13 BOV-deelnemers geven te kennen dat ze geen activiteit hadden tijdens de vrije tijd. De opgegeven activiteiten waren zeer uiteenlopend maar zijn op te delen in de volgende groepen (figuur 11):

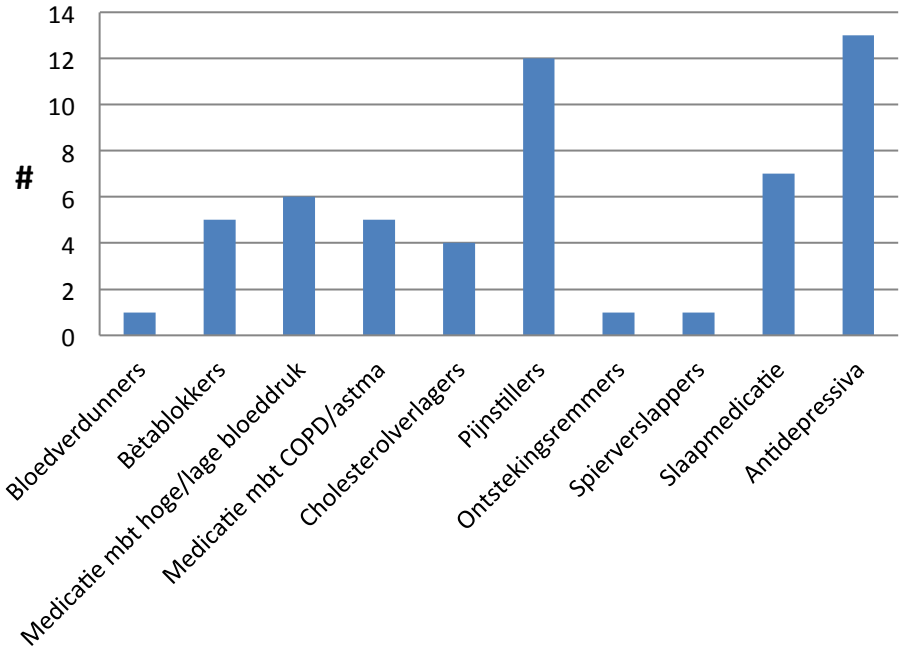
- bewegen: aikido, bewegen
- intellectuele ontwikkeling: cursus, naailes, studeren, Nederlandse les, opleiding, lezen, musea, puzzelboekjes, schaken, schilderen
- multimedia en muziek: PC, TV, film, foto, muziek
- sociale ontwikkeling: buurthuis 't Lampeke, toneel, Inloopcentrum De Meander, op stap gaan, voor zieke vriendin zorgen, VZW De Hulster, coach Buurtvoetbal, vrijwilligerswerk, familie en vrienden bezoeken
- andere: moto, huishouden, rusten, winkelen, sport kijken, mindfulness



Figuur 11: Activiteiten in de vrije tijd van BOV-deelnemers in aantallen (#).

3.2.11. Medicatiegebruik

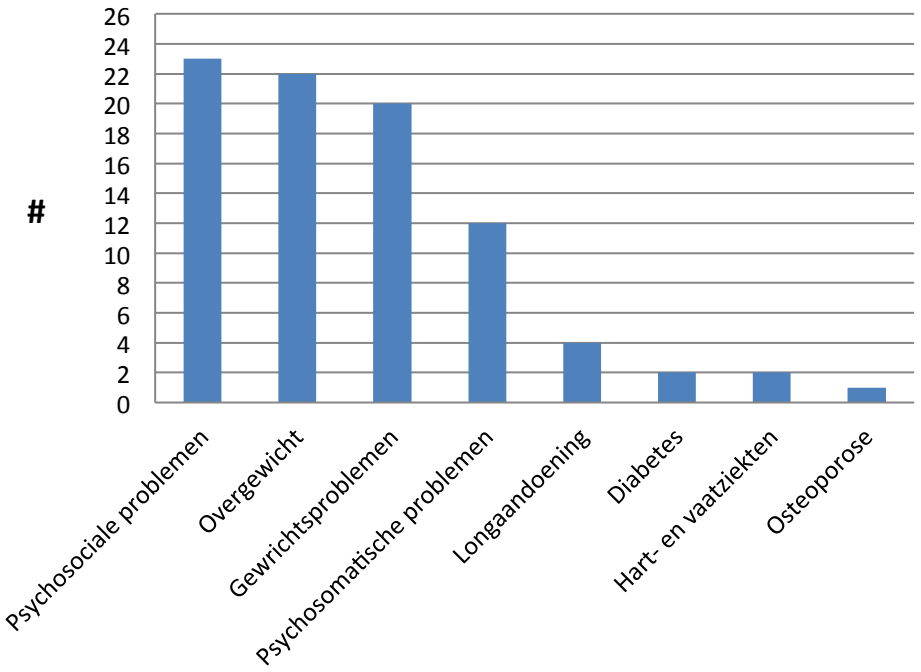
Op het BOV-voorschrift werd door de arts vermeld welke medicatie de BOV-deelnemer op dat ogenblik gebruikte. De drie meest voorgeschreven soorten medicatie waren pijnstillers, slaapmedicatie en antidepressiva (figuur 12). Minst voorgeschreven waren bloedverdunners, ontstekingsremmers en spierverslappers.



Figuur 12: Medicatiegebruik van BOV-deelnemers op moment van voorschrift in aantallen (#).

3.2.12. Reden van doorverwijzing

De artsen gaven op het moment van de doorverwijzing (een) reden(en) op waarvoor de beweging goed zou zijn. De meest voorkomende redenen van doorverwijzing zijn psychosociale problemen, overgewicht en gewrichtsproblemen (figuur 13). Diabetes, hart- en vaatziekten en osteoporose werden zelden aangehaald als reden van verwijzing naar de beweegcoach.

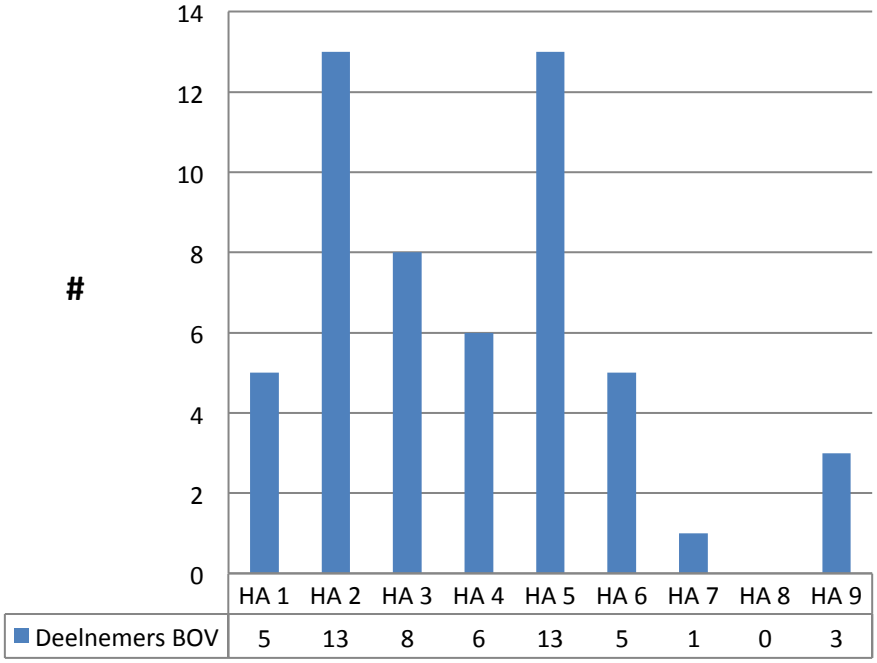


Figuur 13: Reden(en) van doorverwijzing naar beweegcoach in aantallen (#).

3.3. Gezondheidssituatie voor de start van BOV

3.3.1 Hoeveelheid doorverwijzingen per arts

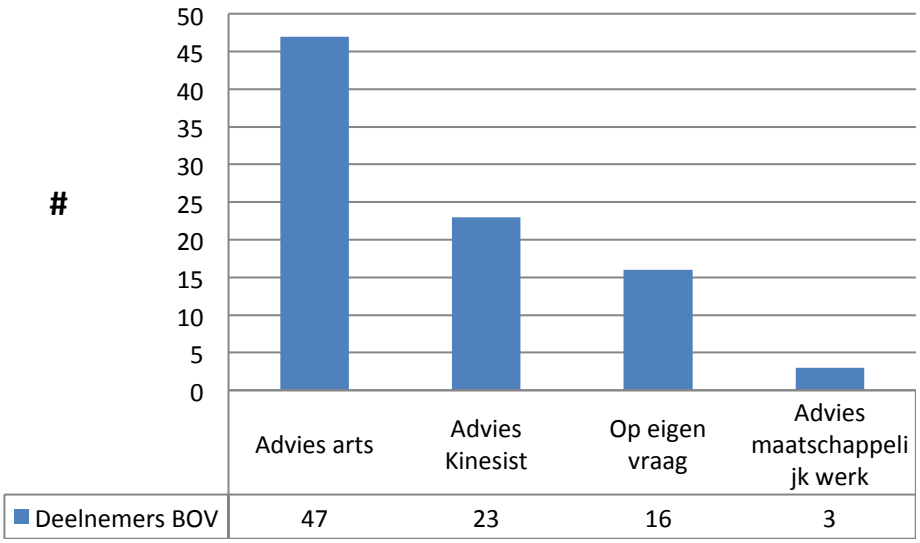
Het aantal doorverwijzingen per huisarts heeft een grote spreiding. Terwijl sommige huisartsen 13 patiënten doorverwezen hebben, zijn er andere huisartsen die één of geen patiënt succesvol hebben doorverwezen naar de beweegcoach (figuur 14). Sommige BOV-deelnemers werden door meerdere artsen doorverwezen naar de beweegcoach vandaar dat er meer dan 49 doorverwijzingen zijn.



Figuur 14: Aantal doorverwijzingen per huisarts (HA) in aantallen (#).

3.3.2. Doorverwijzing door toeleiders

Zo goed als alle BOV-deelnemers zijn doorverwezen op advies van een arts (figuur 15). Maar andere toeleiders hadden ook een aandeel in het doorverwijzen naar de beweegcoach. De kinesisten hebben bijna de helft van de BOV-deelnemers doorverwezen. 16 BOV-deelnemers hebben ook zelf initiatief genomen om toegang te krijgen tot de beweegcoach.



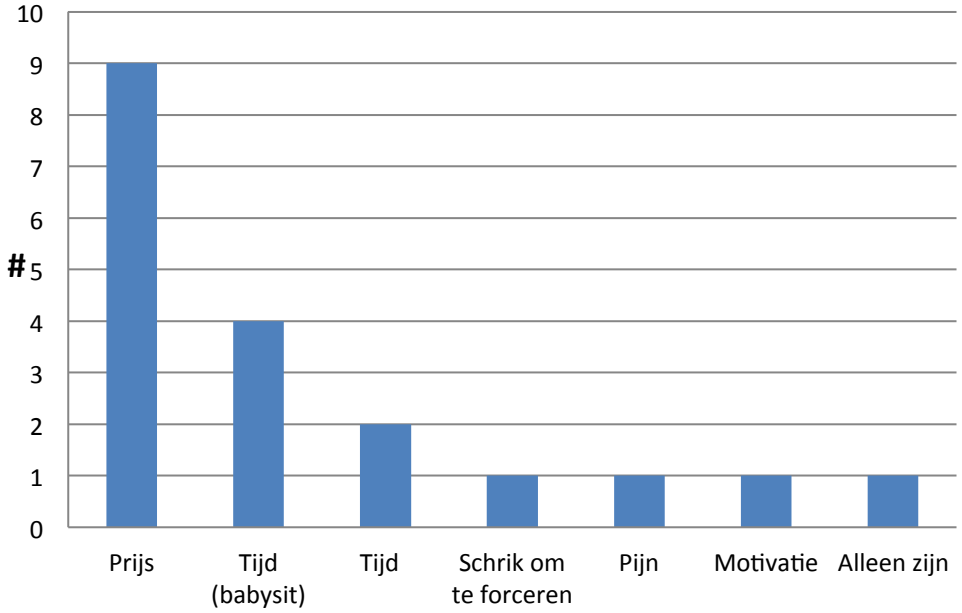
Figuur 15: Doorverwijzing door verschillende toeleiders in aantallen (#).

Hoofdstuk 4 Een veelheid aan drempels

4.1. Ervaringen van de BOV-deelnemers

4.1.1. Grootste drempel om (meer) te bewegen

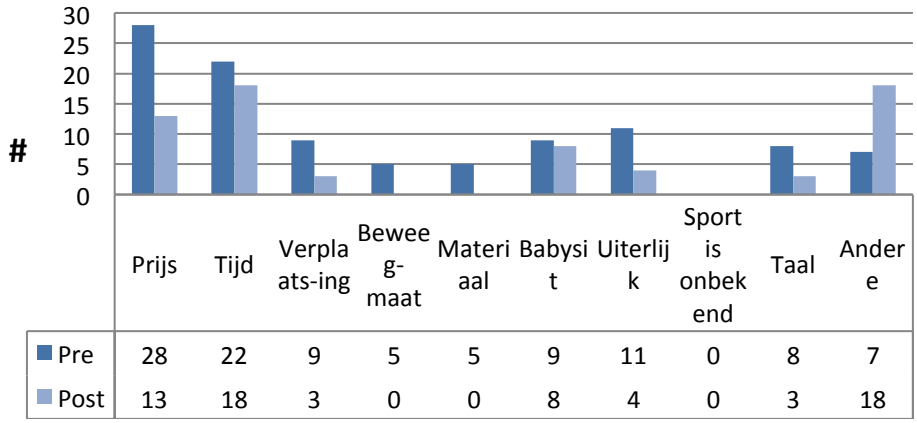
In totaal hebben 20 BOV-deelnemers hun grootste drempel om meer te bewegen uitgesproken alvorens eraan te beginnen. Het meest frequente antwoord is dat bewegen te veel geld kost (figuur 20). De volgende grootste drempel is een gebrek aan tijd. Deze drempel is opgesplitst in twee categorieën. De eerste categorie is een gebrek aan tijd hebben omdat er voor de kinderen moet gezorgd worden. Terwijl de andere categorie een algemeen gebrek aan tijd weergeeft. Volgens de literatuur wordt een gepercipieerd gebrek aan tijd het meest geciteerd als de grootste drempel om fysiek actief te zijn (Biddle & Mutrie, 2008). Dit blijkt ook hier een grote drempel te zijn maar de grootste drempel blijkt toch de prijs te zijn.



Figuur 20: Grootste drempel om (meer) te bewegen in aantallen (#).

4.1.2. Drempels om (meer) te bewegen

Tijdens het intake gesprek bij de BC werd er gepeild naar alle drempels aan de hand van een vraag waarbij mogelijkheden konden aangevinkt worden en eigen inbreng mogelijk was. Tijdens het evaluatiegesprek bij de BC werd opnieuw naar drempels gevraagd maar dan enkel met een open vraag. De resultaten van deze vragen zijn hier weergegeven (figuur 21). Een algemene bevinding is dat er minder drempels zijn na de interventie dan voor de interventie. Enkel de categorie *'andere'* is gestegen. De drempels die onder *'andere'* staan zijn te zien in figuur 22.



Figuur 21: Drempel om (meer) te bewegen voor en na de interventie in aantallen (#).

Pre	Post
De sociale context, onder de mensen komen	Babbel tijdens 'iets drinken na het sporten'
Sociale contacten die mis kunnen lopen	Schaamte omwille van niet werken
Schrik voor kritiek	Bekeken voelen door andere mensen
Publiek douchen	Zich ongemakkelijk voelen bij sporten
Te moe	Weinig zelfvertrouwen
Slecht weer	's morgens niet uit bed geraken
Lang geleden	Vermoeidheid
	Inspanning die het kost
	Slecht weer
	Donkere dagen
	Motivatie (3 keer)
	Lichamelijke beperkingen
	Mentaal en lichamelijk zwak
	Pijn (2 keer)
	Zieke vriendin

Figuur 22: Andere drempels om (meer) te bewegen voor en na de interventie.

4.2. Bevindingen vanuit het participatief traject

Om een toegankelijk beweegproject te ontwikkelen is het noodzakelijk om een grondige analyse te maken van wat maatschappelijk kwetsbare mensen weerhoudt om te bewegen. Het is de informatie uit eerste hand die mee de bouwstenen zijn voor BOV.

Om de informatie voor deze analyse rechtstreeks van deelnemers en andere betrokkenen te verzamelen, kozen we voor een breed palet aan werkvormen die het beweegprogramma flankeerden en garant stonden voor een permanente uitnodiging tot participatie en kritische reflectie- als was deze inherent aan BOV.

De actieve en observerende aanwezigheid van de opbouwwerker aan diverse beweegmomenten, vier geprogrammeerde groepsmomenten, acht diepte-interviews met BOV-deelnemers, gesprekken voor en na, groepsgesprek met lesgevers en coaches, individuele coaching van een vrijwilliger, gesprekken met toeleiders uit buurt- en basiswerkingen, gesprekken met Buurtsportmedewerker en regelmatig overleg beweegcoach-opbouwwerker leverden een schat aan relevante informatie.

Voor zowel de groepsgesprekken als de individuele gesprekken werd gewerkt met zeer gerichte vragen, afgewisseld met diepte-interviews. Met deze manier van doorvragen en antwoorden formuleren raak je aan een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering : mensen kunnen autonoom vanuit een "zelf weten", op basis van opgebouwde inzichten beslissen dat verandering nodig is of niet.

Voor het structureren van onze analyse maken we gebruik van de vijf B's van Bouverne-Debie. In de praktijk worden deze criteria soms tot 7 herleid. Bruikbaarheid, betrouwbaarheid, begrijpbaarheid, bekendheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid. Dergelijke analyse is bij momenten wat artificieel omdat in de praktijk deze criteria overlappen. Bereikbaarheid heeft soms te maken met betaalbaarheid, betrouwbaarheid volgt soms uit bekendheid, etc….

De varianten in de analyse zijn: het protocol met het voorschrift van de huisarts als vertrekpunt, de intense inzet van de beweegcoach, de lesgevers en de toeleiders uit de lokale en bovenlokale netwerking en ondersteuning van de opbouwwerker. Deze maken het BOV tot wat het wil zijn : een lokaal toegankelijk aanbod tot gezond bewegen voor kwetsbare doelgroepen. Ze zijn zo sterk verweven met mekaar in de praktijk, dat ze –bewust- ook niet uit mekaar gehaald zijn. Al deze elementen en sleutelfiguren schuiven als het ware over mekaar heen in de analyse.

4.2.1 Bruikbaarheid

Bruikbaarheid verwijst naar de mate waarin het aanbod bruikbaar is voor de gebruiker, dat wil zeggen de mate waarin het aan de behoeften voldoet en de beoogde verandering van dienst- of hulpverlening gerealiseerd wordt.

De gezondheidsenquêtes laten wat bruikbaarheid betreft sterke verschillen zien tussen laaggeschoolden en hoger opgeleiden. Veel mensen die in armoede leven ervaren immers heel wat moeilijkheden. De dagelijkse

overlevingsstress, de materiële levensomstandigheden en de al dan niet geleerde (basis)vaardigheden zijn maar enkele omgevingsfactoren die aan de bron liggen van deze verschillen. "Verandering realiseren op lange termijn" behoort niet tot het denkveld want de weg er naartoe is niet op maat. Daar wringt het schoentje wellicht. Gezond leven blijkt in praktijk onmogelijk omdat het aanbod niet is afgestemd op de leefwereld van de zwakke gebruiker. Veranderen lijkt niet haalbaar en dus niet aan de orde.[3]

- *Ik ben heel snel afgehaakt bij de cursus Zumba. Ik voelde me daar niet goed op mijn plaats. De andere cursisten in hun perfecte danspakjes en met hun slanke lijn, stonden daar te zweten en te dansen. Ik ben er naartoe gegaan om mensen te leren kennen, maar dat heb ik daar niet gevonden. De lesgeefster zei me ook dat ik best eerst naar de fitness kon gaan om aan mijn conditie te werken. Dat was ook maar niks. Ik werd er op een fiets gezet en er was niemand om tegen te praten. Iedereen deed er maar zijn ding. Ik heb er niemand leren kennen. Ik ben dan maar weggebleven.*

Het enkel hebben over gezond leven zonder oorzaken te begrijpen en waar mogelijk te beïnvloeden, werkt niet. Gezondheidsbevordering bij lage welstandsgroepen blijkt doeltreffender naarmate er meer betrokkenheid is door samen met de mensen een project of een individueel traject uit te werken en expliciet rekening te houden met de achterliggende sociale, materiële en culturele determinanten.[4]

4.2.2. Betrouwbaarheid

Hieronder wordt begrepen de mate waarin de dienstverlener en zijn aanbod als betrouwbaar worden gepercipieerd door de gebruiker. De betrouwbaarheid heeft op haar beurt een invloed op de mate waarin en mentale drempels (zoals angst door vooroordelen) bestaan.

