

Sport en het bevorderen van een  
gezondere leefstijl onder (kansarme)  
jongeren

**Dr. Agnes Elling  
Janneke Klerken**

## **INHOUD**

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Jongeren, sport en een gezonde leefstijl: enkele overwegingen</b>	<b>6</b>
2.1	Sport en beweging	6
2.2	Sport en gezondheid	7
2.3	Effectiviteit van gezondheidsinterventies	8
<b>3.</b>	<b>Inventarisatie en analyse van gezondheids- en bewegingsstimuleringsprojecten gericht op jongeren tussen 12-18 jaar</b>	<b>10</b>
3.1	Groepsgerichte projecten en samenwerkingsverbanden	10
3.2	Taakbelasting, kosten en kwalificaties	12
3.3	Individueel bewegingsadvies en betrekken ouders	13
3.4	Paternalisme versus vraaggerichtheid en zelfredzaamheid	14
3.5	Effectmeting	15
<b>4.</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>17</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>19</b>

## 1. Inleiding

Van oudsher wordt sportbeoefening gezien als een gezonde en typisch ‘jong-menselijke activiteit’ (Rijsdorp, 1966) die bovendien voornamelijk beoefend werd door jongens uit gegoede sociale milieus. Het sport–voor–allen beleid dat in de jaren zeventig van de vorige eeuw opkwam heeft inmiddels geresulteerd in een brede sportdeelname onder allerlei groepen van de bevolking met uiteenlopende leeftijden, etnische achtergronden, opleidingen et cetera. In verhouding tot andere groepen is de sportbeoefening onder de jeugd nog steeds het hoogst. Volgens een recente RSO<sup>1</sup> –studie sportte 89% van de jeugd tot 14 jaar en 74% van de jongeren van 15-24 jaar in 1999 minstens een maal per maand (NOC\*NSF, 2001). Met de jaren neemt de sportieve inactiviteit verder af en spelen ook andere factoren, zoals geslacht en etniciteit een belangrijkere rol.

In het afgelopen decennium verschenen diverse persberichten en beleidsnota’s waarin met zorg gesproken werd over een afname in sportbeoefening onder jeugdigen. Uit verschillende longitudinaal vergelijkende sportdeelnamestudies bleek echter dat jongeren niet minder zijn gaan sporten (bijv. SCP, 2000). Wel is aangetoond dat steeds meer jongeren lijden aan overgewicht (obesitas), wat vooral veroorzaakt lijkt te worden door een minder gezonde leefwijze, waaronder een grotere inactiviteit (Mulder & Reijneveld, 1998). Van 1980 -1997 is het percentage jongeren dat aan overgewicht leidt bijvoorbeeld toegenomen van 4% naar 10%. Hoewel er nog weinig specifiek onderzoek is gedaan naar de totale mate van lichamelijke activiteit onder (diverse groepen) jongeren (en volwassenen), is wel bekend dat een groot deel niet voldoet aan de door gezondheidkundigen vastgestelde bewegingsnorm (Dijkshoorn, 2002; Hildebrandt, Ooiendijk & Stiggelbout, 1999). Voor jongeren tot 18 jaar bestaat deze norm uit dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, die minimaal twee maal per week gericht zou moeten zijn op het handhaven of verbeteren van de fysieke fitheid (Kemper, e. a., 2000). Jongeren sporten kortom niet per definitie minder, maar bewegen wel minder frequent en/of leven ongezonder (door bijv. meer te roken, hoger drankgebruik en een slechter voedingspatroon). Een fysiek weinig actieve leefwijze leidt weliswaar onder jongeren niet direct tot gezondheidsklachten, maar verhoogt wel de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en osteoporose op oudere leeftijd. Bovendien zijn jongeren die weinig sporten en bewegen ook vaker geneigd om te experimenteren met diverse genotmiddelen, zoals alcohol en drugs, waaraan ook diverse lichamelijke, psychische en sociale gezondheidsrisico’s zijn verbonden. Er is kortom vaak sprake van een constellatie van gezondheidkundige (risico)factoren (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002; Rietman, 1998). Jonge kinderen met diverse gezondheidsrisico’s (zoals overgewicht, hoge bloeddruk, inactiviteit) blijken bovendien vaak ook op oudere leeftijd een clustering van gezondheidsrisico’s te vertonen: er is sprake van ‘tracking’ (Mulder & Reijneveld, 1998).