Mensen die leven in bestaansonzekerheid hebben vaak een laag zelfbeeld en zijn bang om er "slechter dan voordien" uit te komen. Men is bang voor het groepsgebeuren en de reacties van anderen, onzeker over de sociale en fysieke effecten, etc...

- *Ik ben geboren met een zekere gevoeligheid. Ik ben in de armoede terechtgekomen. Ik ben extra kwetsbaar en dat besef ik maar al te goed na al die jaren. Ik ben nochtans niet opgegroeid in armoede en kom uit een vrij sterk gezin. Ik heb eigenlijk een nieuwe generatie armen op gang gebracht want mijn kinderen zijn geplaatst hé. En waar kinderen geplaatst zijn, daar denk ik dat armoede begint. Voor mij en de kinderen zijn er veel minder kansen. "Geplaatst kind" is criterium voor armoede. Ik voel een grote leegte vanbinnen.*

[3] Handboek gezondheidspromotie Vigez Lannoo 2007- Bruno Buytaert
[4] Handboek gezondheidspromotie Vigez Lannoo 2007- Bruno Buytaert

4.2.3 Begrijpbaarheid

Dit criterium verwijst naar de mate waarin informatie over het aanbod begrijpelijk is (zodanig dat men als potentiële gebruiker kan inschatten of het aanbod voor hem/haar bestemd is) én de mate waarin er in de dienst- en hulpverlening zelf op begrijpbare wijze gecommuniceerd wordt.

Onduidelijke, dubbelzinnige taal en vakjargon van brieven, folders en brochures maken dat mensen niet begrijpen wat zij er voor zichzelf of hun gezin kunnen uithalen. De schrijftaal van ambtenaren en/of uitgevers van publicaties is een andere dan de gebruikelijke taal van de zwakke gebruiker.

4.2.3.1. Eerste aanblik ontmoedigt

Vaak is de eerste aanblik van een formulier, brief of brochure al ontmoedigend omwille van de veelheid aan tekst die men moet verwerken. Woorden als "naar het loket gaan" en "attesten voorleggen" schrikken af of roepen vragen op.

- *Ik moest voor de sportcheques naar het tofsportloket. Ik ben daar nog nooit geweest. Toen ik er aankwam bleek dat ik een attest nodig had van het ziekenfonds. Dat ben ik dan eerst gaan afhalen op het ziekenfondsloket in 't stad. Daar hebben ze me gezegd dat ze eerst moesten onderzoeken of ik wel recht heb op een omnio-statuut.*

4.2.3.2. Is dit voor mij?

Er is een veelheid aan folders en brochures op de markt. Vaak is de eerste essentiële vraag al héél onduidelijk : is dit aanbod voor mij bestemd ?

- *Om in aanmerking te komen voor sportcheques moet ik bewijzen dat ik een omnio-statuut heb. Ik weet niet zeker of ik dat statuut heb. Men zegt dat ik hiervoor terecht kan bij het ziekenfonds. Maar mijn ziekenfonds is ergens een kantoor in Brussel.*

En waarom weten mensen dat dan niet?

- *Er is een folder van het OCMW waarin ze het hebben over 50€ voor elke Leuvenaar. Via het BOV project heb ik die folder voor het eerst in handen gekregen. Het is me echter niet duidelijk of ik daarvoor in aanmerking kom. Ik ben in budgetbegeleiding bij het OCMW. Waarom heeft mijn begeleidster daar niets over verteld? Moet ik dan alles zelf vragen?*

De informatie wordt als onoverzichtelijk ervaren. Ze is niet transparant.

- *Die sportcheques zijn alleen van tel voor erkende sportclubs. Dat had ik eerst niet goed begrepen. Je moet dus eerst de brochure doorzoeken om te zien of de club waarbij je wil aansluiten wel degelijk in die lijst staat. Kan dat echt niet wat minder omslachtig?*

4.2.3.3. Wat moet ik zelf betalen?

Vaak wordt beschreven in percentages en/of vage termen hoeveel de tussenkomst is.

- *Bij die brief van de sportcheques heb ik zelf berekend hoeveel me nu eigenlijk nog rest zelf te betalen als ik bij de club wil aansluiten. Want er is een maximum hé. Ik ben dan helemaal niet zeker of ik wel juist gerekend heb. Dus moet ik dat ook weer gaan vragen op dat loket. Dan pas kan ik*

beslissingen nemen. Dat neemt allemaal veel tijd, gevraag en geloop in beslag. Komt daar nog eens bij dat ik dan zelf een papier moet gaan afgeven aan de club waarmee zij dan weer aan 't stad hun deel kunnen innen van mijn lidgeld. Ondertussen durf ik niet beloven aan mijn zoon dat het in orde komt.

4.2.4. Bekendheid

Aansluitend bij 'begrijpbaarheid' is 'bekendheid' een belangrijk criterium. De mate waarin het aanbod bekend is bij de beoogde doelgroep is essentieel voor de toegankelijkheid.

Gezond bewegen is bij vele mensen een onbekend gegeven. Mensen denken vaak als eerste aan sportbeoefening of competitie. Bovendien is het lokale aanbod zelf vaak niet gekend.

4.2.5. Bereikbaarheid

Bereikbaarheid duidt op de mate waarin het aanbod fysiek, ruimtelijk en in de tijd toegankelijk is.

Inherent aan de problematiek van maatschappelijke kwetsbaarheid is dat mensen minder mobiel zijn dan de gemiddelde burger. Financieel zijn zij beperkt en hebben dus meestal geen auto. Het openbaar vervoer is dan wel gratis, maar heeft dan weer de beperking in de 'organisatie' : bussen stoppen aan "haltes" en rijden op vooraf vastgelegde tijdstippen. Het is ook niet altijd evident om als zwakke burger de weg te vinden in een sportcomplex. Wat nog vaker over het hoofd gezien wordt door de organisatoren van beweegactiviteiten is dat mensen vaak een vrij gevulde agenda hebben in het hulpverleningstraject. Er zijn de afspraken met de sociaal assistente van het OCMW , met het ziekenfonds, met een begeleider van het CAW, er zijn de engagementen in het buurthuis, er is een afspraak bij de specialist, men is afhankelijk van gezinshulp …

4.2.6. Beschikbaarheid

Verwijst naar de mate waarin het aanbod gemakkelijk beschikbaar is en waarin er drempels zijn zoals wachtlijsten en administratieve drempels. Het verwijst ook naar de mate waarin men inspanningen doet om de vraag te ontrafelen en ook latente vragen aan bod kunnen komen.

In deze is gebleken dat de administratieve drempels er vooral in bestaan dat mensen klagen over de wijze waarop financiële tussenkomsten op het reguliere aanbod georganiseerd zijn. Een andere drempel die werd aangegeven is dat de betaalbare(gratis) buurtsport een heel beperkt aanbod heeft. Nog een drempel die naar boven kwam bij jonge moeders : wij hebben geen netwerk en/of middelen om onze jonge kinderen op te vangen als wij willen sporten.

4.2.7. Betaalbaarheid

Heeft betrekking op de vraag in hoeverre de prijs van het aanbod een drempel vormt. Soms wordt dit criterium ruim geïnterpreteerd en wordt niet alleen de financiële kostprijs in rekening genomen maar ook de 'psychologische' kostprijs of de inspanning die de gebruiker moet leveren om van het aanbod te genieten.

Helemaal vooraan in de rij wordt door alle deelnemers de onbetaalbaarheid van gezond bewegen aangehaald. Het reguliere sport en beweegcircuit is onbetaalbaar voor ons, weerklinkt- tijdens de gesprekken.

Daarenboven speelt het Mattheüseffect een rol. Het is actueler dan je denkt. Financiële maatregelen om vrijetijdsparticipatie toegankelijker te maken worden grotendeels door de middengroepen gebruikt. Dit werd ook reeds uitvoerig aangehaald bij het criterium 'begrijpbaarheid'. Want betaalbaarheid en financiële maatregelen beginnen bij 'op de hoogte zijn van'…

Voor jonge moeders is er dan weer de drempel om de kinderopvang te betalen terwijl zij willen gaan bewegen. In mijn samenvatting kom ik daar nog op terug.

4.3. Hoe BOV daarop antwoorden wil formuleren

4.3.1 Bruikbaarheid

Met het participatieproces van BOV hebben we alvast begrepen dat het aanbod bruikbaar kan gemaakt worden door het samen uit te bouwen met de gebruikers. Door systematisch signalen een plaats te geven in de ontwikkeling van het project maken we het tot een bruikbaar project.

Hieronder som ik een aantal 'tools' op waarover de gebruikers duidelijk positieve feedback geven.

4.3.1.1. Het voorschrift van de huisarts

Met stimuli van het voorschrift van de arts of stimuli van doorverwijzers (z.a. basiswerkers) is er een concreet beginpunt. De vraag "hoe en waar begin ik eraan" stelt zich niet.

- *Ik wil eigenlijk al lang de stap zetten om meer te bewegen. Mijn huisarts en de kinesist hebben het me al vaker gezegd. En ik geloofde dat wel. Maar met het voorschrift in mijn handen is dat toch anders.*

4.3.1.2. Het intakegesprek met de coach

Door de intake wordt de weekagenda samen met de coach bekeken : er is minder kans op een dubbele boeking van andere activiteiten en afspraken of een overbelasting van de agenda. Door dit intakegesprek is het aanbod duidelijk en niet overrompelend omdat het persoonlijk wordt uitgelegd (in tegenstelling tot folders en brochures met jaaroverzichten en verwijzingen naar ongekende maatregelen zoals sportcheques).

- *We worden geactiveerd tijdens dat eerste gesprek om na te denken over wat we willen doen. Zo heb ik ook de Buurtsport ontdekt. Ik wist niet dat die bestond.*

4.3.1.3. De sociale contacten voor en na

Vele deelnemers koesteren "sociale" verwachtingen. Zij willen niet sporten om de sport, maar willen meer sociale kontakten inbouwen in hun leven. Voor sommigen loopt dit proces bewust, voor anderen zijn dit onbewuste drijfveren. De beweegmomenten bij BOV worden gebruikt om sociale isolatie te doorbreken of te voorkomen.

- *Voor en na de activiteiten is het fijn om met mekaar te praten. Ik merk ook dat anderen veel problemen hebben. Het zijn momenten waarop we kunnen luisteren naar mekaar. Bij BOV ontmoet je mensen die vooruit willen. Actie. Dat trekt me aan. Ik ben vroeger wel eens langs geweest waar men mensen met problemen onthaalt. Maar op die plaatsen leek het leven wel stil te staan. Dat gaat me niet af.*

Lesgevers met gevoel voor de sociale noden zijn in die zin een sterke meerwaarde in het geheel.

- *Als lesgever heb ik er helemaal geen moeite mee dat mensen me gaandeweg ook iets over zichzelf toevertrouwen.*

4.3.1.4. Bewegen is plezierig

Gezond bewegen is hoe dan ook voor velen van de doelgroep de grote onbekende en wordt vaak geassocieerd met "lastig". Als BOV nastreeft dat mensen volhouden en blijvend gebruik maken van het aanbod, dan moet de factor "plezier" concreet worden. Belasting is er al genoeg in het dagelijkse (over)leven.

- *Ik wist niet dat sporten zo plezant kon zijn. Ik dacht altijd als men me zei dat ik meer moet sporten: da's zweten hé. Maar nu voel ik dat mijn hoofd leeggemaakt wordt als ik aan het sporten ben.*

Zelfs de locatie waar je samenkomt kan mee de beleving bepalen. Vaak komen deelnemers uit minder kwaliteitsvolle woningen en dan doet een comfortabele locatie deugd.

- *Het yoga-lokaal is een heel gezellig lokaal. Ik geniet ook van die mooie plek.*

4.3.1.5. Bewegen is maar één aspect van gezonde leefstijl

Tijdens beweegmomenten openheid creëren om linken te leggen naar andere aspecten van gezonde leefstijl maakt dat het moment van bewegen heel nuttig is voor mensen. Mits wat creativiteit van de lesgever en openheid voor wat deelnemers mekaar vertellen wordt via de beweeglessen 'méér' meegegeven. Voor sommigen betekent dit een soort inhaalbeweging op vlak van basiscompetenties.

- *Tijdens de fun-fit leerde ik van de lesgever dat we allemaal onze "happy point" hebben. Dit punt zichtbaar houden voor anderen betekent dat we rechtop lopen: niet voorover gebogen zoals depressieve mensen vaak doen. Ik heb daar begrepen dat ik meer licht en meer mensen zie als ik naar omhoog kijk en mijn schouders rechtop houdt.*

Een goede lesgever heeft ook oog voor andere aspecten dan "bewegen". Hij/zij zelf kunnen bron zijn van nuttige informatie over gezonde leefstijl.

- *Dat je wakker wordt met een stijve nek, wijst vaak op meer dan alleen maar een verkeerde lichaamshouding. Het wijst op ontsteking, verzuring van het lichaam. En dat kan je verhelpen door je eetgewoontes wat te veranderen. Koffie, suiker, vlees en tomaten zijn niet goed. Veel groene groenten eten helpt en bijvoorbeeld een heel goedkoop middel is brandnetelsoep.*

Of er kan openheid gecreëerd worden in de groep om kennis en ervaring van andere deelnemers aan bod te laten komen. De tijd die een lesgever investeert in deze randgebeurtenissen zorgen voor een bijzonder neveneffect :mensen wagen het om mekaar advies te geven.

- *Wat ook helpt tegen stress is lachen. Maak plezier met je kinderen of met een vriendin.*

4.3.1.6. Tussentijdse evaluatie

Het gesprek met de beweegcoach zorgt dat mensen het gevoel krijgen "goed bezig te zijn". Er is iemand die benadrukt dat er vorderingen gemaakt worden. Hoe klein die ook zijn, ze worden benoemd en krijgen een plaats in het geheel.

- *Bij het zwemmen heb ik eerst mijn schaamte moeten overwinnen van mijn litteken. Ik zei bij de intake en ook lang daarna hiel ik vol : "in het zwembad krijg je me niet". Daarna heb ik ondervonden dat ik op korte tijd veel technischer geworden ben in mijn zwemmen.*

Uit onderzoek blijkt dit één van de belangrijkste determinanten : het gevoel van 'dit gaat me wel lukken'. Het zelfvertrouwen vergroot door kleine stappen te erkennen. Dat is ook waar veel deelnemers naar hunkeren : ze willen zichtbaar effect.

- *De wandelingen gaan steeds vlotter. Elke keer als ik samen ga wandelen met J. doen we er een paar straten bij.*

4.3.2. Betrouwbaarheid

4.3.2.1. Recreatief karakter

Er zijn verschillende elementen die bij kwetsbare groepen het gevoel van nabijheid en het nodige vertrouwen kunnen versterken. Via sociaal contact de kans geven om elkaar te leren kennen is al een basisvoorwaarde.

- *Hier hoeven we niet bang te zijn voor de stress van prestatie. In de gewone clubs liggen de verwachtingen veel te hoog voor mij. Ik ben bang voor de druk die uitgaat van competitieve sportclubs.*

4.3.2.2. Netwerking

Contact is ook pas mogelijk als het beeld van de organisatie waarmee je geassocieerd wordt, doorzichtig en duidelijk is en vooral ook vrij van vooroordelen die bij de doelgroep kunnen leven. Maar ook gebruik maken van de bestaande sociale netwerken tussen de mensen werkt. De vertrouwde omgeving en gekende gezichten werken immers geruststellend.

- *Ik had allang goesting om naar de Bruul te komen voor de beweeglessen. Het is dankzij de aanwezigheid van iemand anders van De Meander dat ik ook begonnen ben.*

4.3.2.3. Ijsbrekers inbouwen

Soms gaat het over een angst voor het kleine onbekende. Gesteund door de omgeving kunnen mensen in een fase van 'overweegt actie' geraken. Overtuigen door te informeren en te faciliteren is hier de boodschap.

- *Als beweegcoach ben ik de eerste keer meegegaan naar het zwembad. Dat volstaat bij sommige mensen om toe te leiden. Want bij sommige deelnemers gaat het over praktische onbekenden die hen tegenhouden. Ze weten niet hoe het omkleden verloopt, waar je met je kledij blijft in een zwembad… Samen die eerste keer is soms hard nodig en voldoende om mensen te laten beginnen.*

4.3.2.4. Veilig bewegen

Mensen uit lagere sociaal economische klasse met lichamelijke en/of psychische klachten hebben vaak ook een onzeker gevoel bij wat fysiek verantwoord is voor hun eigen lijf. De zekerheid dat hun eigen huisarts erachter staat is belangrijk.

- *Mijn huisarts kent mij en weet dat ik soms te ver ga in het sporten. Het geeft me een goed gevoel dat Femke (BC) op de hoogte is van wat mijn medische problemen zijn en dat zij me helpt om mijn grenzen te stellen.*

4.3.2.5. Veilige groep

Het BOV project voorziet in een tweetal eigen 'BOV-groepen' waar mensen geleidelijk aan vertrouwen kunnen herwinnen in een groepsproces. Deze groepen zijn geleid door de beweegcoach, of er is de aanwezigheid van de vertrouwde opbouwwerker. Ze fungeren in die zin ook wel als "ijsbrekers" (2.2.3) om in het gewone groepsleven te stappen.

- *In de aqua-gym van BOV heb ik mijn schaamte overwonnen voor mijn litteken. Het was omdat ik deze groep mensen een half jaar had meegemaakt in de wekelijkse fun-fit lessen dat ik me veilig genoeg voelde. Als ik deze tussenstap niet had kunnen zetten, dan was ik wellicht niet bij de zwemclub geraakt.*

4.3.2.6. Veilige lesgevers

De lesgevers die met het BOV project werken zijn ingelicht over het opzet van het project. Zij weten dat het concept bedoeld is om mensen in bestaansonzekerheid kansen te geven op gezond bewegen.

- *Ik was geneigd om af te haken op de yoga omdat ik niet het gevoel had dat het 'matchte' met de lesgeefster. Maar na de tweede les heb ik een babbel gehad met haar en ik was gerustgesteld en verrast over haar openheid. Zij heeft me op een moment in dat gesprek aangegeven dat ze "het ook niet altijd goed weet". Het feit dat zij zich kwetsbaar durfde opstellen en zichzelf in vraag durfde stellen heeft voor mij veel betekend. Menselijkheid noem ik dat. Ik ben dus teruggekomen.*

- *De lesgever doet het goed. Ik heb al veel geleerd. En hij werkt op het gepaste tempo. Maar ik ben toch gestopt toen de lesgever in de les een*

grap maakte over psychiatrische patiënten. Die grap was voor mij kwetsend.

4.3.2.7. Veilige communicatie

De huisarts en de beweegcoach zijn twee individuen waar de deelnemer in alle vertrouwen naartoe kan. Zij hebben hun beroepsgeheim en kunnen op die manier de onveiligheden 'signaleren' naar lesgevers.

M. was op een zeker moment bijna afgehaakt op de beweegles met de BOV groep omdat ze het gevoel kreeg in de gesprekken voor en na de lessen dat sommigen heel open over hun problemen praatten en er ook geen last van hadden dat er "over hen" gepraat werd bij een uitval en opname. Zij dacht dat het normale gang van zaken zou worden dat ook zij onderwerp van gesprek zou worden. Haar arts heeft haar de garantie gegeven dat ze (arts) de opbouwwerker en lesgever zou aansporen om zorg te dragen voor de nodige discretie.

4.3.3 Begrijpbaarheid

4.3.3.1. Leescomité's uit de doelgroep inschakelen

Om zekerheid te hebben over de leesbaarheid van een folder kan je iemand om feedback vragen die thuis is in de leefwereld van de doelgroep.

In de folder van BOV staan geen moeilijke woorden en de foto's tonen mensen die aansluiten bij ons eigen leven. Er staan geen hyperslanke modellen met modieuze turnpakjes afgebeeld. De kostprijs is duidelijk en er staat een contactpersoon op.

Daarenboven kan je enkele mensen samenbrengen uit de doelgroep zelf om het ontwerp van de folder kritisch door te nemen vooraleer deze gepubliceerd wordt.

Het was heel efficiënt werken om in groep met uitgekozen vragen de folders op leesbaarheid te onderzoeken. Doordat we de juiste vraagmethode gebruikten, konden mensen heel gericht antwoord geven en konden we de juiste aanpassingen adviseren.

4.3.3.2. Menselijke uitleg

Het intakegesprek bij BOV is een belangrijke en onmisbare fase in het project omdat er onmiddellijke feedback mogelijk is.

Tijdens dat eerste gesprek is het me duidelijk geworden waar ik kon uit kiezen. We hebben samen overlopen wat ik zou kunnen gaan doen. Ik kreeg daarenboven ook nog een overzicht mee van de activiteiten die voor mij goed zouden zijn.

Ook de bewuste keuze om geregeld in dialoog te gaan met de groep van deelnemers draagt bij tot het verstaanbaar maken van bepaalde maatregelen en/of afspraken.

Toen we samen zijn gaan zitten met de lesgever en de groep deelnemers werd duidelijk voor de lesgever en de mensen zelf hoe we de lessen konden betaalbaar houden voor alle partijen. De afspraken waren op het einde van

het groepsgesprek heel duidelijk voor iedereen en ze waren er gekomen in samenspraak met de deelnemers.

4.3.3.3. Individuele coaching

De opvolging en communicatie met de coach bij BOV zorgt ervoor dat de deelnemer weet wat hij zelf moet betalen. In samenspraak met de deelnemer wordt bekeken wat hij/zij financieel kan opbrengen voor het beweegtraject. De coach is tussenpersoon tussen vrijetijdsparticipatiefonds en club. De deelnemer betaalt enkel de opleg. De beweegcoach kent de weg die men moet doorlopen voor sportcheques en staat in nauwe relatie met de verantwoordelijke ambtenaar. Dit maakt dat de beweegcoach kan terugvallen op informatie uit eerste hand.

- *Femke heeft me uitgelegd waar ik naartoe moest om een sportcheque te gaan afhalen. Ik ben dus eerst naar het loket van de mutualiteiten geweest. Daarna kreeg ik een papier mee op het tofsportloket waarmee Femke dan mijn tussenkomst heeft kunnen regelen.*

4.3.4. Bekendheid

4.3.4.1. Investeren ten velde.

Het feit ook dat veel informatie verspreid wordt via "organisaties" en/of "verenigingen" maakt dat geïsoleerde mensen geen weet hebben van projecten en/of activiteiten. Er moet gezocht worden op manieren om mensen te enthousiasmeren die niet regelmatig langskomen op buurtactiviteiten.

- *Als je met het BOV project mikt op de zwaksten, zorg dan dat je ook de "losse flodders" bereikt. Want wie in een buurthuis of een vereniging komt, die vindt veelal de weg naar deze projecten. Maar bij veel van onze leefloontrekkers die bij het OCMW aankloppen zien wij dat zij niet bij zo'n werking komen of er geen aansluiting vinden. Deze mensen zien het aanbod nergens.* (OCMW-medewerker)

Af en toe kan je een moment "prikken" waarbij je een promotiestunt organiseert – dichtbij de mensen.

- *Op die ene dag in oktober in het Bruulpark was er veel volk bijeen en heb ik de tai-chi-leraar leren kennen. Ik vond het heel goed dat we toen gratis hebben kunnen uitproberen en daar ben ik ook te weten gekomen dat er elke donderdag gratis tai-chi is.*

4.3.4.2. Actief informeren

Sommige maatregelen worden enkel ter beschikking gesteld op organisatieniveau. De welzijnswerkers zijn op de hoogte en zorgen voor de verdeling van middelen. De mensen zelf hebben vaak geen weet van deze middelen of hoe deze verdeeld worden.

- *Mijn zoon heeft altijd willen voetballen bij de club. Ik kon het lidgeld en zo niet betalen dus heb ik hem die kans niet kunnen geven. Nu heb ik ontdekt dat er sportcheques bestaan. Voor de voetbalclub is hij ondertussen te groot. Maar ik kan nu wel kijken of hij iets anders hiermee kan doen. Jammer dat ik dat toen niet wist. Ze zouden daar meer over kunnen vertellen in het buurthuis.*

Ook in dialoog met basiswerkers komen ideeën naar boven om te reflecteren over bijv. de manier waarop middelen voor vrijetijdsparticipatie verdeeld worden.

- *Als buurtwerker met mijn team nemen wij de eindorganisatie op en de middelen vanuit het vrijetijdsparticipatiefonds worden op die manier verdeeld in onze werking. Ik weet niet of er meer individuele autonomie mogelijk is hierin?*

4.3.4.3. Oog hebben voor gezondheidswerk in het welzijnswerk

Maatschappelijk werkers en buurtwerkers hebben andere prioriteiten te bespreken als ze met maatschappelijk kwetsbare mensen in gesprek gaan. De precaire noodsituatie van vele mensen maakt dat werken rond "Gezonde leefstijl" naar het achterplan schuift. "Gezonde leefstijl" faciliteren zou nochtans een meer vanzelfsprekend gegeven kunnen worden in een hulpverleningstraject.

- *Mensen hebben zoveel overlevingsvragen en vrijetijdsparticipatie is bij ons geen agendapunt. We hebben teveel werk om ook daar nog eens van alles over te weten.*

- *Ik weet het eerlijk gezegd niet: wat de juiste voorwaarden zijn om een sportcheque te krijgen, of om 50 euro toe te kennen. Ik weet ook niet wat het concrete aanbod is van Buurtsport.*

4.3.4.4. Tijd maken voor gezondheidswerk

Als welzijnswerkers willen investeren in het aansporen tot vrijetijdsparticipatie merken zij dat dit aanbod voor mensen zodanig onbekend is dat "meegaan" bijna voorwaarde is om het startschot te geven en het vol te houden. Daar moeten tijd of mensen voor vrijgemaakt worden.

- *Ik kan het als buurtwerker niet maken om een hele namiddag afwezig te zijn met één of enkele bezoekers. Als ik niet meega, dan vertrekken zij niet. Het is onbekend terrein.*

4.3.4.5. Gezondheid is meer dan medicatie

Gezondheidswerkers kunnen een cruciale rol spelen in het bekend maken van een beweegaanbod door kwetsbare patiënten er actief naar toe te leiden. Zij kunnen via het voorschrift van BOV de eerste stap zijn naar een "onbekend" beweegaanbod.

- *Voordat ik het BOV-project kende dacht ik bij bewegen altijd aan competitie. Toen ik jong was heb ik in een provinciale ploeg gespeeld. Die soort sport zie ik al lang niet meer zitten. Ik kan via BOV nu kennis maken met andere vormen van beweging die voor mij nu wel haalbaar zijn.*

Via de beweegcoach krijgen mensen dan zicht op wat dat aanbod kan zijn èn hoe het in hun buurt georganiseerd is.

- *Ik wist voordien niet wat gezond bewegen was. Als kind werd ik altijd thuis aan het werk gezet. Ik moest helpen op het erf of in de tuin. Er was geen tijd voor huiswerk of ontspanning. Ik heb nooit geleerd dat dit soort plezier bestaat.*

4.3.5. Bereikbaarheid

4.3.5.1. De locatie

De locatie is best gelegen vlakbij een bushalte en makkelijk te vinden (eenvoud van adres). Nog beter is om een locatie te kiezen die gekend is of ervoor zorgen dat mensen hun weg kunnen vinden .

Het was maar goed dat ik er al eens was geweest voor de dansles. Nu weet ik het gemakkelijk te vinden en als we daar samenkomen voor de yoga : dat is ideaal want daar is vlakbij een bushalte war heel frequent bussen stoppen.

Locatie en fysieke toeleiding zorgvuldig overwegen door vb. gsm-nummers van groepswerker en/of lesgever door te geven.

Ik had gelukkig het gsm nummer van Patricia bij me. Ik was gewoon verdwaald en in paniek vond ik niet meer de juiste deur. Patricia heeft me gerustgesteld en het gsm nummer gegeven van de lesgever. Die heeft me dan in het gebouw gezocht.

4.3.5.2. Omgaan met tijd

In de begeleiding van de deelnemers is gebleken dat we best goed afwegen met hen op welke tijdstippen zij vrij zijn. Het is in deze ook belangrijk gebleken om deelnemers te stimuleren om hun activiteiten en agenda te durven hertekenen en hen daar voor concrete tips rond te geven.

H*et was echt nodig om mij verschillende keren aan te moedigen om bij de gezinshelpster duidelijk te maken dat ik op dinsdag naar de dansles wil. De tip van P om aan te geven dat ik voor mijn gezondheid, op voorschrift van de huisarts meer moet bewegen heeft gewerkt. Het heeft lang geduurd, maar ik heb uiteindelijk de telefoon opgepakt en dit gemeld aan de verantwoordelijke : dat er op dinsdag geen gezinshulp kan langskomen- dan ga ik dansen.*

4.3.5.3. Fysieke toegankelijkheid

Het lokaal van De Bruul is makkelijk bereikbaar. Voor wie te voet of met de bus wil komen, maar ook voor mij met mijn brommertje : ik hoef niet ver te rijden(belangrijk in de winter) en ik kan mijn brommertje probleemloos parkeren, vlakbij de deur.

4.3.6. Beschikbaarheid

4.3.6.1. Menselijkheid

Mensen als tussenschakel binnenbrengen in de administratieve verplichtingen (zie begrijpbaarheid) wordt aangegeven als zeer waardevol.

4.3.6.2. Verkennend in gesprek gaan en het netwerk uitbreiden

Door in gesprek te gaan met deelnemers kom je te weten welke activiteiten zij missen in het bestaande aanbod. Met deze informatie naar de organisatoren stappen (o.a. Buurtsportmedewerker) maakt dat het aanbod kan bekeken worden in zijn haalbaarheid.

Actief op zoek gaan naar nieuwe geschikte partners en actoren maakt dat het aanbod kan bijgestuurd en aangevuld worden.

Het feit dat we met Buurtsport van bij het begin zijn gaan zoeken naar een stevige samenwerking heeft vele deuren geopend.

4.3.6.3. Opsporen van mogelijke tussenkomsten

Ook het actief opsporen van financiële maatregelen en mogelijke tussenkomsten verhoogt de beschikbaarheid van het aanbod.

De aansluiting bij de werkgroep vrijetijdsparticipatie heeft gemaakt dat we een kijk hebben op hoe deze middelen in Leuven verdeeld worden. Het zorgt ervoor dat je als project een plaats verwerft tussen andere toeleiders, maar het zorgt tevens voor een plaats waar je uitwisselt over beschikbaarheid.

4.3.7. Betaalbaarheid

4.3.7.1. De juiste outfit

Dat sport en vrijetijd als onbetaalbaar wordt benoemd heeft o.a. te maken met de outfit die erbij hoort. Bewegen wordt stukken betaalbaarder als je het misverstand doorprikt dat daarvoor de perfecte outfit een must is.

Bij de activiteiten met BOV of buurtsport hoef ik me geen zorgen te maken over mijn kledij. Ik merk dat anderen ook geen speciale schoenen of strakke pakjes aantrekken. Dat stelt me gerust.

4.3.7.2. Extra kostenbesparende maatregelen treffen

Het is eigenlijk bijzonder handig dat ik op een BOV-T-shirt gekregen heb en dat die gewassen wordt als je dat wenst. Ik heb thuis geen wasmachine. Als ik zweet tijdens de dansles, dan is het handig om weten dat ik die T-shirt krijg en niet zelf hoef te wassen.

4.3.7.3. Lesgevers kennen de financiële beperkingen van mensen en stellen hen gerust

Je hoeft voor de zwemles bij mij zelfs geen badpak te kopen. Vele vrouwen komen zwemmen met een shortje en T-shirt.

4.3.7.4. Bestaande financiële tegemoetkomingen kenbaar maken

We zijn na wat zoekwerk uitgekomen op een tegemoetkoming voor vrijetijdsparticipatie, welke het OCMW van Leuven uitkeert aan mensen met een beperkt inkomen. M heeft uiteindelijk 50 € teruggekregen voor de aankoop van haar badpak. Ze moest het wel eerst voorschieten. Dat was ook niet gemakkelijk want ze zat op dat moment krap bij kas. Ik vond het zo belangrijk dat ze kon gaan zwemmen dat ik het haar heb geleend. Toen ze haar betaalbewijs op het OCMW toonde hebben ze haar terugbetaald.

4.3.7.5. Dynamisch zoeken naar beschikbare partners die financieel faciliteren

Het is goed als een partner als CM mee helpt financieren. Die 10 € voor de yogalessen was net wat ik zag zitten. Yoga is anders voor mij onbetaalbaar.

4.3.7.6. Vermijden van voorafbetalingen

Vooraf betalen voor een reeks vind ik moeilijk. Er gebeurt vaak zo acuut iets in ons leven dat we niet anders kunnen dan afhaken op dat moment. Het

geeft geen goed gevoel te moeten afhaken op een "reeks" die we al betaalden, en ook niet leuk is dat we dan onze centen kwijt zijn. Eigenlijk zou er voor BOV een lokaal moeten zijn waar je op enkele vaste momenten in de week kan gaan bewegen of kan inschrijven op korte termijn voor leuke ontspannende beweegactiviteiten. Zo zou je kunnen per keer betalen. Dat maakt het veel toegankelijker.

4.3.7.7. Prefinancieren hoeft niet

Als je aan mensen eerst vraagt om het abonnement te betalen en dan enkele maanden later met een tegemoetkoming afkomt, dan zal je financiële drempel nauwelijks verlaagd zijn. Hiermee creëer je geen financiële stimulans. Mensen die leven in bestaansonzekerheid hebben vaak geen extra's die ze kunnen voorschieten. Of ze willen deze extra's achter de hand houden voor meer levensnoodzakelijke uitgaven.

- *Ik mag er niet aan denken dat ik tegen het einde van de maand niet meer naar de apotheek zou kunnen als mijn zoontje een oorontsteking krijgt.*

4.3.8. Aandacht voor het relationele staat mee borg voor kwaliteit: de rode draad

Met BOV willen we de hardnekkigheid van 'preventie die toch niet werkt' doorprikken. Wat zijn die onmisbare ingrediënten waarmee we blijvende verandering teweeg brengen in het leven van mensen?

4.3.8.1. Offensieve preventie

Kiezen voor een offensieve preventie is afstand nemen van "opvoeden en "opdringen". Dit betekent onder meer vertrekken vanuit het gegeven dat mensen (verborgen) competenties hebben en/of eigen keuzes willen maken.

Investeren in informeren is daarbij een eerste noodzakelijk voorwaarde, vanuit de overtuiging dat kansen op gezond leven anders ongelijk verdeeld blijven. Prof. Lieven Annemans vindt dat "we patiënten ook als burgers moeten gaan zien. Op middellange termijn kunnen mensen vooral veel doen door zich een gezondere levensstijl aan te meten. Dat sluit natuurlijk aan bij preventie – mensen moeten weten wat een gezonde levensstijl is."

Samenwerking over sectoren heen is een tweede noodzakelijke voorwaarde. Bij BOV zien we dat de huisarts de coach van de patiënt kan worden. Prof. Lieven Annemans meent dat "een zwak punt in onze gezondheidszorg is: de afstemming van de tweedelijnszorg, de specialisatie, op de eerstelijnswerkers zoals huisartsen, kinesisten en thuisverpleegkundigen. We pleiten voor meer coördinatie…"[5] Informeren dus. Niet alleen over wat een gezonde levensstijl is. Maar ook waar kansen zijn voor verandering. Met informatie en samenwerking kan je al eerst de deur openen naar deze kansen .

- *Tijdens de rookstopcampagne van 31 mei ben ik in een toevallig gesprek te weten gekomen dat er zoiets als "tabacologen" bestaat. Tot dat moment was ik helemaal niet geïnteresseerd in een rookstop. Ik dacht er niet aan om dit zelfs in overweging te nemen. Maar toen Patricia het woord "tabacoloog" liet vallen tijdens een babbel, heb ik gevraagd naar uitleg. Ik*

[5] Knack 23 feb 2011 Het gezondheidszorgbeleid : welke uitdagingen staan ons te wachten?

wist echt niet dat er mensen bestonden die zich bezighouden met het ondersteunen van rokers die willen stoppen.

4.3.8.2. Focus op drie psychologische basisbehoeften

In het kader van preventieve gezondheidszorg is het dus aangewezen dat de patiënt autonoom gemotiveerd is en blijft. De vraag wordt dan hoe de huisarts/diëtist de autonome motivatie van de patiënt kan versterken.

Volgens de zelfdeterminatietheorie moeten interventies inspelen op drie psychologische basisbehoeften van de mens:

- Autonomie verwijst naar de behoefte van mensen om te handelen met een gevoel van psychologische vrijheid, bijvoorbeeld doordat ze eigen keuzes kunnen maken en zelf kunnen kiezen welke activiteiten ze doen in hun leven.

- Relationele verbondenheid verwijst naar de behoefte die mensen ervaren om warme en betrokken relaties op te bouwen, waar ze zich gerespecteerd en aanvaard weten.

- Competentie, tot slot, verwijst naar de behoefte van mensen om activiteiten tot een goed einde te brengen en hun doelstellingen behalen, waarbij ze hun vaardigheden verder ontwikkelen.

Indien aan deze drie basisbehoeften wordt voldaan, dan zal de autonome motivatie groeien: men zal op een vrijwillige wijze verandering nastreven. Indien niet voldaan kan worden, bijvoorbeeld omwille van autoritair opgelegde restricties en instructies, dan zullen veel mensen hierdoor compenseren. Op gezondheidsvlak kan zich dat dan uiten als een ongezonde levensstijl. Wil de huisarts/diëtist zijn/haar patiënt dus ondersteunen naar blijvende gedragsverandering, dan is het belangrijk dat hij/zij deze drie basisbehoeftes ondersteunt in de omgang met de patiënt.[6]

In gesprekken met deelnemers vinden we heel wat elementen terug:

- *Die lesgeefster heeft pedagogische kwaliteiten. Zij wil ons begrijpen en ons aanmoedigen door onze zorgen te erkennen. Zij leert ons in het bewegen om te gaan met problemen. Het is heel belangrijk in dit project dat de lesgevers deze kwaliteiten hebben*

Volgens de determinatietheorie is het belangrijk dat de drie noden erkend worden en in de relatie ondersteund worden. Ook dit wordt vanuit het denken en ervaren van de deelnemers zelf aangegeven :

- *Als ik aan mijn huisarts vertel dat ik ziek word van de omgeving waar ik woon, dan antwoordt hij dat ik misschien wel moet verhuizen. Het doet goed dat mijn huisarts me begrijpt. Zo moet dat zijn. Dat je je begrepen voelt, gerespecteerd in wie je bent en wat je meemaakt.*

- *Wat is jullie geheim dat jullie in dit project zo goed kunnen omgaan met moeilijke mensen? Het lijkt wel of jullie eindeloos verdergaan met ons, ondanks ons moeilijk karakter soms.*

[6] Gebaseerd op Vansteenkiste & Verstuyf, 2008

Naast het feit dat mensen veel meer zouden moeten bewegen, zijn er ook andere competenties die zij willen ontwikkelen. Het komt erop aan om ook deze te zien en te erkennen.

- *Zie je me fietsen door Leuven? Het is dankzij die vrijwilliger hé die mij geholpen heeft een fiets te gaan huren bij Velo Leuven. Dit wil ik al zolang. En weet je wat? We zijn niet zomaar gaan fietsen : we zijn ons gaan inschrijven voor een cursus zingen. Eindelijk iets gaan doen met mijn goesting om te zingen.*

4.3.8.3. Emancipatorische benadering

Aandacht voor deze drie psychologische basisbehoeften vraagt om een emancipatorische benadering.

"We moeten denken en spreken vanuit het axioma van de gelijkheid. Iedereen is specialist van zijn eigen leven."[7]

- *Ik weet wel dat ik moet ophouden met het kopen en drinken van softdrinks. Dat hoeft men mij al lang niet meer uit te leggen. En ik weet ook dat het zo slecht is. Maar wat anderen niet weten over mij is dat dit een keuze is van mij : een keuze voor het minst slechte. Ik ben het kind dat geboren werd en opgroeide bij een alcoholverslaafde moeder en weet dat ik dus héél gevoelig ben. Ik heb nu eenmaal iets nodig om niet dieper weg te zakken. Op dit moment is dat frisdrank, het is sterker dan mezelf, ik weet het, maar ik weet ook dat ik anders misschien nog voor erger kies. Af en toe lukt het me om gezonder te doen…als ik me omringd voel door mensen die me daarin ondersteunen en tegelijk de boodschap geven dat ik iemand ben.*

4.3.8.4. Individuele benadering

Een individuele benadering betekent dat je inzicht verwerft in de "staat van bewustzijn" van de deelnemer die voor je zit. Volgens Freire zijn er verschillende stadia waarin een mens zich bevindt. Inspiratie hiervoor haal ik uit de pedagogie van Freire. Hij ziet de mens als een wezen dat in en met de wereld leeft. De mens moet geen object zijn dat alles ondergaat, maar subject van zijn realiteit.

De mens wordt subject omdat hij in staat is om te reflecteren over zichzelf en de wereld waarin hij leeft. Hij is een wezen van relaties en maakt zijn cultuur en geschiedenis.

Freire gelooft in de scheppende vermogens van de mens. Naar zijn overtuiging kan de mens actief ingrijpen in , vorm geven aan de wereld ('zijn in de wereld') , maar hijzelf wordt ook op zijn beurt door de wereld bepaald ('zijn met de wereld'). De relatie met de wereld krijgt gestalte in een dialectisch proces van handelen en denken. De mens handelt en denkt na over dat handelen, handelt opnieuw en treedt wederom in reflectie.