Niet alleen is bekend dat de jeugd als geheel de laatste jaren op steeds jongere leeftijd steeds meer gezondheidsbedreigende leefgewoonten vertoont, ook is er steeds meer inzicht in de relatie met bepaalde sociale kenmerken.

Gezondheidsbedreigende leefgewoonten als geheel, maar ook de aard van gezondheidsbedreigende gedragingen hangen, vaak op complexe wijze, samen met sekse, leeftijd, sociaal-economische status, opleiding, en etniciteit (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002).

<sup>1</sup> Richtlijnen Sportdeelname Onderzoek

Zo zijn vooral jongens in de puberteit, met een lagere sociaal-economische status, die een lagere opleiding volgen en/of vroegtijdig het onderwijs verlaten meer geneigd tot het gebruiken van alcohol en/of drugs. Hoewel veel allochtonen tot de lagere sociaal-economische groepen behoren, blijken Turkse jongens echter juist vaak minder alcohol en drugs te gebruiken. Vooral meisjes met een lagere sociaal-economische status en/of die tot een etnische minderheidsgroep behoren sporten vaak weinig (DSP, 2000; Elling, 2002). Ook is bekend dat vooral op oudere leeftijd overgewicht relatief vaak voorkomt onder allochtone vrouwen (Dijkshoorn, 2002)<sup>2</sup>. Wel blijken er vaak (grote) verschillen te bestaan tussen diverse allochtone groepen, zoals Turken en Marokkanen.

Deze gegevens hebben de afgelopen jaren geleid tot een impuls in gezondheidsvoorlichting en bewegings- en sportstimulering. In 1995 hebben de Europese ministers van sportbeleid een handvest aangenomen waarin aandacht uitgaat naar bewegings- en sportstimulering, wat in Nederland onder andere geresulteerd heeft in de programma's Nederland in Beweging, Jeugd in Beweging en de gemeentelijke breedtesportimpuls. Ook met betrekking tot de preventie van overig risicovol gedrag zijn diverse massamediale gezondheidscampagnes en meer wijk-, school en/of persoonsgerichte benaderingen geïnitieerd (zie ook VWS, 2001). De diverse projecten zijn gericht op het stimuleren van een actieve leefwijze door middel van het geven van voorlichting en informatie, het verlagen van drempels en het vergroten van het bewegingsaanbod. Hoewel deze interventiestrategieën zeker bepaalde beoogde effecten (bijv. toename bewegen en sportdeelname) kunnen sorteren, leiden ze niet automatisch tot gewenste gedragsveranderingen. Ook als jongeren weten dat (meer) bewegen gezond is, zij een positieve attitude hebben ten aanzien van sportdeelname en sport- en bewegingsmogelijkheden relatief toegankelijk zijn (dichtbij, goedkoop), betekent dit niet automatisch dat zij (meer) zullen gaan bewegen en sporten. Persoonlijke attitudes, groepsnormen en concreet gedrag zijn net als met betrekking tot andere handelingspatronen niet eenvoudig te veranderen, maar vragen om (persoonlijke en groepsgebonden) intensieve en lange termijn benaderingen op maat (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002).

Eenzijds is er relatief veel bekend over het sport- en bewegingsgedrag en overige gezondheidkundige leefstijlfactoren van jongeren en over de gevolgen van gezondheidsbedreigend gedrag. Ook is de laatste jaren veel geld en menskracht geïnvesteerd om de jeugd meer te laten bewegen en sporten.

Anderzijds bestaat er nog weinig inzicht in de precieze mate waarin jongeren lichamenlijk actief zijn - dus niet alleen de mate waarin ze deelnemen aan bewegingssport - en de (gezondheids)effecten van de verschillende bewegings- en sportstimuleringsprojecten. Hoewel inmiddels ook bekend is welke factoren van belang zijn voor het welslagen van de proceskant van bewegingsinterventies (Duijvestijn, 2001), is tot dusverre nog weinig inzicht in de daadwerkelijke effecten op het bewegingsgedrag en de daarmee gepaard gaande gezondheidsopbrengsten.

---

<sup>2</sup> Wanneer een persoon of groep weinig sport en te zwaar is betekent dit echter niet automatisch dat ze per definitie minder lichamenlijk actief zijn. Ze kunnen bijvoorbeeld vaker lichamenlijk arbeid verrichten, maar ook slechter eten en/of drinken.