Hij onderscheidt twee belangrijke fases in de educatie: bewustwording en handelen. Tijdens de fase van de bewustwording , worden mensen zich bewust van hun onderdrukking. In de daaropvolgende fase transformeren ze

[7] Uit : "sociaal werk is dialoog vanuit gelijkheid ven intelligentie" Bea Vanrobaey & Ghislain Verstraete- Alert jg36 nr 4 oktober 2010.

die situatie door te handelen, dit is een permanent proces van bevrijdende culturele actie.

Met zijn filosofie en methode van werken heeft Freire een model aangereikt dat erop gericht is om:

- groepen actief betrokken te maken
- apathie te doorbreken
- een kritisch bewustzijn te ontwikkelen van de oorzaken van problemen.

4.3.8.5. Inzicht hebben in maatschappelijke kwetsbaarheid

Autonomie, relationele verbondenheid en competentie zijn anders in te vullen als je de specifieke context van de meest kwetsbaren ernaast houdt. Hoe autonoom, verbonden en competent kan de deelnemer handelen, gezien de context en de levensomstandigheden?

- *Ik wéét het wel dat ik er goed aan doe om elke keer aanwezig te zijn. En toch heb ik dagen en langere periodes waarop het nodig is dat iemand me opbelt om te vragen of ik ook kom naar de fun-fit. Die eerste weken van het project in 2009 vond ik dat heel bijzonder : opgebeld worden omdat men mij ergens verwacht. Alsof men mij zou missen. Dat was een heel speciaal en bijna ongekend gevoel : "men heeft mij nodig".*

Dat is een eerste vraag die we moeten stellen als we in relatie treden met de deelnemer. Het is in deze belangrijk om het leven van de mensen te kennen en aan te voelen vanuit beleving, huisbezoeken, activiteiten samen.

Na een traject van anderhalf jaar ondersteuning van twee deelneemsters vat onze vrijwilligster samen :

- *De vooruitgang is traag en toch niet traag. De sportieve gedachte begint toch al een plaats te krijgen in hun leven en we hebben ook vooruitgang geboekt i.v.m. wandelen en fietsen voor beiden. X heeft zelf de banden van haar fiets op een bepaald moment laten oppompen en is weggereden en Y heeft na 10 jaar fietsen terug al bibberend haar eerste rondjes gereden...*

Waar onze twee dames sterk naar hunkeren zijn contacten met "een normale omgeving". In hun woonblok gaat het er ook vaak gezellig aan toe, maar hun wereld is te beperkt.

De theorie van zelfdeterminatie (4.3.8.2.) kan in de relatie met kwetsbare mensen niet los gezien worden van wat zij meegemaakt hebben en/of hun actuele levensomstandigheden.

Kelly vertelt over de invloed van haar kindertijd:

- *Het is begonnen nog voor ik geboren ben. De relatie tussen mijn ouders was al troebel. Toen Carine 7 maand zwanger was van mij heeft Rudy haar van de trap geduwd en ben ik geboren. Op 7 maand dus. Dan begint het al. Op 2 jaar was het zo uit de hand gelopen dat ik met een vuilniszak vol kleren aan de deur werd gezet tot Rudy thuis kwam. Omdat Rudy een tweede vrouw vond was het even een moment van rust. Tot ook dat huwelijk op de klippen liep. De zorg voor mij werd opgenomen door de grootouders. Tot mijn 9de jaar. Om dat oma moest kiezen tussen opa en haar kleinkind. Dan kwam het pleeggezin waar mama en papa me*

omringden met veel liefde en aandacht en me de kansen gaven die ik nodig had. Ondanks deze gelukkige jaren ben ik vooral bezig geweest met mijn kwetsuren en heb ik de kansen niet kunnen benutten. Ik vluchtte in drank, drugs, weglopen , weken niet thuis komen en dan plots weer daar staan. De dood van mijn pleegpapa was het meest pijnlijke dat me is overkomen. Door al wat ik heb meegemaakt tussen 2 en 20 jaar heb ik nooit kunnen concentreren op mijn studies. In het vijfde middelbaar ben ik gestopt. Het vierde had ik al drie keer gedubbeld. Het heeft 20 jaar geduurd voor ik kon zeggen aan mijn pleegmama " ik vertrouw je".

Mensen hebben soms een verleden dat ze met zich meenemen. Dit kan een immense invloed hebben op hun motivatie om te bewegen en hun veerkracht om vol te houden.

Ik kijk in de spiegel en ik zie geen mooie vrouw. Ik wil dat zien veranderen en dus wil ik meer bewegen. Ik voel een grote leegte in mij als ik naar mezelf kijk en dat is niet goed. Weet je dat ik ooit ben buitengezet door mijn vader op de stoep – naast de vuilbak. Hij moest me niet meer hebben. Toen ik drie jaar was. Dan hebben mijn grootouders voor me gezorgd. Dat gevoel moet weg. Dat ik naast de vuilbak stond. Ik geloof dat ik door gezonder te bewegen ook een betere band kan krijgen met mijn eigen kind. We kunnen samen plezier beleven. Dat is ook opvoeden hé.

Het komt erop aan de juiste –soms verborgen- motivatie te ontdekken die bij mensen de klik maakt om toch maar mee te doen.

Doordat ik meedoe aan de BOV-activiteiten kan ik ook aan de kinderen tonen dat bewegen deugd doet. Het helpt me om met hen ook meer te bewegen.

Met BOV creëer je voor mensen kansen en neveneffecten die mee het goed-gevoel beïnvloeden en dus ook gezondheidswinst opleveren.

Als ik zou beginnen met zwemmen, kan ik misschien ook eens met mijn dochter naar het zwembad. Het zou haar ook goed doen. Het lijkt me een leuke activiteit in de weekends dat ze bij mij is.

In het BOV project krijgen we uit andere culturen informatie die ons leren wat de verschillen zijn in de eigen levensgeschiedenis. Deze ervaringen kunnen ons helpen te begrijpen waarom bepaalde keuzes wel/niet gemaakt worden.

Toen we nog in China woonden ging ik niet zwemmen. Het is er veel te duur en je hebt geen plaats om te zwemmen. Hier heb ik al de eerste keer gezien dat moeders met hun kinderen komen zwemmen. Dat was voor mij heel nieuw als idee : hé, ik kan met mijn man en ons kind ook eens komen zwemmen.

Geboren worden in gunstige omstandigheden geeft je vanaf de start een voorsprong ten opzichte van soortgenoten die onder een minder gunstig gesternte aan hun leven beginnen. … Volgens het vakblad Biological Psychiatry beperken de verschillen zich niet tot wat je ervan bakt in je omgeving. Ook in de hersenen zijn er variaties die rechtstreeks kunnen gekoppeld worden aan sociale status…dat een laag gehalte aan dopaminereceptoren mensen gevoeliger maakt voor verslavingen, mogelijk om een gebrekkig natuurlijk geluksgevoel te compenseren.[8]

[8] Knack rubriek Kennis 12 mei 2010

Hoofdstuk 5 BOV leidt tot gezondheidswinst

De gezonde levensverwachting van maatschappelijk kwetsbare mensen is lager dan de gemiddelde gezonde levensverwachting. Een actieve leefstijl zou een oplossing kunnen bieden voor gezondheidsproblemen die bij maatschappelijk kwetsbare personen vaker voorkomen. In dit deel van het rapport wordt het effect van 'Bewegen Op Voorschrift' geobjectiveerd.

De belangrijkste resultaten zijn:

- Het grootste deel van de deelnemers behaalde hun persoonlijke doelen, vooropgesteld tijdens de intake.
- Er zijn deelnemers in het reguliere sportcircuit gestapt.
- Er is, na deelname aan het BOV-project, een verbetering op het gebied van:
  - subjectieve gezondheid
  - mentale gezondheid
  - zelfgerapporteerde fysieke activiteit

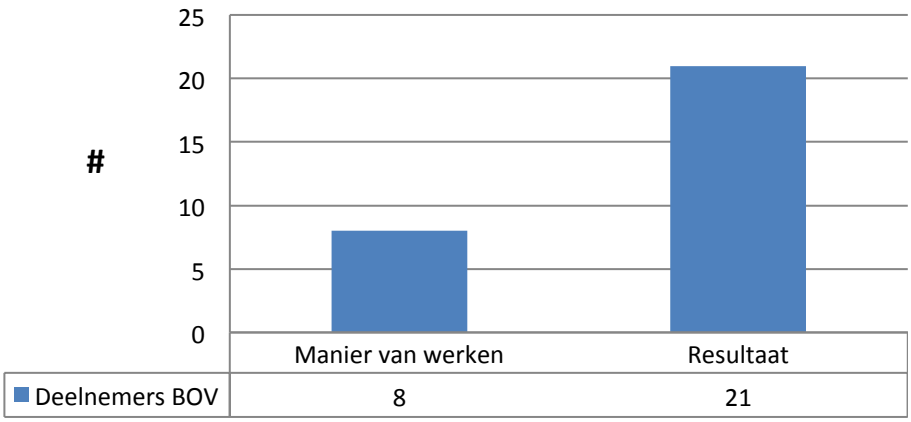
BOV maakt maatschappelijk kwetsbare Leuvenaars actiever en dit blijkt (na gemiddeld 208 dagen) een positieve invloed te hebben op hun gezondheid.

5.1. Beeld van de beginsituatie

5.1.1. Verwachtingen van de BOV-deelnemers

25 BOV-deelnemers hadden bij de intake specifieke verwachtingen van de coaching. Deze verwachtingen waren zeer uiteenlopend en zijn onderverdeeld in twee grote groepen (figuur 16). Ten eerste zijn er verwachtingen betreffende '*de manier van* werken', ten tweede betreffende *'het resultaat'*. Eén BOV-deelnemer kon meerdere verwachtingen uiten.

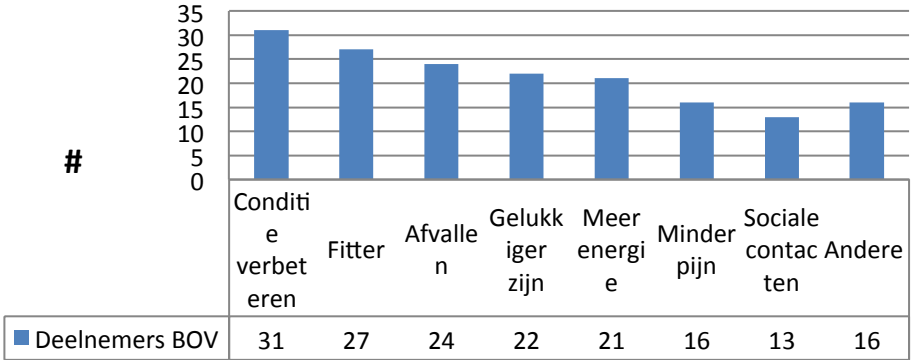
- Manier van werken
  - Niet roepen
  - Rekening houden met planning en mogelijkheden
  - Niet geforceerd worden, zelf keuzes maken
  - Oefeningen krijgen
  - Advies afvallen
  - Advies intensiteit
  - Combineren met baby
- Resultaat
  - Actief worden
  - Betere conditie, fit worden
  - Spieren verstevigen
  - Fysiek beter voelen
  - Psychisch beter voelen
  - Genezen
  - Sociaal contact
  - Minder kinesist
  - Meer sport
  - Leren zwemmen
  - Gewicht verminderen / controleren



Figuur 16: Verwachtingen van BOV-deelnemers in aantallen (#)

5.1.2. Gestelde doelen

Elke BOV-deelnemer heeft zijn/haar doelen bij het aanvatten van de beweegcoaching. Zoals te zien op figuur 17 zijn de meest voorkomend doelen: 'conditie verbeteren' en 'fitter worden'. 'Minder pijn hebben' en 'sociale contacten' zijn de minst gestelde doelen maar komen wel nog respectievelijk 16 en 13 keer voor. In de categorie 'andere' komen doelen naar voor die niet onder 'de te kiezen categorieën' vielen. Dit zijn de volgende: aan sport doen, gezond blijven, gezonde levensstijl, gezonder worden, gezondheid, goed in mijn vel voelen, meer weerstand hebben, mentaal fitter zijn, minder angstig zijn, minder depressief zijn, rug versterken, stoppen met roken, structuur in leven krijgen, tijd voor jezelf maken en lichaamskennis opbouwen.



Figuur 17: Gestelde doelen in aantallen (#).

5.1.3. Hulp om doel te bereiken

Tijdens het intake gesprek met de beweegcoach werd de BOV-deelnemers gevraagd wat een hulp zou zijn bij het bereiken van hun persoonlijke doelen. Tijdens de evaluatie werd dezelfde vraag herhaald maar dan in de zin van wat voor hen een hulp geweest is tijdens het behalen van hun doel. Hier kwam een grote verscheidenheid aan antwoorden, die opgesplitst konden worden in extern en intern. Onder 'extern' wordt hulp gezien die niet uit de beweging zelf of uit de BOV-deelnemer zelf komt maar van

iets of iemand anders. Onder 'intern' wordt hulp gezien die uit de beweging zelf of uit de BOV-deelnemer zelf komt (figuur 18 en figuur 19).

De meest voorkomende hulp was extern, zowel voor als na de beweegcoaching. En de coach was in deze categorie het meest voorkomende antwoord. Positief is dat de interne hulp bijna verdubbelde na de beweegcoaching terwijl de externe hulp ongeveer gelijk blijft.

Hulp om doel te bereiken (voordien)		**Hulp om doel te bereiken (nadien)**	
Extern	**46**	**Extern**	**51**
Coach	27	Coach	28
Arts	5	Arts	4
Tabacoloog	1	Rookstopbegeleiding	1
Duwtje van iemand	4	Duwtje in de rug	1
Meander	1	Meander	1
Echtgenoot	1	Pol parolle	1
Dochter	1	Familie	2
Vriendin	1	Vriendin	1
Aanmoedigingen	1	Vrienden	2
Kinesist	2	Faciatherapeut	1
Babysit	1	Lerares, lesgever	5
Zweminstructeur	1	Vrijwilligster	1
		Nachtrust door medicatie	1
		Veel wandelen door baby	1
		Niet te moeilijke oefeningen voor thuis	1

Figuur 18: Externe hulp om doelen te bereiken voor en na de beweegcoaching.

Hulp om doel te bereiken (voordien)		Hulp om doel te bereiken (nadien)	
Intern	**14**	**Intern**	**26**
Groepsgevoel	2	Sociale contacten (groepsgebeuren)	4
Wilskracht	2	Wilskracht	4
Zelf	1	Zelf, in eigen handen nemen	2
Planning	2	Planning	2
Motivatie	1	Motivatie	3
Plezier	1	Plezier	3
Gestart geraken	1	Deugd achteraf	2
Goed in lichaam voelen	1	Energie krijgen	1
Afwisseling	1	Moment voor jezelf	1
Rustige omgeving	1	Sporten zoals de rest	1
Voedingsadvies	1	Hometrainer	2
Meten buikomtrek	1	Leren zwemmen	1

Figuur 19: Interne hulp om doelen te bereiken voor en na de beweegcoaching.

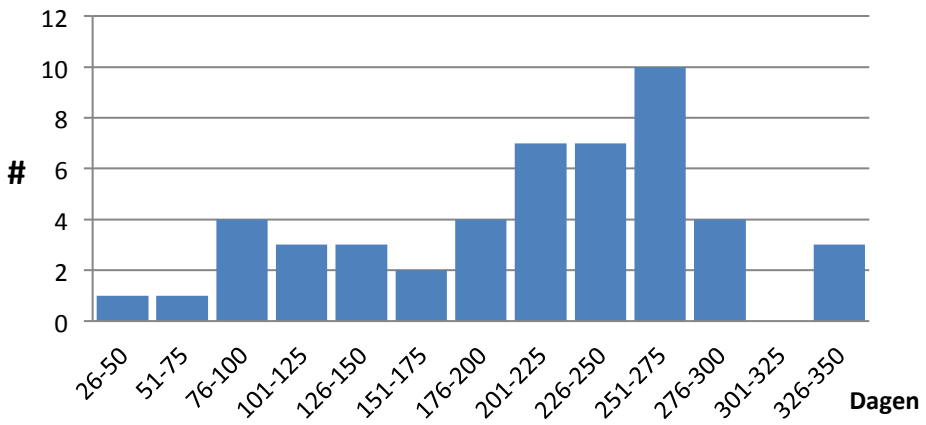
5.2. Hoe zag het BOV-traject er uit?

5.2.1. Tijdsduur van begeleiding

De gemiddelde tijdsduur van begeleiding was een kleine 7 maanden (208 dagen). Zoals te zien in figuur 23 en 24 is er wel een grote spreiding in de duur van begeleiding. Eén BOV-deelnemer had een begeleiding van ongeveer een maand terwijl de deelnemer met de langste begeleiding bijna een volledig jaar begeleiding kreeg. De duur van de begeleiding is vooral te wijten aan de deelnemers met een tijdelijke uitval. Hierdoor werd de coachingsperiode verlengd.

	Gemiddelde (Gem)	Standaard deviatie (SD)	Minimum	Maximum
Tijdsduur van begeleiding	207.84	75.07	32	339

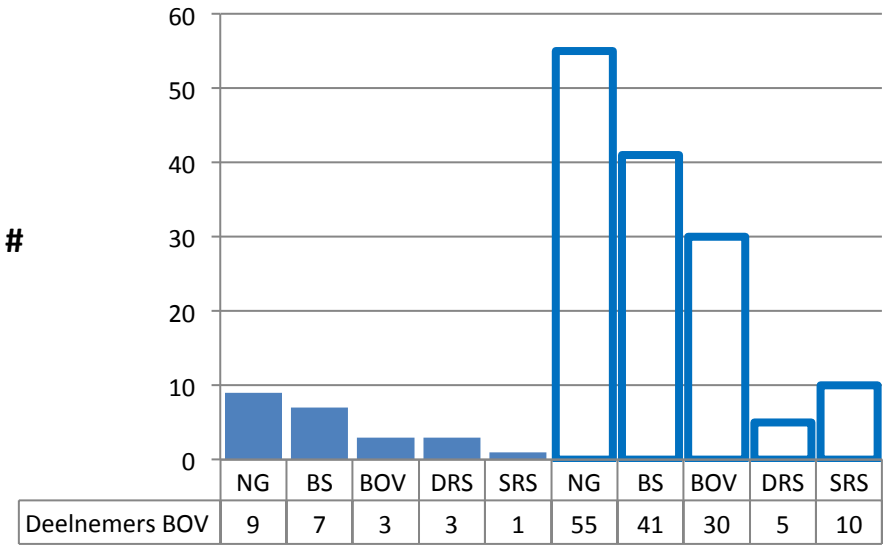
Figuur 23: Gemiddelde, stadaard deviatie, minimum en maximum duur van begeleiding in dagen.



Figuur 24: Histogram over de tijdsduur (in dagen) van begeleiding in aantallen (#).

5.2.2. Gekozen activiteiten

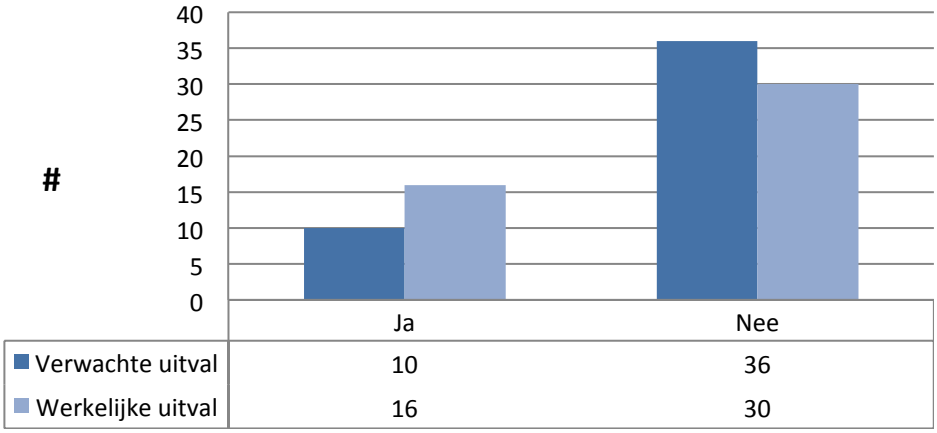
Zoals te zien is in figuur 25 zijn er verschillende organisaties waarbij de BOV-deelnemers activiteiten hebben gekozen. De meest frequent gekozen activiteiten zijn de niet-georganiseerde. Hieronder vallen individueel cardio, natuurwandelingen, wandelen, buiten fietsen, oefenprogramma thuis, hometrainer thuis, zwemmen individueel en voetbal. Opvallend is dat er een doorstroming was naar het reguliere sportcircuit. Zo werden 10 deelnemers lid van zwemclub 'Atlantis'. Om de financiële drempel te verlagen (betaling lidgeld) maakten de deelnemers gebruik van de sportcheque van de Stad Leuven.