In deze studie stond de volgende vraag centraal:

*Welke succes- en faalfactoren en gezondheidseffecten kunnen worden gedestilleerd uit bestaande praktijkprojecten, gericht op het verhogen van een actieve en gezonde leefstijl onder jongeren tussen 12-18 jaar, met bijzondere aandacht voor de intermediaire factoren sociaal economische status, etniciteit en sekse?*

Dataverzameling en analyse vond plaats op verschillende manieren.

- **Literatuurstudie**

Op basis van literatuuronderzoek is achtergrondinformatie verzameld over de relaties tussen jongeren, leefstijl en gezondheid.

- **Telefonische inventarisatie en dataverzameling**

Vervolgens heeft er een telefonische screening plaatsgevonden onder gemeenten en GGD's naar het bestaan van bewegingsstimuleringsprojecten gericht op jongeren tussen 12- 18 jaar (zie bijlagen). Op basis van deze screening is een groot aantal 'praktijkdocumenten' (o.a. projectomschrijvingen, evaluatieverslagen, effectanalyses) verzameld.

- **Gesprekken betrokkenen**

Met vier projectleiders van verschillende soorten projecten heeft een interview plaatsgevonden om mogelijk aanvullende inzichten te verkrijgen in de mogelijkheden en criteria voor het welslagen van het bevorderen van een gezonde leefstijl onder jongeren (zie bijlagen). Dit aantal is minder dan aanvankelijk gepland vanwege enerzijds het relatief beperkte aantal projecten dat specifiek gericht bleek op jongeren, sport en gezondheid en anderzijds de relatief grote alternatieve dataverzameling (zoals projectplannen en evaluaties). Verwacht werd dat aanvullende gesprekken weinig nieuwe gegevens zouden opleveren.

De analyse van de verzamelde informatie heeft plaatsgevonden door onder andere vergelijkingen te maken naar type project, (benadering van de) doelgroep, samenwerkingsvormen, begeleiding en evaluatie en effectmetingen.

Alvorens in te gaan op de resultaten van de praktijkscreening (inventarisatie en analyse) wordt op basis van de bestaande literatuur ingegaan op een aantal belangrijke aspecten met betrekking tot de relatie tussen jongeren, bewegen, sport en gezondheid.

## 2. Jongeren, sport en een gezonde leefstijl: enkele overwegingen

Diverse theoretische en empirische analyses laten zien dat de samenhang tussen begrippen als jongeren, bewegen, sport en gezondheid, minder eenduidig en complexer is dan vaak wordt voorgesteld.

### 2.1 Sport en beweging

Wanneer (meer) jongeren te dik worden bevonden, wordt al snel gesteld dat ze meer moeten bewegen en dus meer zouden moeten sporten. Uit longitudinale studies blijkt echter niet zonder meer dat 'de jeugd' minder is gaan sporten (SCP, 2000). Wel is uit diverse studies onder jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar bekend dat velen in die periode de georganiseerde sport (voorlopig) de rug toe keren (o.a. DSP, 2000; Elling, 2002). Dat wil echter niet automatisch zeggen dat ze minder of niet sporten. Vooral veel (autochtone) meisjes verleggen hun interesse van sportvereniging naar sportschool, waar ze aan fitness/aerobics doen. Allochtone (en in mindere mate ook) autochtone jongeren kiezen vaak voor sportbeoefening op straat (voetbal, basketbal) of in een sportschool (fitness, vechtsporten). Niet alleen leeftijd, maar ook sekse, etniciteit en sociaal-economische klasse zijn van invloed op veranderingen in sport(club)deelname en overige leefstijlen.

Uit een longitudinaal onderzoek onder jongeren van 13-32 jaar in Amsterdam blijkt echter wel dat niet alleen de sport(club)deelname in de puberteit afneemt, maar de gehele energiehuishouding (Kemper, e.a., 1995). De zogenoemde 'bewegingsarmoede' waar veel beleidsmakers zich zorgen over maken wordt kennelijk niet zozeer veroorzaakt, omdat de jeugd minder zou sporten, maar vooral omdat ze in het dagelijks leven steeds minder fysiek actief zijn. Ze lopen of fietsen bijvoorbeeld minder vaak naar school en zitten in hun vrije tijd vaker achter de computer of verrichten andere niet-bewegingsactiviteiten (bijv. De Ruyter, 1999). Minder bewegen impliceert kortom niet automatisch minder sporten. De meest gehanteerde cijfers over bewegen en gezondheid kijken echter alleen naar de mate waarin groepen (meer of minder zijn gaan) sporten.

Terwijl minder bewegen niet per definitie minder sporten betekent, houdt omgekeerd meer sporten *meestal* wel in dat er meer bewogen wordt. Meestal, omdat niet alle sporten bewegingssporten zijn: biljart, bowlen, bridge, darts, schaken, schieten, vissen, zijn allemaal bij NOC\*NSF aangesloten sporten waarbij niet of nauwelijks fysieke beweging gevraagd wordt, in de zin van een verhoging van de reguliere (an)aerobe inspanning. Dit zijn weliswaar sporten die weinig jongeren beoefenen (Elling, 2002; NOC\*NSF, 2001), maar deze worden wel meegeteld in de meeste sportdeelnamecijfers. Dat sportdeelnamestudies wel vaak vooral gericht zijn op beweging, blijkt uit het feit dat (sport)wandelen en (toer)fietsen tegenwoordig ook meestal meegenomen worden.

Voor het efficiënter kunnen vaststellen van de causale relaties tussen bewegen, sport en gezondheid onder jongeren met diverse achtergronden, lijkt het kortom van belang om meer inzicht te verkrijgen in *alle* bewegingsactiviteiten van jongeren. Hierbij zou dus ingezoomd moeten worden op alleen de bewegingsgerelateerde sportdeelname en tegelijkertijd andere bewegingsactiviteiten dan sport moeten worden meegenomen.

## 2.2 Sport en gezondheid

Vaak wordt aan sportbeoefening een bredere gezondheidskundige functie toegedicht dan alleen een toename aan fysieke beweging. Sportief zijn ademt een aura van gezond leven en zou preventief werken op risicovol, ongezond en crimineel gedrag. Jongeren die veel sporten/bewegen zouden ook minder roken, drinken en gezonder eten, er kortom een gezondere leefstijl op nahouden.

Veelal richten instanties zich in hun doelstelling dan ook vooral op inactieve jongeren; of ze deze groep daadwerkelijk bereiken is niet altijd duidelijk. Wanneer jongeren sporten en zeker wanneer dit in verenigingsverband gebeurt lijkt men gerustgesteld over de gezondheidstoestand. Zijn (verenigings)sporters echter altijd daadwerkelijk gezonder dan niet-sporters en op welke wijze richten verenigingen zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl onder hun (junioren)leden?

Hoewel er inderdaad vaak samenhangende patronen bestaan tussen diverse vormen van gezondheidsbevorderend c.q. -bedreigend gedrag (bijv. Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002), kan niet zonder meer worden aangenomen dat sporters gezonder zijn dan niet-sporters. Of dat bewegings- en sportbeoefening in verenigingsverband vanzelf leidt tot een gezondere leefstijl. Uit een recente Duitse longitudinale studie (Brettschneider, 2001) bleek niet dat verenigingssporters psycho-sociaal gezonder zijn. Andere studies (bijv. Rietman, 1998; Patriksson & Lake, 1997) laten zien dat jonge (mannelijke) sporters juist via hun sportgroep (bijv. een voetbalteam) eerder geneigd zijn tot (overmatig) alcoholgebruik. Sportbeoefening werkt dus niet altijd preventief op het vertonen van ongezond gedrag, maar kan ook op paradoxale wijze verbonden zijn met risicovol gezondheidsgedrag. Uit een recente studie van Janssens, Kalmthout & Van den Heuvel

(2002) naar gezondheidsbeleid binnen verenigingen blijkt dat bij de helft van de 255 ondervraagde verenigingen geen regels bestaan voor alcoholgebruik. Een kwart van de verenigingen geeft aan dat zij regels handhaven over de minimumleeftijd van alcoholgebruik. In de puberteit maken jongeren zich langzaam los van hun ouders, hebben zij steeds minder gezag voor overige volwassenen en instanties en richten ze zich steeds meer op hun leeftijdsgenoten. Bovendien 'proeven' veel (mannelijke) jongeren in deze leeftijdsfase aan diverse als 'risicovol', 'gevaarlijk', 'verboden', 'ongezond' en/of 'spannend' bekend staande activiteiten, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, vandalisme, diefstal, (kleine) criminaliteit. Hoewel deze ontwikkelingen voor deze leeftijdsgroep als geheel opgaat, bestaan ook hierbij grote verschillen tussen individuen en groepen. Intermediërende sociaal-demografische variabelen zijn onder andere sociale klasse, opleiding, sekse en etniciteit. Ook de specifieke subculturen waarmee jongeren zich identificeren (vaak onder andere gerelateerd aan muziek- en kledingstijlen en tevens aan specifieke sociaal-demografische kenmerken), zijn van grote invloed op hun waarden en normen en handelingspatroon. Hierbij kunnen gezondheidsbevorderende en belemmerende handelingspatronen soms op complexe wijze samenhangen, zoals het voorbeeld van de veel drinkende (mannelijke) sporters. Andersom blijken veel allochtone meisjes zich wel bewust van het belang van een gezonde leefstijl en roken en drinken ook nauwelijks (op grond van hun geloofsovertuiging), maar doen (te) weinig aan beweging.