Figuur 25: Histogram over de gekozen activiteiten. De opgevulde balken geven het aantal verschillende activiteiten weer per organisatie waar de BOV-deelnemers voor gekozen hebben, de doorzichtige balken geven het aantal deelnemers weer per verschillende organisatie.
NG = Niet-georganiseerd,
BS = Buurtsport Stad Leuven,
BOV = BOV-activiteit,
SRS = Samenwerking reguliere sportclub,
DRS = Doorverwijzing reguliere sportclub.

5.2.3. Geschatte uitval en werkelijke uitval

Tijdens het intake gesprek werden de BOV-deelnemers bevraagd over hun verwachting omtrent het al dan niet uitvallen tijdens het traject. Zoals te zien is in figuur 31 verwachtte de meerderheid geen uitval te hebben. In vergelijking met de werkelijke uitval blijkt dit een overschatting, er zijn meer BOV-deelnemers (tijdelijk) uitgevallen dan verwacht. De redenen van uitval waren: fysieke factoren (4), psychische factoren (9), motivatie (6) en geen babysit (1).

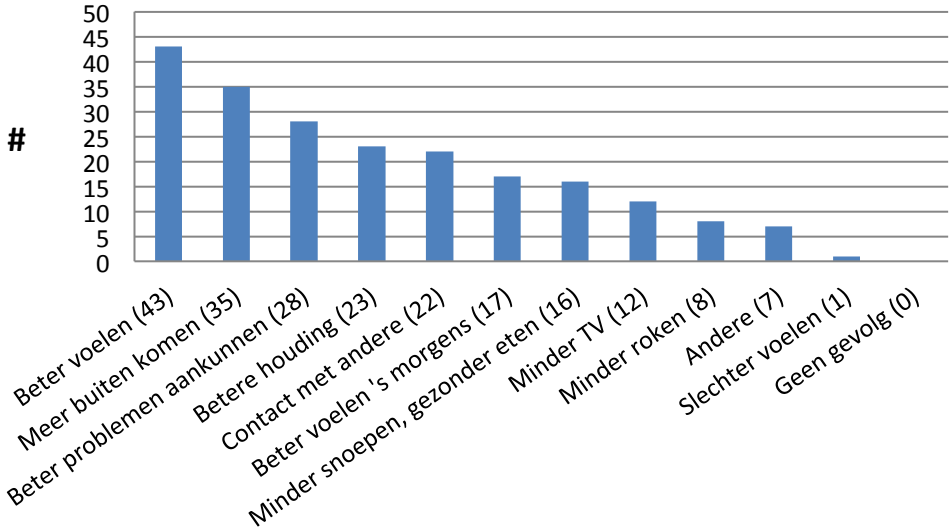


Figuur 31: Frequentie in aantallen (#) van verwachte & werkelijke uitval van BOV-deelnemers.

5.3. Deelnemers boeken gezondheidswinst

5.3.1. Gevolgen van meer bewegen

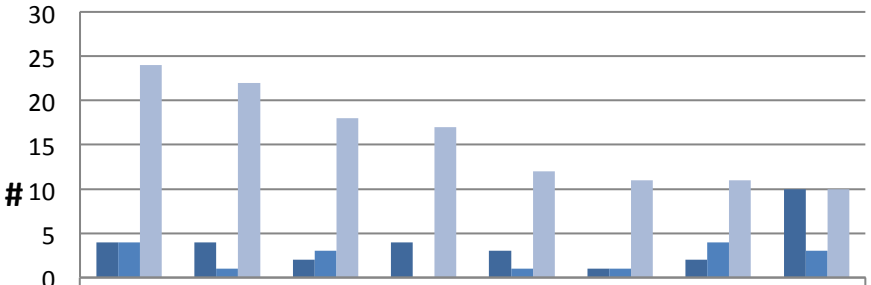
Tijdens de evaluatie werd de BOV-deelnemers gevraagd om de gevolgen van meer bewegen aan te duiden. Over het algemeen waren dit allemaal positieve gevolgen (figuur 26). Slechts één BOV-deelnemer gaf aan zich slechter te voelen. Zeven BOV-deelnemers hebben een aantal *'andere'* gevolgen opgegeven: beter slapen, gelukkiger maken, jonger voelen, betere weerstand, dingen beter aankunnen, goed doen, ontspannen, positiever zijn, er beter uitzien en rustiger geworden.



Figuur 26: Frequentie van zelfgepercipieerde gevolgen van (meer) beweging (frequentie in aantallen (#)).

5.3.2. Behaalde doelen

Tijdens het evaluatiemoment werden de BOV-deelnemers bevraagd over het behalen van hun vooropgestelde doelen. De deelnemers hebben, algemeen bekeken, hun doelstellingen behaald (figuur 27). Op één categorie na (afvallen) zijn de behaalde doelen minstens het viervoud van de niet behaalde doelen. Bovendien zijn er sommigen die 'bijna' hun doel behaald hebben. Het doel afvallen is evenveel keer behaald als niet behaald. Dit kan verklaard worden door het voedingsgedrag van de BOV-deelnemers dat niet onder de loep genomen werd. Om gezond af te vallen is het belangrijk dat er op twee peilers (namelijk bewegen en voeding) wordt gewerkt. Onder *'andere'* werden de volgende doelen gezet: fitter zijn, gezond blijven, gezonde leefstijl, gezonder worden, goed in mijn vel voelen (stralen), lichaam beter kennen, meer aan sport doen, meer weerstand, mentaal frisser zijn, minder angstig, minder depressief, rugspieren versterken, stoppen met roken, structuur in leven en tijd voor jezelf.

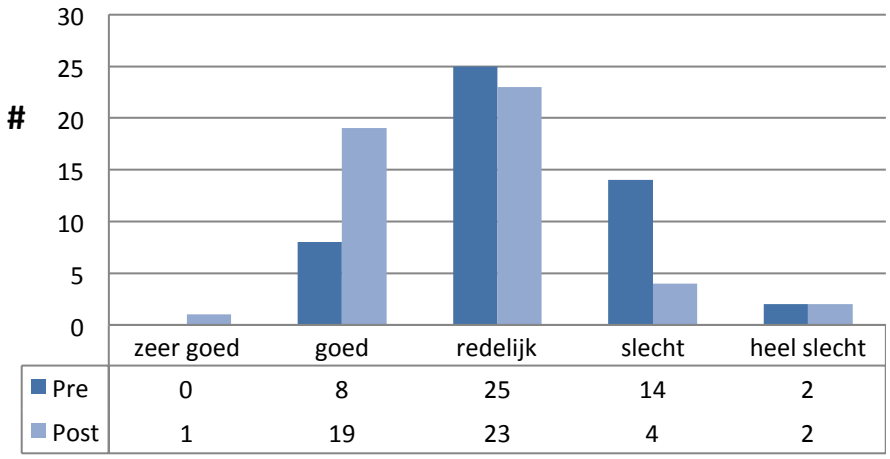


	Conditie verbeteren	Fitter	Gelukkiger zijn	Meer Energie	Minder pijn	Sociale contacten	Andere	Afvallen
Nee	4	4	2	4	3	1	2	10
Bijna	4	1	3	0	1	1	4	3
Ja	24	22	18	17	12	11	11	10

Figuur 27: Behaalde doelen in aantallen (#).

5.3.3. Algemene gezondheid

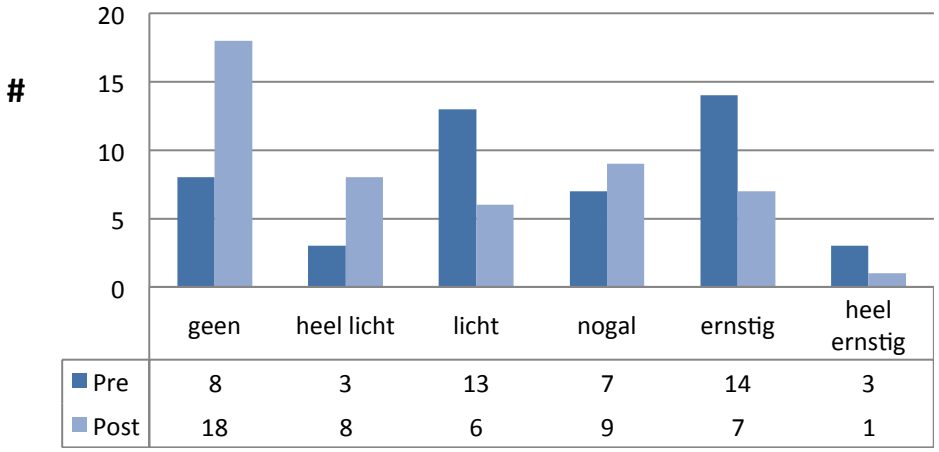
BOV-deelnemers hebben tijdens het eerste en laatste contact met de coach aangeduid wat ze van hun algemene gezondheid vonden (figuur 35). 21 BOV-deelnemers hebben tijdens de evaluatie een positievere beoordeling gegeven aan hun gezondheid dan tijdens het intake gesprek (figuur 40), slechts vijf BOV-deelnemers hebben een negatievere beoordeling gegeven. De beoordeling van hun eigen algemene gezondheid is significant verbeterd ($Z = -3.063$, $p = .002$).



Figuur 35: Frequentieverdeling van de eigen inschatting van de gezondheid in het algemeen (pre & post).

5.3.4. Pijn

BOV-deelnemers hebben tijdens het eerste en laatste contact met de coach de hoeveelheid pijn gedurende de afgelopen maand aangeduid. Figuur 36 geeft hiervan de frequentieverdeling weer. 27 BOV-deelnemers hadden in de maand voor de evaluatie een lagere hoeveelheid pijn dan in de maand voor het intake gesprek (figuur 40), slechts tien BOV-deelnemers hadden meer pijn in de maand voor de evaluatie. De beoordeling van pijn gedurende de afgelopen maand is significant verbeterd. ($Z = -3.128$, $p = .002$).

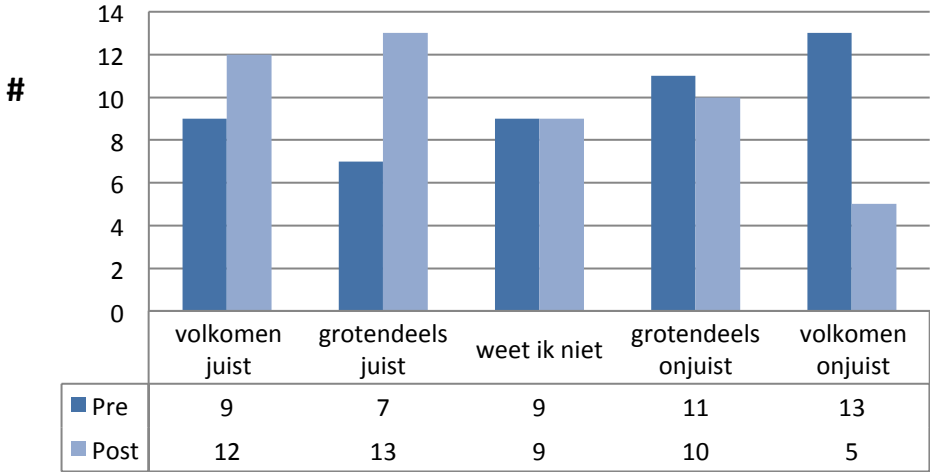


Figuur 36: Frequentieverdeling van de hoeveelheid pijn gedurende de afgelopen maand (pre & post).

5.3.5. Even gezond als andere mensen

BOV-deelnemers hebben tijdens de intake en evaluatie aangeduid in welke mate ze het eens waren met de stelling "*ik ben even gezond als andere mensen*". Figuur 37 geeft hiervan de frequentieverdeling weer. 24 BOV-deelnemers gaven aan dat deze stelling juister was tijdens de evaluatie dan tijdens het intake gesprek (figuur 40), slechts 6

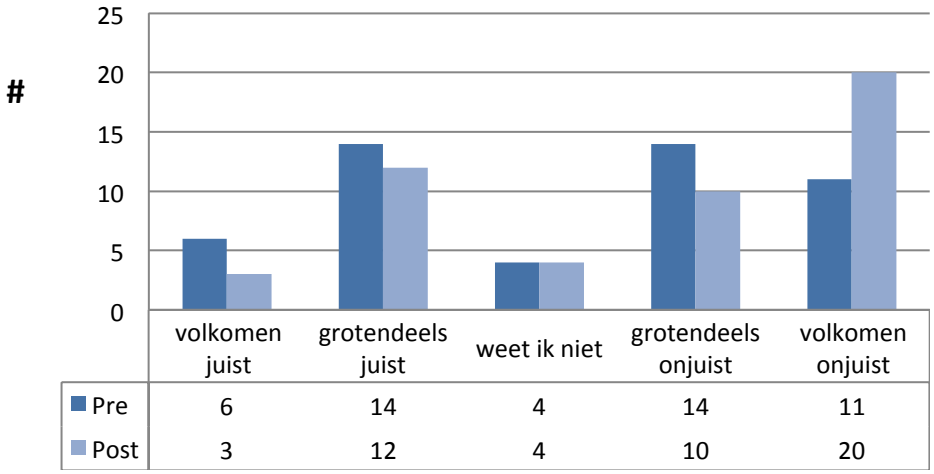
BOV-deelnemers gaven het tegenovergestelde aan. De BOV-deelnemers voelden zich tijdens de evaluatie significant meer *even gezond als andere mensen* in vergelijking met het intake gesprek. (Z = -2.881, *p* = .004*).*



Figuur 37: Frequentieverdeling van de inschatting van de gezondheid in vergelijking met andere(pre & post).

5.3.6. Gemakkelijker ziek worden

BOV-deelnemers hebben tijdens het eerste en laatste contact met de coach aangeduid in welke mate ze het eens waren met de stelling *"ik lijk wat gemakkelijker ziek te worden"*. Figuur 38 geeft de frequentieverdeling weer. 21 BOV-deelnemers gaven aan dat deze stelling onjuister was tijdens de evaluatie dan tijdens het intake gesprek (figuur 40), terwijl 12 BOV-deelnemers het omgekeerde proces meegemaakt hebben. Deze verdeling is niet significant verschillend van een willekeurige verdeling (Z = -1.755, *p* = .079*).*

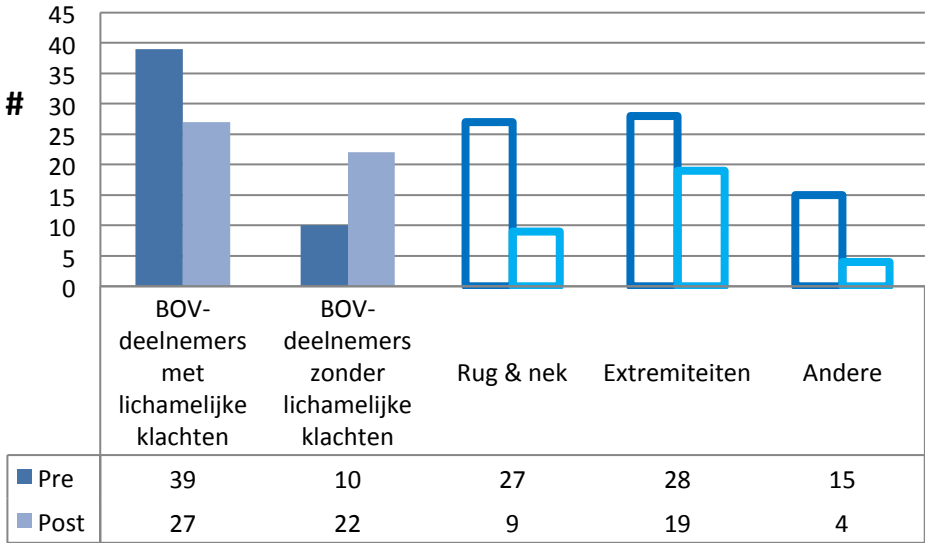


Figuur 38: Frequentieverdeling van de subjectieve vatbaarheid voor ziekte in vergelijking met andere (pre & post).

5.3.7. Daling lichamelijke klachten

In het algemeen is het aantal BOV-deelnemers met lichamelijke klachten gedaald na afronding van het BOV-project (figuur 50). Hierbij aansluitend is het aantal lichamelijke klachten ook gedaald. De meest afgelijnde klachtengroep, 'rug- en nekklachten', is drie keer zo klein geworden.

De verdeling tussen het aantal BOV-deelnemers die lichamelijke klachten hadden voor de start van het project maar niet meer na het project en het aantal BOV-deelnemers die geen lichamelijke klachten hadden voor het project maar wel na het project is onderzocht (met een McNemar toets). Hieruit bleek dat er meer BOV-deelnemers waren die op voorhand lichamelijke klachten hadden en dit na beëindiging van het BOV-project niet meer hadden (13) ten opzichte van het aantal BOV-deelnemers die op voorhand geen lichamelijke klachten hadden en dit na beëindiging van het BOV-project wel hadden (1) ($\chi^2 = 10.29$, $p < .05$) (figuur 51).



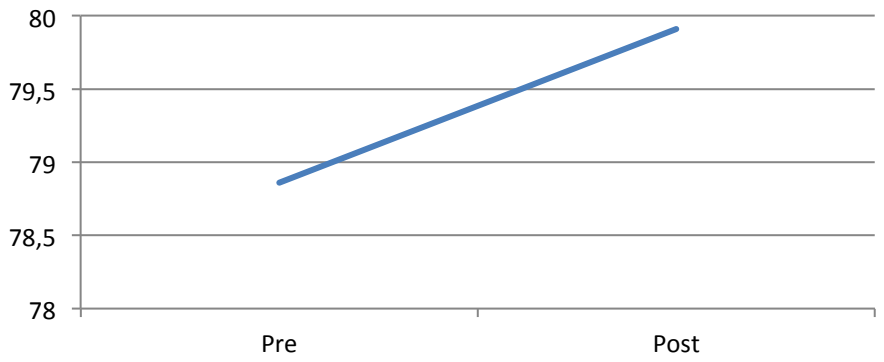
Figuur 50: Aantal BOV-deelnemers met (opgevuld) en aantal lichamelijke klachten (doorzichtig) (pre & post) in aantallen (#).

		Post *lichamelijke klachten*	
		Nee	**Ja**
Pre *lichamelijke klachten*	**Nee**	9	1
	Ja	13	26

Figuur 51: Crosstabel van lichamelijke klachten (pre & post) van BOV-deelnemers.

5.3.8. Gewicht

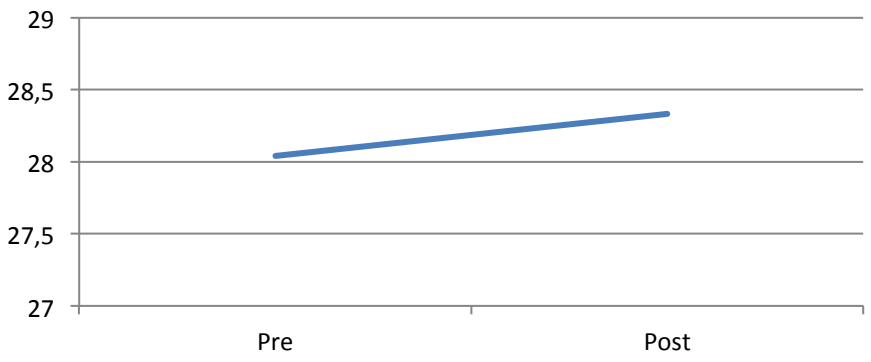
Zoals te zien is op figuur 52 is het gewicht gemiddeld met iets meer dan één kilogram toegenomen van intake tot evaluatie. Deze toename van gewicht is zelfs significant (t = 2.306, *p* = .026). 24 BOV-deelnemers hadden nochtans gewichtsverlies als een van hun doelen opgegeven. (zie *4.2.4. gestelde doelen*) Maar in *'4.2.11. behaalde doelen'* is ook al te zien dat slechts 10 BOV-deelnemers hierin geslaagd zijn en dat evenveel er niet in geslaagd zijn. Dit was niet enkel een belangrijke doelstelling voor de BOV-deelnemers maar uit *'4.1.12. reden van doorverwijzing'* blijkt dat overgewicht de op één na belangrijkste reden was van doorverwijzing door de huisartsen. Dit resultaat wijst nogmaals op het belang van de samenwerking tussen gezonde voeding en voldoende beweging om af te vallen. Bovendien kan een vermeerdering in activiteitsniveau een hogere spiermassa en een lagere vetmassa tot gevolg hebben. Deze combinatie kan leiden tot een hoger lichaamsgewicht.



Figuur 52: Gewicht in kilogram (pre & post).

5.3.9. Body Mass Index (BMI)

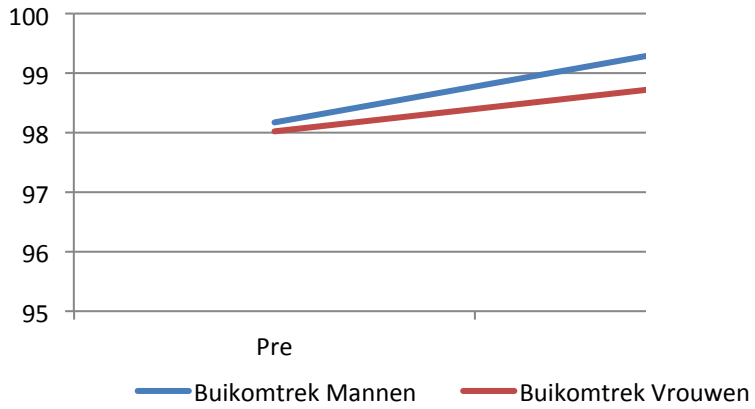
Zoals te zien is op figuur 53 is de BMI bij de start 28.04, wat wijst op een gemiddeld overgewicht van de BOV-deelnemers. Deze BMI is, consequent met *'3.3.13. gewicht',* toegenomen. Deze vermeerdering is niet significant (t = 1.522, *p* = .135).



Figuur 53: Body Mass Index (BMI) (pre & post).

5.3.10. Buikomtrek

Zoals te zien is op figuur 54 was de buikomtrek zowel bij mannen als vrouwen toegenomen van intake tot evaluatie. Deze vermeerdering van buikomtrek is niet significant voor zowel mannen als vrouwen(t = 1.084, *p* = .297; t = .747, *p* = .462). Zowel voor mannen als voor vrouwen wijst hun gemiddelde buikomtrek op een verhoogd gezondheidsrisico. Met een waarde tussen 94 en 102 cm is er een licht verhoogd risico voor mannen maar met een waarde boven de 88 cm is er een verhoogd risico voor vrouwen.

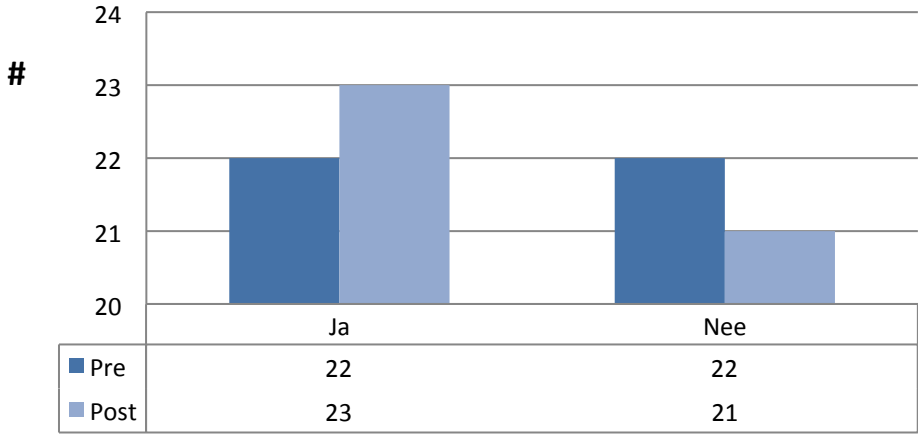


Figuur 54: Buikomtrek in centimeters (pre & post).

5.3.11. Fysieke gezondheidswinst

Niet elke fietstest was tot een goed einde gekomen. Een fietstest was gelukt als de $VO_{2\,MAX}$ afgeleid kon worden door de software. Blessure, te laag toerental en niet lang genoeg kunnen fietsen waren een aantal redenen waardoor de test niet afgewerkt kon worden. Figuur 55 geeft het aantal gelukte en mislukte fietstesten weer tijdens het intake- en evaluatiemoment.

De verdeling tussen het aantal BOV-deelnemers dat de fietstest tot een goed einde gebracht had tijdens de intake & dit niet deden tijdens de evaluatie en het aantal BOV-deelnemers dat de fietstest niet tot een goed einde gebracht hebben tijdens de intake maar dit wel deden tijdens de evaluatie is onderzocht (met een McNemar toets). Hieruit bleek dat de proportie van BOV-deelnemers die na een mislukte fietstest tijdens de intake, een gelukte fietstest afgelegd hebben tijdens de evaluatie niet significant verschillend is van de proportie van BOV-deelnemers die na een gelukte fietstest tijdens de intake, een mislukte fietstest afgelegd hebben tijdens de evaluatie (χ^2 = .14, *p* = 1.00) (figuur 56).



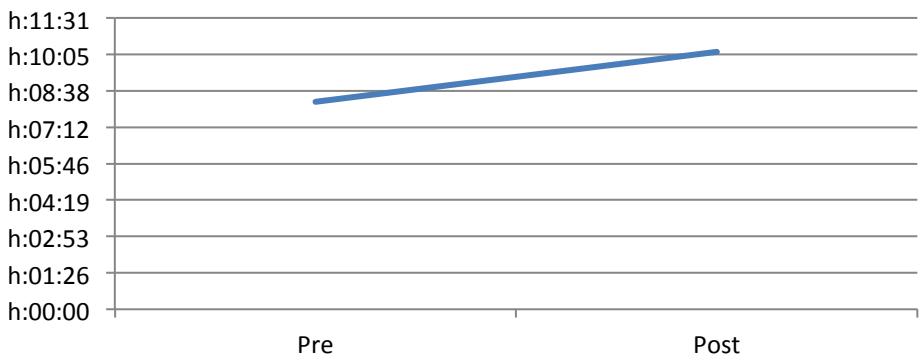
Figuur 55: Aantal BOV-deelnemers die een gelukte fietstest hebben afgelegd (pre & post).

		Post	
		Niet gelukt	**Gelukt**
Pre	**Niet gelukt**	18	4
	Gelukt	3	19

Figuur 56: Crosstabel BOV-deelnemers die een gelukte fietstest hebben afgelegd (pre & post).

5.3.12. Tijd

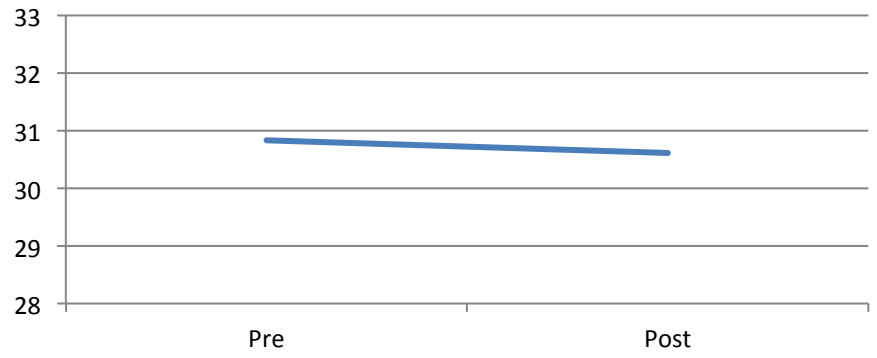
Om de vooruit- of achteruitgang te onderzoeken bij de mislukte fietstesten is de tijdsduur van de fietstest onderzocht. Uit figuur 57 blijkt dat de tijdsduur van de fietstest met bijna twee minuten vermeerderd is. Deze vooruitgang van tijdsduur is significant (F = 19.407, *p* = .001).



Figuur 57: Tijdsduur van de fietstest (pre & post).
Gem. = gemiddelde=8'12", SD = Standaard deviatie=3'10" & N = aantal=16

5.3.13. $VO_{2\ MAX}$

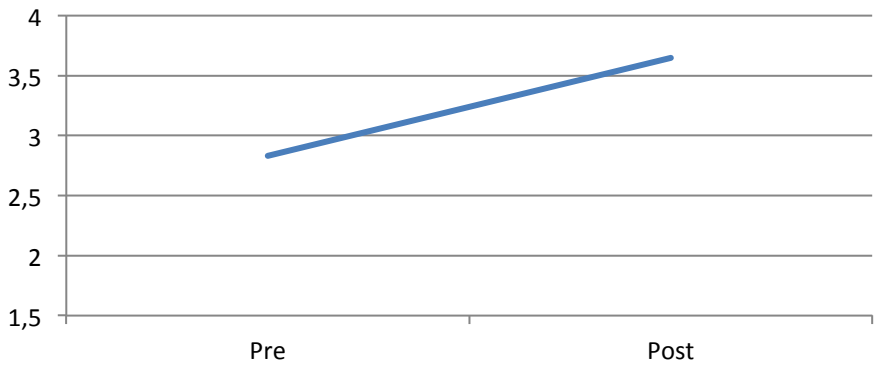
Om de vooruit- of achteruitgang te onderzoeken bij de gelukte fietstesten is de geschatte $VO_{2\ MAX}$ onderzocht. Uit figuur 58 blijkt dat de $VO_{2\ MAX}$ niet veel veranderd is. Er was een lichte (geen significante) daling (t = .216, *p* = .831).



Figuur 58: $VO_{2\ MAX}$ in ml/kg/min (pre & post).
Gem. = gemiddelde=30,83, SD = Standaard deviatie=6,87 & N = aantal=18

5.3.14. Vitaliteit

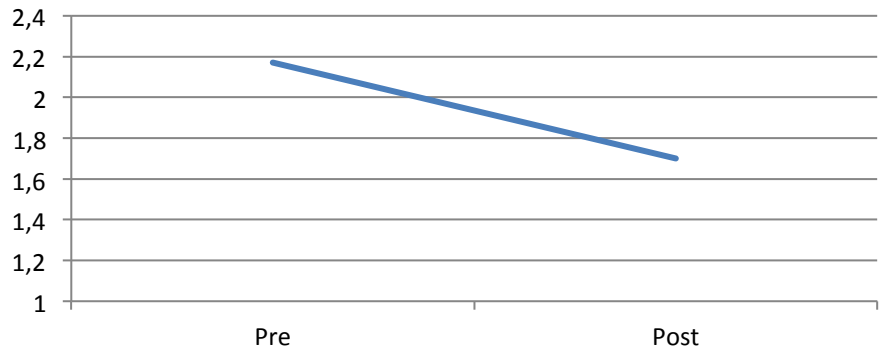
De vitaliteit wordt berekend door het gemiddelde te nemen van vier vragen (over levendigheid, energie, futloosheid en uitkijken naar een nieuwe dag). Zoals te zien is op figuur 59 is de vitaliteitscore significant gestegen van intake tot evaluatie (t = 4.559, *p* = .000). De BOV-deelnemers voelen zich duidelijk vitaler na afloop van het project.



Figuur 59: Vitaliteit (pre & post).
Gem. = gemiddelde=2,83, SD = Standaard deviatie=1,02 & N = aantal=48

5.3.15. Depressie

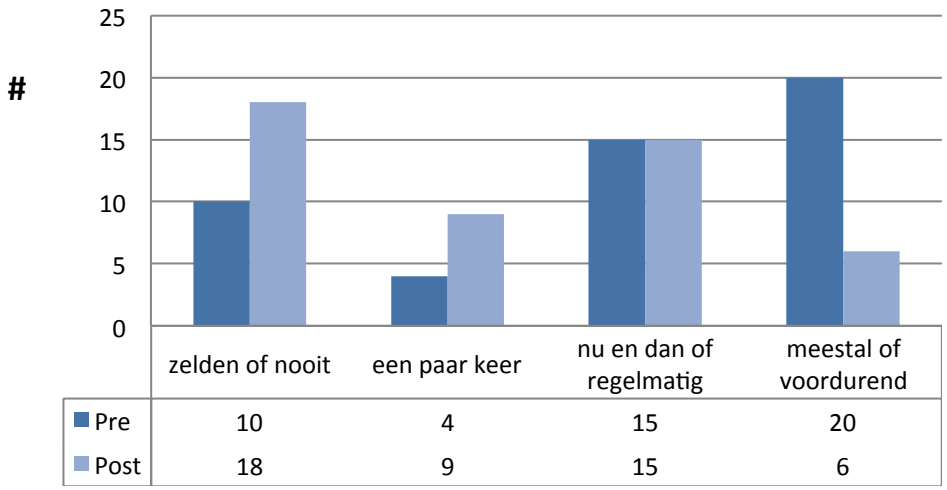
Depressie werd berekend door het gemiddelde te nemen van zes vragen (over eetlust, depressie, eenzaamheid, droefheid, niet op gang geraken en het gevoel dat anderen een hekel aan je hebben). Zoals te zien is op figuur 60 is de depressiescore significant gedaald van intake tot evaluatie (t = 5.475, *p* = .000). De BOV-deelnemers voelen zich minder depressief na afloop van het project.



Figuur 60: Depressie (pre & post).
Gem. = gemiddelde=2,17, SD = Standaard deviatie=0,72 & N = aantal=48

5.3.16. Stress

BOV-deelnemers hebben tijdens het eerste en laatste contact met de coach aangeduid hoe vaak ze veel stress hebben ervaren gedurende de voorafgaande maand. Figuur 61 geeft de frequentieverdeling weer. 25 BOV-deelnemers gaven aan dat ze minder stress hadden de maand voor de evaluatie dan de maand voor het intake gesprek (figuur 62), slechts vijf BOV-deelnemers gaven het tegenovergestelde weer. Bij de BOV-deelnemers is een significante daling merkbaar wat betreft de hoeveelheid gerapporteerde stress (Z = -3.452, *p* = .001*).*



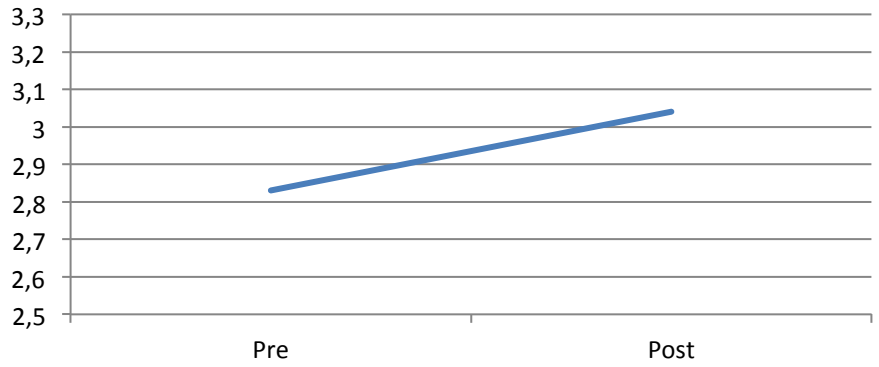
Figuur 61: Frequentieverdeling van de hoeveelheid stress (pre & post).
Gem. = gemiddelde, SD = Standaard deviatie & N = aantal

		Gem.	SD	N	Post>pre	Post<pre	Post=pre	Z	Sig.
Veel stress	*Pre*	2.92	1.152	49	5	25	18	-3.452	.001
	Post	2.19	1.085	48					

Figuur 62: Beschrijvende gegevens en rangordeveranderingen van stress (pre & post).
***Gem.* = gemiddelde, *SD* = Standaard deviatie, *Post>pre* = tijdens de evaluatie een hogere categorie scoren in vergelijking met intake, *Post<pre* = tijdens de evaluatie een lagere categorie scoren in vergelijking met intake, *Post=pre* = tijdens evaluatie en intake dezelfde categorie scoren & *N* = aantal**

5.3.17. Positieve gevoelens

De mate van positieve gevoelens wordt berekend door het gemiddelde te nemen van drie vragen (over opgewektheid, enthousiasme en fierheid). Zoals te zien is op figuur 63 is er een verbetering merkbaar, maar deze is niet significant (t = 1.517, *p* = .136).

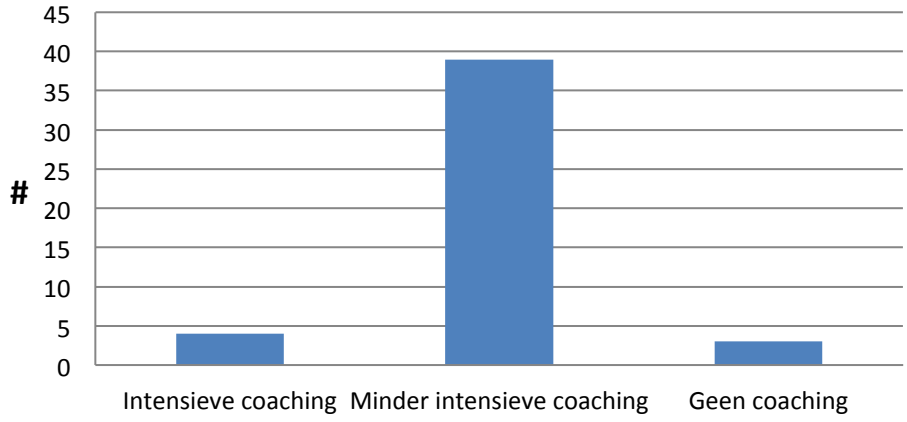


Figuur 63: Positieve gevoelens (pre & post).
Gem. = gemiddelde=2,83, SD = Standaard deviatie=0,97 & N = aantal=48

5.4. BOV zet aan tot een gezondere leefstijl

5.4.1.Vervolg van bewegen op voorschrift

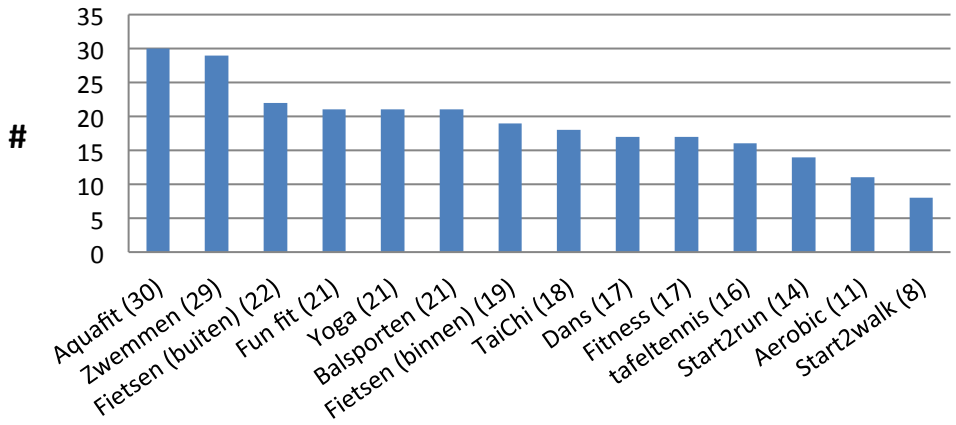
Tijdens het evaluatiegesprek gaven de BOV-deelnemers aan welke intensiteit van coaching ze nog nodig hadden om hun huidig beweeggedrag vol te houden. Slechts vier BOV-deelnemers wilden dezelfde intensiteit van coaching behouden, drie BOV-deelnemers wilden geen coaching meer en de overgrote meerderheid (39 BOV-deelnemers) vroegen om verdere coaching maar dan minder intensief dan tijdens de eerste periode (figuur 28).



Figuur 28: Frequentie in aantallen (#) van intensiteit van coaching voor het vervolg van bewegen op voorschrift.

5.4.2. Interesse bewegingsactiviteiten

Tijdens de evaluatie werd er bij de BOV-deelnemers ook gepeild naar de interesse in verschillende beweegactiviteiten. De resultaten tonen aan dat er een brede interesse was naar deze beweegactiviteiten. Vooral activiteiten in het water (zwemmen en aquafit) waren erg populair (figuur 29). Voor elke activiteit zijn er minstens 10 BOV-deelnemers geïnteresseerd, behalve voor een start2walk.



Figuur 29: Frequentie in aantallen (#) van interesse van BOV-deelnemers.

5.4.3. Evaluatie door BOV-deelnemers

Zoals figuur 30 aantoont is de globale evaluatie door de BOV-deelnemers zeer positief. Bijna alle gemiddelde scores zijn boven de vier (met vijf als maximale score).

Er zijn enkele opmerkelijke resultaten die uit figuur 30 af te leiden zijn.

Ten eerste neemt het aantal respondenten drastisch af indien er een vraag over de sociale component wordt gesteld. Dit kan te maken hebben met het aantal individuele bewegers. Er waren namelijk BOV-deelnemers die niet gekozen hadden voor een groepsactiviteit.

Ten tweede is men gemiddeld positief over de regelmaat van hun sport (gemiddeld een lagere score dan de andere items).

En ten derde is men eerder neutraal over het item 'bewegen komt na een andere afspraak/activiteit.'