## 2.3 Effectiviteit van gezondheidsinterventies

Omdat jongeren vaak bewust gezondheidsrisicovol gedrag vertonen, zijn ze moeilijk te bereiken voor lokale overheden wanneer het gaat om gezondheidsinterventies. De vraag is ook hoe ver overheden kunnen gaan in het stimuleren van een gezonde leefstijl en het belemmeren van gedrag met gezondheidsrisico's, zonder de persoonlijke vrijheid van jongeren in te dammen. Overheden kunnen bijvoorbeeld roken duur(der) maken, rookvrije zones uitbreiden en informatie verschaffen over gezondheidsrisico's, maar roken niet verbieden. Dan zou de overheid zich namelijk te zeer bemoeien met de persoonlijke levenssfeer. Zo kan de overheid ook bewegen en sport stimuleren, door uitbreiding van een voordelig en toegankelijk sportaanbod en het verschaffen van informatie over de mogelijke gezondheidsvoordelen, maar het (buiten schooltijd) niet verplichten.

De school is de belangrijkste plaats om alle jongeren te bereiken, ook diegenen die risicogedrag vertonen. Hoewel vaak getwijfeld wordt aan effecten van groepsgerichte voorlichtingsactiviteiten, bleek het project *De gezonde school en genotmiddelen* van het Trimbosinstituut niet alleen effectief ten aanzien van kennisoverdracht, maar sorteerde dit initiatief bovendien enkele positieve gedragseffecten. Jongeren in de leeftijd van 12-15 jaar gebruiken meer genotsmiddelen, ongeacht of ze op een projectschool of controleschool zaten, maar de toename van tabaksrokers, alcohol- en cannabisgebruikers op projectscholen was wel beduidend lager en ging samen met een meer bewuste en kritische houding. Hoewel soms wordt aangenomen dat jongeren zich geen zorgen zouden maken over hun gezondheid, blijkt uit de resultaten van dit project dat jongeren zich wel degelijk bewust zijn van bepaalde gezondheidsrisico's en deze ook proberen te mijden. Vooral meisjes en in toenemende mate ook jongens zijn zich in de puberteit bovendien bewust van hun eigen (veranderende) lichaam in relatie tot dominante lichaamsbeelden en (gezondheids)normen als 'slank', 'fit' en 'gespierd' (Van der Burg & Hortsmanshoff, 2001; Elling, 2002). Ook etnische minderheden lijken in toenemende mate dit dominante westerse lichaamsbeeld over te nemen. Hoewel onder diverse groepen oudere allochtonen (en vooral ten aanzien van vrouwen) 'dik zijn' nog statusverhogend werkt(e) en aantrekkelijk gevonden werd, lijkt de jongere generatie jongens en meisjes zich veel meer te leiden door het heersende lichaamsideaal van slank (en gespierd). Het is van belang klasse-, etniciteit- en sekse gerelateerde achtergronden, leefregels en overtuigingen ten aanzien van eetgewoonten en lichaamsbeweging te verdisconteren in gezondheidsgerichte voorlichting over voeding en beweging.

De beste manier om persoonlijke en groepsgebonden attitudes te veranderen lijkt door een combinatie van een individuele, groepsgerichte en omgevingsgerichte benaderingen. Groepsgerichte informatieversterking, voorlichting en stimulering van gezond gedrag en belemmering/sanctionering van ongezond gedrag worden dan gekoppeld aan persoonlijke adviezen en het waar nodig aanpassingen aan de omgeving (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002; Mol & Boonekamp, 2001; De Vries, 1998).