	N	Gem (SD)
Tevreden over…		
Manier van inlichting door huisarts en doorverwijzing	40	4.8 (.46)
Toegankelijkheid van de beweegactiviteit	46	4.35 (.74)
De mate waarin je door het project meer fysiek actief bent geworden	43	4.53 (.96)
De mate waarin je door het project mentaal beter bent gaan voelen	45	4.29 (.94)
De mate waarin je door het project sociaal actief bent geworden	36	4.19 (1.01)
De regelmaat van jouw sport	46	3.72 (1.41)
Akkoord met uitspraak		
In toekomst minstens even fysiek actief blijven	47	4.83 (.38)
Zinvol om eerst conditie test af te leggen	48	4.5 (.92)
Naaste omgeving reageerde positief op deelname	46	4.43 (.86)
Bewegen is nu veel plezieriger dan voordien	46	4.11 (1.10)
Nu makkelijker kiezen om actief te zijn dan voordien	47	4.34 (.98)
Regelmatig groepsactiviteiten bij BOV voor sociaal contact	35	3.86 (1.29)
Positieve sfeer in de groep is noodzakelijk om vol te houden	35	4.03 (1.27)
Moeilijk om regelmaat te houden door omstandigheden	48	3.5 (1.57)
Bewegen komt na een andere afspraak/activiteit	47	3 (1.53)
Door deelname heb ik meer greep op mijn gezondheid	46	4.59 (.50)
Tevreden over mijn deelname aan BOV-project*	32	4.81 (.40)
Bewegingscoach (BC) was vriendelijk*	32	4.97 (.18)
BC gaf juiste bijsturing indien nodig*	31	4.74 (.63)
Uitleg en begeleiding bij vragenlijst en test waren duidelijk*	31	4.74 (.44)
Voldoende vrijheid bij het kiezen van beweegactiviteiten*	29	4.72 (.59)

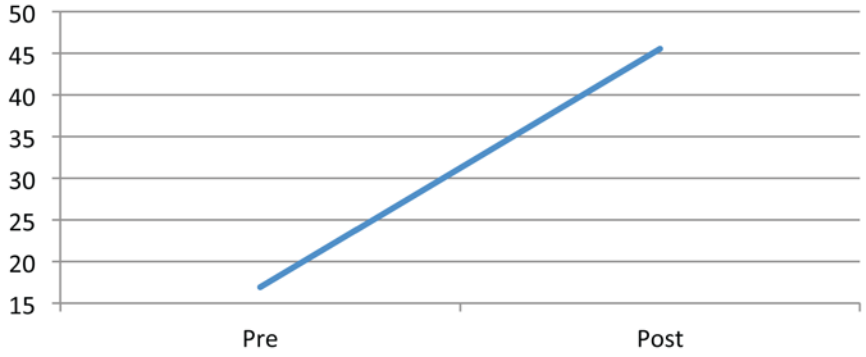
Figuur 30: Evaluatie door BOV-deelnemers.
*** afgenomen bij de huisarts niet bij de BC zoals de andere vragen, N= aantal respondenten, Gem= gemiddelde & SD = standaard deviatie**

5.4.4. Fysieke activiteit

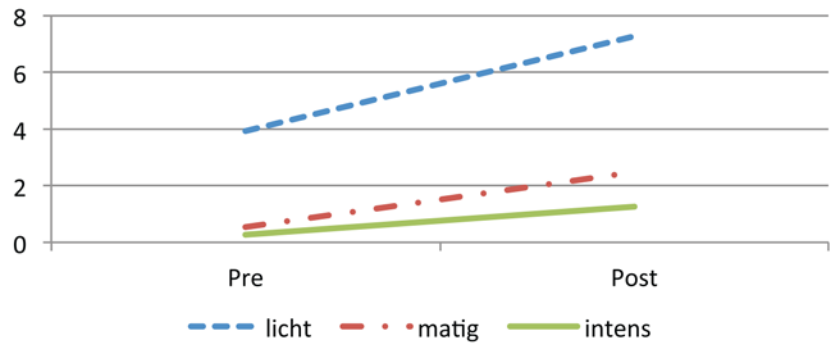
De totale fysieke activiteit wordt berekend door de zelfgerapporteerde frequentie van minstens 20 minuten intense, matige en lichte fysieke activiteit per week te vermenigvuldigen met respectievelijk 9, 5 en 3 MET[9]. Zoals te zien is op figuur 33 is de totale fysieke activiteit significant gestegen van intake tot evaluatie (t = 6.837, *p* = .000).

[9] De MET-waarde (metabool equivalent) is een meeteenheid voor de hoeveelheid energie die een fysieke inspanning kost in vergelijking met de hoeveelheid energie die in rust nodig is. Eén MET komt overeen met de hoeveelheid energie die verbruikt wordt tijdens stilzitten.

Dit geldt voor elke subcomponent (licht: t = 3.431, *p* = .001; matig: t = 3.870, *p* = .000; intens: t = 4.304, *p* = .000) (figuur 34).



Figuur 33: Totale fysieke activiteit (pre & post).
Gem. = gemiddelde, SD = Standaard deviatie & N = aantal



Figuur 34: Frequentie van lichte, matige en intense fysieke activiteit (pre & post).
Gem. = gemiddelde, SD = Standaard deviatie & N = aantal

5.4.5. Gebruik van groenten en fruit

Figuur 41 toont een lichte stijging in het aantal BOV-deelnemers dat dagelijks groenten en fruit eet. Er zijn acht BOV-deelnemers die voor de start van het BOV-project niet alle dagen groenten en fruit aten maar dit na het BOV-project wel doen. Het omgekeerde is waar voor drie BOV-deelnemers, zij aten na het BOV-project niet dagelijks groeten en fruit terwijl ze dit daarvoor wel deden. Er zijn te weinig positieve (of te veel negatieve) wijzigingen in het dagelijks groenten en fruit eten om van een significante stijging te spreken (χ^2 = 2.27, *p* > .05) (figuur 42). Hier dient ook vermeld te worden dat op vraag van BOV-deelnemers er een groepsbegeleiding gestart is rond gezonde voeding.

Figuur 41: Aantal BOV-deelnemers die dagelijks groenten en fruit eten (pre & post).

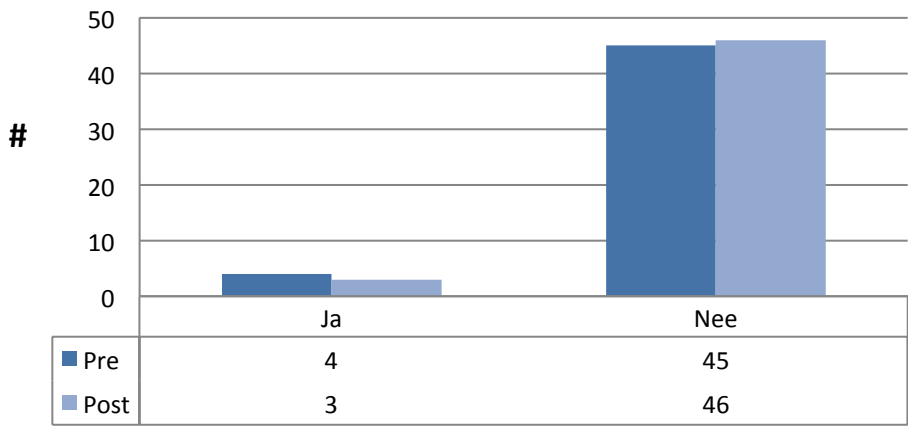
		Post *dagelijks groenten en fruit*	
		Nee	**Ja**
Pre *dagelijks groenten en fruit*	**Nee**	11	8
	Ja	3	27

Figuur 42: Crosstabel dagelijks groenten en fruit eten (pre & post) van BOV-deelnemers.

5.4.6. Alcoholgebruik

Figuur 43 toont een lichte daling van het aantal BOV-deelnemers dat dagelijks meer dan twee glazen alcohol consumeert[10]. Er waren twee BOV-deelnemers die voor de start van het BOV-project dagelijks meer dan twee glazen alcohol verbruikten maar dit na het BOV-project niet meer deden. Het omgekeerde is waar voor één BOV-deelnemer, hij/zij dronk na het BOV-project dagelijks meer dan 2 glazen alcohol terwijl dit daarvoor niet gebeurde. Er zijn te weinig positieve (of te veel negatieve) wijzigingen alcoholgebruik om van een significante daling te spreken ($\chi^2 = .33$, $p < .05$) (figuur 44).

[10] Er wordt onderrapportage vermoed omdat sommige BOV-deelnemers een antwoord gaven dat niet overeenkomt met de inhoud van hun medisch dossier.



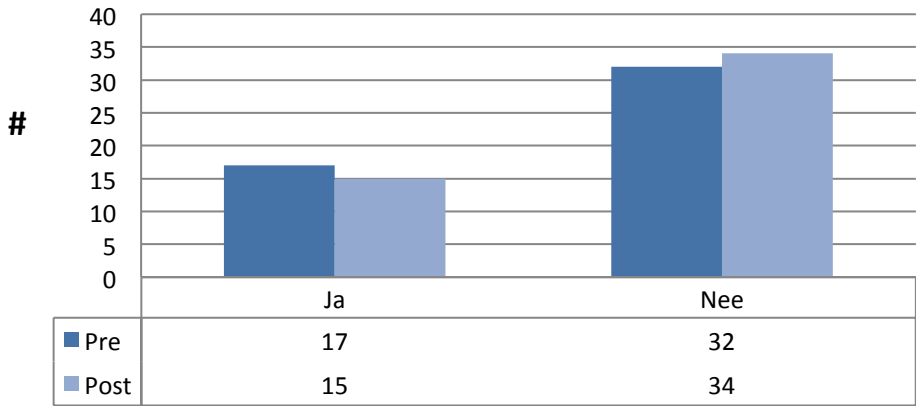
Figuur 43: Aantal BOV-deelnemers die dagelijks meer dan 2 glazen alcohol drinken(pre & post).

		Post *> 2 glazen alcohol*	
		Nee	**Ja**
Pre *> 2 glazen alcohol*	**Nee**	44	1
	Ja	2	2

Figuur 44: Crosstabel dagelijks meer dan 2 glazen alcohol van BOV-deelnemers.

5.4.7. Rookgedrag

Figuur 45 toont een lichte daling van het aantal BOV-deelnemers dat dagelijks rookt. Er zijn twee BOV-deelnemers die voor de start van het BOV-project rookten maar in de loop van het project gestopt zijn met roken. Er is geen BOV-deelnemer die tijdens het BOV-project is beginnen te roken. Er zijn te weinig positieve wijzigingen in het rookgedrag om van een significante daling te spreken ($\chi^2 = 2$, $p < .05$) (figuur 46). Hier dient ook vermeld te worden dat op vraag van BOV-deelnemers er een groepsbegeleiding gestart is rond rookstop.



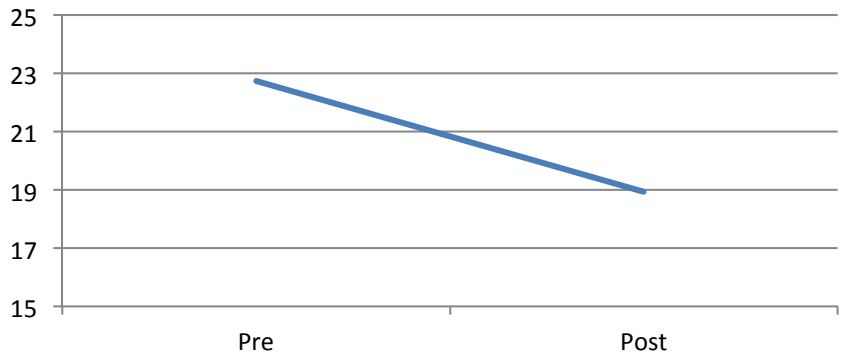
Figuur 45: Aantal BOV-deelnemers die roken (pre & post).

		Post *roken*	
		Nee	**Ja**
Pre *roken*	**Nee**	32	0
	Ja	2	15

Figuur 46: Crosstabel rookgedrag van BOV-deelnemers.

5.4.8. Rookhoeveelheid

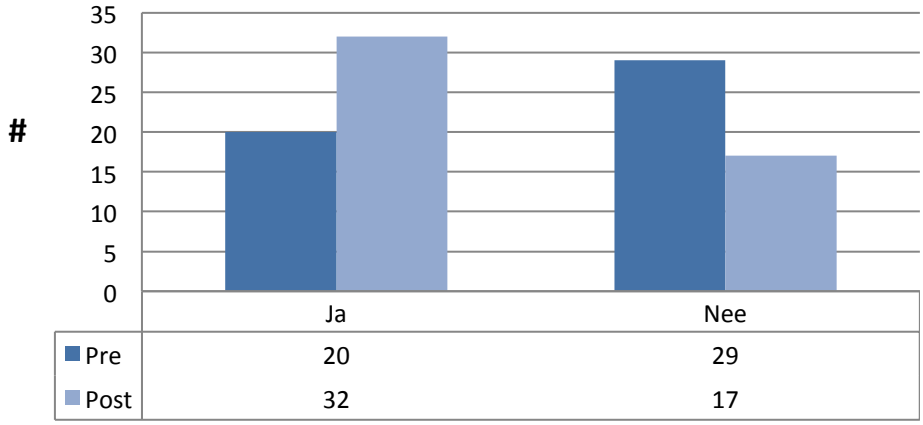
Ook de hoeveelheid sigaretten die de BOV-deelnemers rookten voor het BOV-project en erna is vergeleken. In figuur 47 is te zien dat het aantal sigaretten gemiddeld verminderd is maar dit is niet statistisch significant (t = 1.496, $p > .05$). Bovendien is dit verschil enkel te danken aan twee BOV-deelnemers die gestopt zijn met roken. Indien er geen rekening wordt gehouden met hen, is het gemiddelde aantal sigaretten bijna gelijk (pre = 22, post = 21.85).



Figuur 47: Aantal sigaretten (pre & post).
Gem. = gemiddelde, SD = Standaard deviatie & N = aantal

5.4.9. Slaapgedrag

Figuur 48 toont een stijging in het aantal BOV-deelnemers die goed slapen. Er zijn 15 BOV-deelnemers die voor de start van het BOV-project niet goed sliepen maar dit na het BOV-project wel deden. Het omgekeerde is waar voor drie BOV-deelnemers, zij sliepen na het BOV-project niet meer goed terwijl ze dit daarvoor wel deden. Het aantal BOV-deelnemers dat een positieve verandering heeft ondergaan in zijn/haar slaapgedrag is significant groter dan te verwachten valt op basis van toeval ($\chi^2 = 8$, $p = .008$) (figuur 49).



Figuur 48: Aantal BOV-deelnemers die goed slapen (pre & post).

5.5. De eerste reacties van de betrokken artsen

Is BOV een alternatief voor medicatie?

Bij sommige deelnemers is er duidelijk gezondheidswinst door BOV. Na vele jaren van begeleiding met pijnmedicatie zijn we er sinds patiënt X is beginnen zwemmen in geslaagd medicatie af te bouwen.

Wat veel patiënten ook aangeven is dat zij zich beter voelen. De subjectieve gezondheidswinst is zonder twijfel een feit bij veel patiënten.

Een ander arts stelt vast dat zij duidelijk ook het effect ziet van BOV bij één van de patiënten met migraine. Daar geldt zeker het succes van BOV als alternatief voor medicatie. Deze patiënt krijgt sedert deelname aan BOV minder medicatie.

Nog een arts brengt aan dat bewegen zeker effect heeft op hoge bloeddruk en stress. In deze gevallen kan je heel duidelijk spreken van “minder medicatie dankzij bewegen”. In die zin zou het goed zijn om als arts aandacht te geven aan de actieve afbouw van medicatie waar dit kan.

Yoga is zeker en vast een goede remedie voor veel van onze patiënten. Er is nu al een wachtlijst!

Alle artsen zijn 100% overtuigd van het positief effect van BOV op de gezondheid. Het is voor sommigen het geneesmiddel bij uitstek, vaak na een lange zoektocht naar gezondheidswinst.

De aanwezige artsen willen graag verder meewerken aan het objectiveren van de effecten van BOV. Ze hebben daartoe wel deskundige ondersteuning nodig bij het screenen van de patiëntenlijsten. Het zou goed zijn als niet alleen het effect per patiënt wordt gemeten, maar ook het effect per discipline.

Wat ook zou moeten gemeten worden, is de mogelijke afname van consult en verminderen van medicatie.

Artsen zouden eigenlijk nog meer patiënten kunnen doorverwijzen. Men moet er ons wel geregeld aan herinneren. BOV is toch nog wat nieuw bij ons artsen en voor sommigen nog “onwennig” om het aan te halen bij de patiënt.

Hoofdstuk 6 Uitdagingen voor de toekomst

6.1. Gezondheidswinst herdefiniëren

6.1.1. Bewegen brengt op

Het begrip "gezondheidswinst" beter definiëren en differentiëren, lijkt een noodzakelijk vervolg.

Als mensen doorverwezen worden omwille van psycho-sociale problemen (vb. eenzaamheid), is regelmatige participatie aan BOV dan geen gezondheidswinst?

Beweging verbetert, stabiliseert en beschermt onze mentale conditie. De laatste jaren slagen onderzoekers er steeds beter in de mechanismen achter die effecten op te helderen. Zo blijken diverse groeifactoren die de doorbloeding en de aanpassing van de neuronen vergemakkelijken, het functioneren van het brein te bevorderen. En juist die stoffen worden in grote hoeveelheden aangemaakt wanneer we spierarbeid verrichten. Uit andere onderzoeken blijkt dat regelmatige lichaamsbeweging de geestelijke aftakeling op latere leeftijd kan vertragen[11].

Er moet meer ruimte gecreëerd worden in het basiswerk om positieve effecten van gezond(er) gedrag op de levensloop van mensen, gezinnen, buurten te laten zien en ondertussen ook anderen mee te nemen op deze boot.

Bij sommige patiënten krijgen we het gevoel dat er geen "medisch" meetbare vooruitgang mogelijk is. Sommige situaties worden wel eens cynisch "palliatief" (in de figuurlijke betekenis) genoemd, omdat de medicatie zo onomkeerbaar lijkt. Als we willen meten wat het effect van BOV is, dan moeten we voor elke deelnemer definiëren wat gezondheidswinst is. Misschien zal dat voor sommige mensen gewoon betekenen dat zij niet achteruitgaan, of dat zij positiever denken dan voorheen.

Dat angstige en depressieve mensen baat kunnen hebben bij sportbeoefening, komt volgens de deskundigen niet zozeer doordat die activiteit de oorzaken van de ziekte bestrijdt. Belangrijker zijn waarschijnlijk de heilzame neveneffecten: het gevoel weer controle te krijgen over het eigen leven, weer iets voor jezelf te doen, de sociale interactie in de trainingsgroep, dat draagt er allemaal toe bij dat kwetsbare zielen weer wat stabieler worden.[12]

6.1.2. Gezondheid en welzijn samenbrengen op één spoor

"Hoe gaat het met je?", is vaak de openingsvraag voor een gesprek. Ook in het welzijnswerk is dit zo. Eigenlijk vraagt een welzijnswerker op dat moment naar de gezondheid van iemand (het subjectieve gezondheidsgevoel). Maar vaak stopt daar de interesse naar fysieke of geestelijke gezondheidstoestand. Het lijkt of we ons met het welzijnswerk in een nauwe tunnel bevinden waarbij we voorbij gaan aan de veelheid van factoren die iemands sociale

[11] Psyche en brein: bijlage bij EOS nr 5 – 2009. Beweging voor de geest.

[12] Psyche en brein: bijlage bij EOS nr 5 – 2009. Beweging voor de geest

situatie bepalen. Hulp verlenen komt vaak neer op het zorg dragen voor het financiële. Alsof daarin het hele en eerste antwoord zit op wat mensen nodig hebben.

Het is hoog tijd dat hierin een "klik" gemaakt wordt. Als we vooruit willen met mensen, dan zullen we op alle terreinen tegelijk moeten investeren. We moeten af van het idee dat financiële behoeften voorgaan op sociale behoeften. Het ene versterkt het andere, zonder rangorde. Er is nog veel werk aan de winkel om welzijnswerkers hiervoor warm te krijgen. Het zal geleidelijk aan moeten gebeuren en op verschillende niveaus. In hun visie en beleidslijnen kunnen leidinggevenden keuzes maken die de basiswerkers ertoe aanzetten om gezondheidspromotie op te nemen in hun relatie met maatschappelijk kwetsbare mensen. Gevaar op dit moment is dat aandacht van gezond leven een extraatje is in het dagelijks werk met mensen.

Leuk idee dat BOV-project van jullie. Mensen hebben hier nood aan. En voor onze basiswerkers is het goed om weten dat ze mensen kunnen doorverwijzen. Het is niet zo dat we mensen moeten stimuleren om gezonder te gaan leven als ze wat overschot hebben. Of we moeten niet gaan denken dat mensen eerst werk moeten vinden. Neen, aandacht voor gezond leven is niet het en/of verhaal, maar het en/en verhaal. Wie zich goed voelt en van tijd tot tijd kan ontspannen staat sterker en dat zal gevolgen hebben op de rest van het leven. (stafmedewerker CAW)

Welzijn van mensen kunnen we niet in vakjes steken. We riskeren dat mensen zichzelf gaan opdelen in ongezond, ongeschoold, onkundig, werkloos, …alsof ze voor elk stukje een aparte stap moeten zetten. Vandaar dat een holistische aanpak zich opdringt.