Het bevorderen van een gezonde leefstijl onder jongeren door sport- en bewegingsstimulering vindt vanuit diverse sectoren plaats, waarbij steeds vaker samenwerkingsverbanden bestaan tussen de sportwereld (verenigingen en commerciële sportorganisaties), het onderwijs, lokaal beleid en de gezondheidssector. Ook zijn de beoogde doelstellingen van het sportstimuleringsbeleid steeds meervoudiger. Sport- en bewegingsstimulering zonder meer lijkt niet voldoende, maar is meestal ingebed in het nastreven van hogere doelen en maatschappelijke functies zoals volksgezondheid (zowel fysiek, psychisch en sociaal), jeugdcriminaliteitspreventie, actieve participatie en sociale integratie.



Binnen een buurtgerichte aanpak krijgen sport- en bewegingsstimulering dan ook een duidelijke sociale en integrerende meerwaarde (toegeschreven). Inmiddels is duidelijk dat binnen de enorme hoeveelheid en diversiteit aan projecten die in een groot aantal gemeenten plaatsvinden en hebben gevonden, veel jongeren met uiteenlopende achtergronden en mogelijkheden hebben deelgenomen aan sport en bewegingsactiviteiten. Een uitgebreide analyse van diverse bewegingsstimuleringprojecten binnen het programma Jeugd in Beweging (Duijvestein e.a., 2001) leidde tot de conclusie dat een project meer kans maakt op succes door:

- \* het formuleren van concrete probleem en doelstellingen
- \* het betrekken van diverse samenwerkingspartners, jongeren zelf en hun ouders,
- \* het werven, opleiden en begeleiden van de juiste mensen en het goed afstemmen en vastleggen van taken en verantwoordelijkheden,
- \* het gebruiken van geschikte locaties op geschikte tijdstippen,
- \* regelmatig en op de meest geschikte wijze te communiceren met de diverse betrokkenen
- \* afhankelijkheid van een persoon of tijdelijke financiering tegen te gaan
- \* continue te evalueren en (bereid zijn te) vernieuwen

Dergelijke algemene kenmerken gelden natuurlijk ook voor projecten die specifiek gericht zijn op gezondheidsbevordering. Minder helder is echter of ook de minst actieve jongeren bereikt zijn, hoe verschillende groepen het beste benaderd kunnen worden en welke beoogde (gezondheids)effecten worden waargemaakt (Mulder & Reijneveld, 1998; TNO-PG, 2000).

### 3. Inventarisatie en analyse van gezondheids- en bewegingsstimuleringsprojecten gericht op jongeren tussen 12-18 jaar

Achtereenvolgens wordt ingegaan op bestaande groepsgerichte projecten en de samenwerkingsverbanden tussen diverse instanties, de belemmerende factoren taakbelasting, kosten en kwalificaties, de spanning tussen paternalisme en vraaggericht werken, individueel bewegingsadvies en voorlichting en effectmeting.

#### 3.1 Groepsgerichte projecten en samenwerkingsverbanden

Uit de telefonische inventarisatie, documentenanalyse en gesprekken blijkt dat groepsgerichte bewegingsprojecten meestal worden aangestuurd door gemeenten, waarbij steeds vaker nauwe samenwerking plaatsvindt met scholen en sportorganisatie en GGD'en en andere organisaties (zoals zelforganisaties en het jeugdwelzijnswerk) zich in een adviserende rol bevinden. Ook (de bereidheid tot) het betrekken van onafhankelijke onderzoeksbureaus voor procesevaluatie en het meten van (gezondheids)opbrengsten begint langzamerhand op gang te komen.

Bewegings- en sportstimulering enerzijds en het voorkomen van risicovol gedrag als roken, alcohol- en drugsgebruik anderzijds zijn niettemin nog steeds grotendeels gescheiden trajecten. Wel is er in toenemende mate sprake van uitwisseling van gegevens en vormen van samenwerking. Zo worden in leefstijlenquêtes van GGD's data verzameld over verschillende (on)gezonde gedragsdeterminanten (bijv. Dijkshoorn, 2002; Rietman, 1998). In de praktijk zijn echter geen projecten gevonden waarbij interventies zowel gericht waren op bewegings-/sportstimulering als het tegengaan van risicovol gedrag (zoals het gebruik van bepaalde genotsmiddelen). Het *Fit & Fun* project lijkt tot dusverre een van de weinige (landelijke) projecten waarbij bewegingsactivering ook concreet gekoppeld wordt aan gezondheidsvoorlichting met betrekking tot bewegen. Binnen andere projecten is de koppeling tussen bewegen en gezondheid vaak minder expliciet en krijgt voornamelijk ad hoc gestalte afhankelijk van de inzet en betrokkenheid van projectmedewerkers. In een landelijk interventie- en evaluatieproject naar gezondheidsbeleid op scholen en de vermindering van aan sociaal economische status gerelateerde gezondheidsverschillen, waren doelstellingen bij twee van de drie interventiescholen ten dele gerelateerd aan bewegen en sport (Baarveld, e.a. 2002). Op de ene school (in Zeist) was bewegingsstimulering een van de tien gezondheidsdoelstellingen, waarbij vooral afspraken over en de controle op LO verzuim werden aangescherpt. In de andere interventieschool (in Hellevoetsluis) maakte een cursus zelfverdediging (binnen LO) onderdeel uit van een breder beleid om pesten, discriminatie en vandalisme tegen te gaan. Uit de evaluatie bleek onder meer dat te breed samengestelde projecten en (te) ambitieuze plannen - ook wanneer het alleen om sport- en bewegingsstimulering gaat -, niet veel meer opleveren dan inventarisaties van knelpunten. De specifieke gerichtheid op het terugdringen van sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen bleek bovendien naar de achtergrond te zijn verdwenen. Voor het welslagen van concrete (gezondheidsgerelateerde) opbrengsten is prioritering van doelstellingen en het vastleggen van afspraken van groot belang. Het lijkt overigens een misvatting dat jongeren gezondheid niet belangrijk vinden en ze daar ook maar niet mee lastig gevallen moeten worden. Hoewel steeds meer jongeren bewegingsarmoede vertonen en andere (grote) gezondheidsrisico's nemen, is de meerderheid - en vooral de meisjes - wel degelijk geïnteresseerd in gezondheidspreventie.

Hoewel de GGD'en zich steeds meer (willen) richten op bewegings- en sportstimulering, geven ze in de praktijk nog weinig actief sturing aan bewegingsprojecten. Een uitzondering is bijvoorbeeld het project Jeugd, sport en bewegen in Amsterdam, waarbij de Dienst Welzijn en de GG&GD in nauwe samenwerking gericht zijn op het vergroten van het aantal kinderen dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, met speciale aandacht voor kinderen met een lagere sociaal-economische status en Turkse en Marokkaanse meisjes. Dit project is echter gericht op kinderen in de basisschoolleeftijd en is pas onlangs van start gegaan, zodat nog weinig gezegd kan worden over de resultaten. De vaak lange expertise die veel GGD'en hebben met projectmatig werken, het screenen en doen van voor- en nametingen zou nog beter benut kunnen worden. Wel is het zaak dat duidelijke afstemming plaatsvindt en taken en verantwoordelijken schriftelijk worden vastgelegd.

Uit de inventarisatie blijkt dat het merendeel van de (landelijke) sport- en bewegingsstimuleringsprogramma's die specifiek gericht zijn op de bevordering van gezondheid - *Kies voor hart en sport, De klas in beweging en Fit en Fun* - is bestemd voor de basisschool, voor kinderen tot 12 jaar. Buurtsportprojecten waren al wel vaak (ook) gericht op de oudere jeugd, maar wisten deze aanvankelijk moeilijk te bereiken. Gemeenten die reeds een langere traditie hebben met buurtsport (o.a. Amsterdam, Rotterdam) of die vanuit het jongerenwerk sportprojecten organiseren (bijv. Breda) bereiken de oudere jeugd (inmiddels) wel, onder andere door nauwe samenwerking met scholen en sportverenigingen. Hoe groter de diversiteit in het aanbod (verschillende sporten, verschillende locaties, pleintjes en sportzalen, competitief en recreatief) hoe groter ook de differentiatie in o.a. leeftijd en sekse van de deelnemers.