Als ik bij de dokter kom dan vraagt die altijd hoe het met mijn kinderen gaat. Nochtans is hij niet hun huisarts. Dit geeft me het gevoel dat ik meer ben dan mijn symptoom. Dat ik ook moeder ben. Dat ik Sonja ben.

6.2. Eigenaarschap uittekenen

Hoe ontwikkelen we het eigenaarschap verder met de doelgroep? Er moet een meer geijkte strategie komen. Er kunnen verantwoordelijkheden groeien vanuit de blijvende deelnemers.

Af en toe verwonderen deelnemers ons met hun uitspraken. Leidinggevende en bestuursleden geven aan dat ze willen mee-ondersteunen.

- *Als onze dansjuf in de vakanties niet kan komen, dan zal ik Afrikaanse dansles geven als jullie dat willen. Ik ben bij een Afrikaanse dansgroep waarmee ik regelmatig workshops geef.*

BOV wil blijvend drempels definiëren met de mensen zelf en met hen hefbomen zoeken om mensen te motiveren tot het zetten van de eerste stap en vooral vol te houden. Wat in deze niet onbelangrijk is: de deelnemers zelf zouden bij uitstek onze maatstaf moeten blijven. Daarom: door het relationele en het interactieve te benoemen als noodzakelijk instrument - inherent aan het project - kunnen we een barometer installeren voor het meten van effecten ook op langer termijn.

Eigenaarschap wordt bijna een vanzelfsprekendheid waar per definitie een democratische houding centraal staat. De basisidee is dat mensen als gelijk-

waardige en intelligente wezens voortdurend in dialoog met elkaar moeten blijven. Hiervoor hebben we verschillende competenties nodig.….en ten vierde hebben we een reflexieve competentie nodig. We moeten afstappen van het zoeken naar één waarheid, naar één duidelijk en afgelijnd antwoord. We moeten leren kijken vanuit verschillende perspectieven en aanvaarden dat deze allemaal waar kunnen zijn. Ze hebben op zijn minst allemaal hun betekenis en kunnen naast elkaar, soms zelfs in ambivalentie tegenover elkaar, bestaan.[13]

Daarmee komen we op het profiel van de beweegcoaches en/of de lesgevers : naast hun technische competenties 'want BOV deelnemers willen technisch vooruitgaan!, is er de noodzakelijke aanwezigheid van een aantal relationele competenties.

6.3. Evenwicht houden tussen relationele versus technische aspect van BOV

Voor de meeste deelnemers heeft het BOV project een sterke sociale waarde.

- *Toen met de cursus start-to-run hebben we met de groep daarna nog het plan gehad om mee te doen aan de Corrida in Leuven. Dat is voor mijn leven een belangrijke bij BOV : dat ik er nieuwe mensen leer kennen. Eindelijk eens iets meer dan mijn huishouden tussen vier muren en mijn kinderen waar ik voor zorg.*

Voor andere deelnemers is het duidelijk anders: men wil fysiek vooruitgaan, kracht ontwikkelen, zich betere technieken eigen maken, nieuwe beweegvormen leren kennen.

- *Ik doe mee bij BOV omdat ik aan mijn eigen lijf wil werken. Mijn biceps mogen gerust wat steviger. Het zal me goed doen als ik er wat gespierder uitzie.*

En toch laat de analyse uitblijken dat ook deze laatstgenoemden benadrukken dat het aanbod op maat, het enthousiasme van de coach, lesgevers en groepswerker factoren zijn voor succes. Enkele van de mensen geven heel duidelijk aan dat zij technisch vooruitgaan.

- *We zijn naar de zwemclub gekomen omdat ik bang was voor het water. Ik wou vooral die angst overwinnen en leren zwemmen. Kijk waar ik nu sta : ik geniet van het verbeteren van mijn zwemtechniek.*

Dit technisch vooruitgaan en de fysiek winst op hun conditie is voor hen heel belangrijk. En toch rijst hierbij de vraag : wat maakt dat mensen het opbrengen om nieuwe disciplines te leren? We zijn geneigd te denken dat net de manier waarop lesgevers, coaches en groepswerkers met deelnemers in relatie treden, de trigger is naar meer.

- *Ik had met het zwemmen niet de intentie om een nieuwe zwemtechniek te leren. Ik wou vooral aan mijn conditie werken en volgens de dokter was dit een goede manier. Ik had ook niet de intentie om hiermee mijn netwerk te vergroten. Ik heb ondertussen leren crawlen en het klikt goed met X. Wij crawlen elke week onze baantjes samen.*

---

[13] Bea Van Robaeys - Alert jg 36- nr 4 okt 2010

Met andere woorden: de relationele competenties van beweegcoach en/of lesgever hebben een grote waarde en beïnvloeden de goesting om meer en anders te bewegen.

- *In de fun-fit les heb ik echt ontdekt dat techniek bij sport ook leuk kan zijn en zelfs uitdagend. Femke heeft me gedurende verschillende weken geleerd op welke manier we een frisbee kunnen richten. Naar 't schijnt bestaat er ook een frisbee-club. Misschien kunnen we met enkele mensen van de vrijdagnamiddag gewoon een afspreken en samen onze techniek in frisbeeën oefenen in het park.*

De lesgever en/of beweegcoach heeft als het ware " voelsprieten" nodig om de onuitgesproken vraag van de deelnemers te horen.

- *Ik wou in mijn eentje beginnen met lopen. Ik had niet het gevoel dat ik daarvoor bij een atletiekclub moest aansluiten. De BC heeft me een toen spontaan de juiste opstap gewezen : ze heeft me eenvoudigweg een goed schema bezorgd om zelf een "start to run" te doen. Ondertussen loop ik vlot 40 km.*

6.4. Aanbod verbreden, toegankelijker maken en verankeren

Via de actieve coaching van BOV zijn mensen en buurtwerkers sterker dan voordien aangetrokken tot de bestaande buurtsportactiviteiten. Heel veel had te maken met het sterk coachend aanwezig zijn van projectmedewerkers. Een aantal activiteiten liepen er vol. Het is tijd om de volgende stap te zetten: reguliere clubs en organisaties motiveren om te investeren op inclusief werken met maatschappelijk kwetsbaren. Hoog tijd om te komen tot een regulier aanbod "gezond bewegen" waar men de drempel laag houdt en coachend optreedt daar waar nodig. De expertise die we hebben opgedaan in deze eerste fase van coaching en samenwerking met diverse partners zet ons aan om dynamisch verder te denken over nieuwe mogelijkheden.

Er zijn heel wat partners om en rond de piste die mee de toegankelijkheid van het beweegaanbod kunnen verbeteren. Er zijn de mutualiteiten, er is een tofsportloket, er is het vrijetijdsparticipatiefonds, enthousiaste sportclubs, vzw's en verenigingen: mits het actief sleutelen aan onbewust ingebouwde drempels kunnen zij mee inzetten op het verkleinen van de gezondheidskloof.

6.5. Werken aan randvoorwaarden

6.5.1. Er is honger naar informatie over gezond leven

Bewegen alleen vinden velen niet genoeg : er is ook de slechte rookgewoonte, ongezond eetgedrag en vooral de vele vragen die gesteld worden. Deelnemers hebben honger naar informatie en geven aan dat ze ook hierop antwoord willen krijgen, willen ze volhouden bij BOV.

- *Waarom kan ik 's avonds niet afblijven van die zakken met chips? Hoe komt het dat ik zo houd van frieten met mayonaise en niet de wilskracht vindt om gezond eten klaar te maken voor mezelf? Het heeft toch geen zin denk ik om te gaan zwemmen als ik me daarna weer volstop?*

Slaaptekort bij de meesten is de grote boosdoener om bvb plots af te haken en/of op tijd te komen. Informatie over goed slapen zou wellicht een zinvolle info-activiteit zijn.

- *Mijn slaapprobleem maakt dat ik me soms te moe voel om naar de turnles te komen of dat ik afbel voor de geplande wandeling met X.*

6.5.2. Flexibiliteit inbouwen

De alledaagse overlevingsstrijd blijft parten spelen in het volhouden en zorg voor het eigen lijf.

- *Ik wou het wel graag opbrengen, maar denk je dat ik op dat moment de vrije keuze had om naar de yoga te komen? Ik wist dat ik alleen maar kon bezig zijn met de problemen van mijn zoon. Iets anders daarbij nemen ging toen niet. Ik had echt alle tijd en aandacht nodig om te focussen op zijn probleem en de oplossing daarvan.*

Bovendien merken we ook aan de aanbodzijde een sterk verminderd enthousiasme als mensen regelmatig wegblijven. Het is zoeken naar een evenwicht tussen flexibiliteit van de lesgever en engagement van de deelnemer.

6.5.3. Doorstroom

Met BOV is er een toegankelijk startpunt, maar daarmee is de weg nog niet geëffend voor velen tot het reguliere aanbod. Op dat vlak is de overtuiging van de projectmedewerkers er zeker. De positieve ervaring met o.a. zwemclub Atlantis kunnen we aanwenden om nieuwe partners mee te overtuigen en een kritisch analyse te maken van hun eigen toegankelijkheidsbeleid.

- *De yoga-cursus in Leuven van BOV is echt wel mijn ding. Maar de lessen die Leen met haar vzw organiseert zijn veel te duur voor mij. Ik moet er bovendien ook nog geraken hé. Ik ben na de yoga-cursus dan wel te weten gekomen dat ik via De Meander het inschrijvingsgeld deels zou kunnen terugkrijgen voor mijn lidgeld. Nu ik dat weet, kan ik al eerst tijdens de opendeurdag een kijkje gaan nemen en me dan inschrijven.*

Het is vaak een complexe en nieuwe realiteit voor kleine vzw's om de drempel te verlagen. Nochtans is er een grote bereidheid om mee in te zetten op het wegwerken van drempels.

- *Tijdens de oefensessies met BOV van start to run wist de lesgever me te vertellen dat ik korting zou krijgen op een lidmaatschap. Dat weten, heeft me overtuigd om vol te houden.*

6.5.4. Toegankelijke en 'betrouwbare' kinderopvang voor jonge moeders is een must.

- *Ik weet wel dat ik ooit eens moet bellen naar de gezinsbond voor kinderoppas 's avonds. Maar mijn vertrouwen in anderen is al zo vaak geschonden dat ik het niet aandurf : om mijn kind bij een vreemde achter te laten als ik wil gaan sporten. Ook weet ik natuurlijk dat mijn kind een moeilijk kind is. Het is geen gewoon kind.*

6.5.5. Vrijwilligers inzetten?

Tijdens deze eerste fase was er één vrijwilliger actief die twee deelnemers ondersteunt om vol te houden.

Extra coaching door de vrijwilliger is een grote succesfactor. Overwegen we om – op vraag van deelnemers - een link met een sterke vrijwilligerswerking op te starten?

- *Het is dankzij die vrijwilligersinzet en haar volharding dat ik uiteindelijk gestart ben met het zwemmen en fietsen. Zij maakt tijd voor mij, zij is een heel sterke stimuli voor mij om me te laten volhouden.*

Anderzijds is er de uitdaging om de taak van een vrijwilliger af te bakenen en de focus op het stimuleren van gezond bewegen vast te houden.

- *Ik weet dat ik als vrijwilliger geen financiële steun mag verstrekken. Mijn focus is mensen laten volhouden om te bewegen. Ervan uitgaan dat zij hierin een "vrije" keuze kunnen maken is naïef. Alles hangt samen. Veel loopt echt moeizaam bij deze mensen hoor! Als ik dan merk dat b.v. op financieel vlak de beperkingen zo groot zijn ….dan leen ik uiteindelijk wel zelf het geld voor dat badpak. Als mensen eerst meerdere afspraken moeten maken voor de terugbetaling van een badpak, dan is die bureaucratie me er net iets teveel aan. Als ik merk dat mensen aangeven dat ze geen computer hebben, en dat lastig vinden, dan doet het me zeer om als vrijwilliger hier machteloos op te moeten toekijken. Moeilijk, dit "alleen maar" met bewegen bezig zijn. Het lijkt soms zo onzinnig en klein. Ik zou zoveel meer tegelijk willen aanpakken dat ze sterker worden en dat de verandering stand houdt.*

Nabeschouwing

Met BOV hebben we een dynamische hefboom om mensen reële kansen te bieden op het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Voorwaarde is dat BOV een gezamenlijk gedragen lokaal project is. Dat elke actor, partner en deelnemer zich mee-eigenaar voelen. Dat elke betrokkene zich sterk weet als het aankomt op motiveren van deelnemers. De rode raad is aandacht voor, en inzicht in oorzaken en gevolgen van wat maakt dat mensen maatschappelijk kwetsbaarder (geworden) zijn.

Veel vrienden doet langer leven. Volgens Brits epidemiloog Richard Wilkinson is daar een simpele reden aan verbonden: zonder een goede sociale status krijgen we last van stress. Langdurige stress beïnvloedt ons cardiovasculair systeem, ondermijnt ons immuunsysteem en versnelt de veroudering van ons lichaam. Het belang van sociale status is de spil in Wilkinsons levenswerk, het onderzoeken van de relatie tussen gelijkheid en gezondheid binnen een maatschappij. Want niet alleen armen hebben baat bij meer gelijkheid. Ook de levensverwachting van iemand uit de betere middenklasse zal bijvoorbeeld stijgen. [14]

Tenslotte rijst misschien wel de vraag na deze analyse : "Wat primeert ? Moeten mensen meer bewegen, of moet er meer vriendschap gecreëerd worden om de gezondheidskloof te dichten?"

Ulman Lindenberger is directeur aan het Max Planck-instituut voor Pedagogiek en Ontwikkelingsstudies in Berlijn. Steve Ayan , journalist bij Psyche en Brein stelde hem de vraag naar het nut van lichaamsbeweging.

Stel dat U een vriend voor zijn verjaardag iets wilt geven waar hij werkelijk iets aanheeft. Zou U hem dan eerder een lidmaatschap van een boekenclub cadeau doen of een cursus Nordic Walking?

Het antwoord van Prof. Lindenberger luidt als volgt :

Als het er primair om zou gaan dat zijn hersenen in goede conditie blijven, is het duidelijk : de cursus Nordic Walking. Want die heeft een positieve invloed op geest en lichaam. En dan zou het slim zijn als ik zo'n abonnement ook nog aan een andere vriend gaf, zodat ze samen kunnen gaan. In dat geval is de kans namelijk groter dat ze de cursus ook daadwerkelijk gaan volgen.[15]

Ja, we moeten veranderen, dan worden we gezond en leven we lang en gelukkig. En we zullen dan maar hopen dat we nog net op tijd zijn met onze intenties?

Gedrag veranderen. Twee prachtige woorden, in theorie. Maar in het echte leven lijkt het schier onmogelijk als je niet eerst verklaart waarom mensen bepaalde handelingen stellen en aanhouden, desondanks. Waarom ze leven zoals ze leven. Het is belangrijk om stil te staan bij de onwetendheid. Het verband zien tussen wat mensen nu doen en wat hun curriculum zegt.

---

[14] Terzake Magazine 2011/3 – de gevolgen van ongelijkheid op onze gezondheid

[15] Psyche en brein: bijlage bij EOS nr 5 – 2009. Beweging voor de geest

Wanneer je werkelijk gelooft dat bepaalde veranderingen belangrijk zijn, dan zul je in de allereerste plaats aan mensen die hun gedrag moeten veranderen vragen wat het script van hun leven is.[16]

Een samenvatting maken van het participatieproces en een tussentijds resultaat tonen van een emancipatorisch bewegen met mensen, was onze intentie. We zouden drempels en hefbomen in kaart brengen m.b.t. toegankelijkheid van gezond leven. Onze hoofdvraag was : waarom is gezondheid ongelijk verdeeld? Wat heeft maatschappelijke kwetsbaarheid te maken met vroeger doodgaan en meer jaren ziekte in een mensenleven?

De oorzaken van verslechtering van de gezondheid en de demotivatie om gezond te leven hebben dieperliggende oorzaken die geworteld zitten in onze maatschappelijke constructie. Er is een holistische verklaring voor sociale ongelijkheid en daar willen we met dit project niet naast kijken. De beperkte deelname aan een gezond vrijetijdsaanbod zoals bewegen is een weerspiegeling van de kwetsbare positie van mensen op verschillende domeinen. Met BOV hebben we een hefboom om mensen reële kansen te bieden op het ontwikkelen van een gezonde leefstijl.

Maar enkel en alleen focussen op de toegankelijkheid van bewegen kunnen we niet maken.

Dit rapport met de getuigenissen van BOV-deelnemers is nog maar een beginpunt. We worden uitgedaagd om de ernst te zien en breder te kijken naar armoede en (on)gezondheid. En vooral: het is een intersectoraal verhaal die een hoge mate van betrokkenheid van maatschappelijk kwetsbaren naar voor schuift. Het laat ons toe om diverse actoren en lokale overheden een innoverende en positieve lokale praktijk aan te reiken. De relatie vertrekt vanuit plezier beleven en fysieke vaardigheden aanscherpen. De lesgever of coach kan een groot gehalte aan enthousiasme in de relatie leggen. De doorverwijzende arts heeft een positieve tool om met kwetsbare mensen preventief te werken. Ook dit is vernieuwend en laat toe om de “verbiedende vinger” te vervangen door een aanzet tot gezonde leefstijl die kan samengaan met plezier.

[16] Gezond. De mens zijn gezondheid en de gezondheidszorg. Ivan Wolffers, 2011.

Literatuurlijst

Voorstellingstekst “Ziektepreventie en gezondheidspromotie in de Wijkgezondheidscentra”, Studieclub Gezondheidspromotie VWGC, mei 2006.

Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the explanatory role of psychological needs in human well-being. In L. Bruni, F. Comim, & M. Pugno (Eds.), *Capabilities and happiness* (pp. 187-223). Oxford, UK: Oxford University Press.

Handboek Gezondheidspromotie. Vigez. Uitg Lannoo 2007- Erika Van Hauwaert, Bruno Buytaert, Olaf Moens, Els Wouters

Het gezondheidszorgbeleid : welke uitdagingen staan ons te wachten? Knack 23 feb 2011.

Sociaal werk is dialoog vanuit gelijkheid ven intelligentie. Bea Vanrobaey & Ghislain Verstraete- Alert jg36 nr 4 oktober 2010.

Neurologie. Hersenen belonen. Sociale status beïnvloedt de ontwikkeling van sleutelzones in de hersenen. Knack rubriek Kennis 12 mei 2010

Psyche en brein: bijlage bij EOS nr 5 – 2009. Beweging voor de geest. Steve Ayan.

De gevolgen van ongelijkheid op onze gezondheid. Een interview met Richard Wilkinson. The Spirit Level (2009). Wilkinson & Picket. Terzake Magazine 2011/3.

Gezond. Over de mens, zijn gezondheid en de gezondheidszorg. Ivan Wolffers 2011. Uitg. Nieuw Amsterdam.

Antheunis, N., Artoos, A., Dumalin, C., Genevrois, L., Grauls, D., Jacobs, P., et al. (2001). *Is dit leven gezond? resultaten en toelichting van een gezondheidsenquête bij leden van het wijkgezondheidscentrum "De Ridderbuurt".* Leuven: Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt.

Biddle, S. J. (2000). Emotion, mood and physical activity. In S. J. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher, *Physical activity and Psychological well-being* (pp. 63-87). London: Routledge.

Biddle, S. J., & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions.* Oxon: Routledge.

Bouchard, C., Blair, S. N., & Haskell, W. L. (2007). *physical activity and health.* Leeds: Human Kinetics.

Fox, K. R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions ans self-esteem. In S. J. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher, *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-117). London: Routledge.

Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., et al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *american journal of preventive medicine* , 73-107.

Life expectancy at birth, total (years). (n.d.). Retrieved 02 15, 2011, from the world bank: http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN/countries/BE?display=graph

Lipkens, L. (2010). *the effets of individualized need-supportive physical activity coaching by master students kinesiology among university employees.* Leuven: KULeuven.

Penedo, F., & Dahn, J. (2005). exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry* , 189-193.

Smith, B., Merom, D., Harris, P., & Bauman, A. (2002). *Do primary care interventions work to promote physical activity?*

Van Der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport 1 - Gezondheidstoestand.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Van Der Jagt, F., & Van Hagen, M. (2007). *Handboek bewegen op recept: Een effectieve methode voor het bevorderen van een actieve leefstijl via de eerstelijnszorg.* Den Haag: Woerden en STIOM.

Willems, S., & Vyncke, V. (2010). Sociale verschillen in gezondheid: Een stand van zaken van het probleem en het beleid in België. In D. Dierickx, N. Van Herck, & J. Vranken, *Armoede in België* (pp. 155-181). Leuven: ACCO.

Met dank voor de financiële ondersteuning

Stad Leuven
Vlaamse Gemeenschap
Provincie Vlaams Brabant
Koning Boudewijnstichting
Welzijnszorg
Soroptimisten Leuven
Christelijke Mutualiteiten Leuven