In diverse steden blijken vanuit allochtone zelforganisaties vragen en initiatieven te zijn ontstaan voor een bewegings- en sport aanbod voor (allochtone/islamitische) meisjes en vrouwen, zoals een speciaal zwemuur of een specifiek aerobics of dansaanbod. Vanuit gezondheidskundig oogpunt is dat ook de groep die momenteel het minst beweegt. Niettemin blijken deze initiatieven minder vaak te worden ondersteund of geïnitieerd vanuit de gemeente. In Breda bleek een zweminitiatief van Turkse vrouwen te zijn stopgezet, wegens een te grote populariteit en daardoor te hoge kosten. Waarom werd niet naar elegantere oplossingen gezocht? Op buurt- en wijkniveau worden vooral nog steeds kortom balsporten en dan met name voetbal als regelmatige (bijv. wekelijkse) activiteit, competitie en/of toernooivorm aangeboden, waarop vooral jongens afkomen. Hoewel er in de meeste gemeenten steeds meer aandacht is voor activiteiten die (ook) veel (allochtone) meisjes trekken, blijken hier nog veel kansen te liggen die vanuit gezondheidskundige argumenten ook de grootste prioriteit verdienen. Samenwerking met zelforganisaties lijkt hierbij een absolute voorwaarde voor succes.

Op basis van de verzamelde documenten en de gesprekken met betrokkenen blijkt dat gemeenten inmiddels aardig wegwijs zijn op het terrein van jeugdsportstimulering, maar de relatie met concrete (meetbare) gezondheidsaspecten nog veelal marginaal of impliciet is.

### 3.2 Taakbelasting, kosten en kwalificaties

Een van de grootste belemmeringen voor het in sommige regio's nauwelijks doorgang vinden van bewegingsstimuleringsprojecten zoals *Fit & Fun*, het vervroegd afhaken of slechts ten dele uitvoeren en/of het niet toetsen van behaalde resultaten ligt in de (te) grote inzet die van de reeds flink belaste scholen en vakleerkrachten lichamelijke opvoeding wordt gevraagd. Het is duidelijk dat scholen de best aangewezen plaats is om de grootste groep jongeren te bereiken, maar er kan niet zonder meer verwacht worden dat nieuwe initiatieven worden genomen of uitgevoerd zonder dat daar voldoende (financiële) compensatie vanuit bijvoorbeeld de gemeente tegenover staat. Zo garandeert de Gemeente Amsterdam aan scholen die meewerken aan het *Topscore project* een aantal uren financiële vrijstelling van vakdocenten.

School- en buurtsportprojecten zijn in verschillende mate gericht op de doorstroming van jongeren naar sportorganisaties en zijn hierin ook niet allemaal even succesvol. Vaak is de bereidheid van verenigingen en sportscholen gestoeld op de potentiële ledengroei door kennismakingsprojecten. Voor veel (lager opgeleide en allochtone) jongeren lijkt een beetje 'ruiken' aan verschillende sporten en organisaties echter vaak het hoogst haalbare (bijv. 'De sportieve school' in Amersfoort en 'de veelkleurige wijk' in Breda). Deze jongeren wensen niet de discipline en kosten op te brengen voor langdurige lidmaatschappen. De effectiviteit van doorstroming wordt echter niet alleen beperkt door de attitude en motivaties van jongeren, maar tevens door de wijze van samenwerking en de inzet en kwaliteit van de vertegenwoordigers van de diverse sportorganisaties.

De verschillende respondenten zijn er van overtuigd dat de vele gratis sportstimuleringsprojecten die ontwikkeld zijn en worden, onder andere onder invloed van de breedtesportimpuls, veel niet-sportende (allochtone) jongeren tot regelmatig sporten heeft aangezet. Bovendien is de verwachting dat er velen zullen afvallen wanneer er voor de activiteiten betaald zal moeten worden. Hier ligt een vraag voor de toekomst. Kan de gemeenschap de (hoge) kosten voor een kwalitatief goed aanbod ook in de toekomst –wanneer de breedtesportreserves zijn opgedroogd - blijven opbrengen? Wanneer jongeren en/of hun ouders wel geld (willen) uitgeven aan allerlei andere zaken, zoals mobieltjes en merkkleding, waarom dan niet (geleidelijk) een (beperkte) bijdrage vragen voor georganiseerde buurtsportdeelname? Een andere optie is het toewerken naar een relatief beperkte mate van begeleiding en organisatie van buurtsport, door het stimuleren van zelfwerkzaamheid, zodat de gemeente vooral faciliterend optreedt inzake het beschikbaar stellen van pleintjes en/of zaaltjes.

Het onderschatten van het belang van gekwalificeerd kader voor het behalen van meeropbrengsten (met betrekking tot gezondheid) dan alleen het regelmatig laten sporten van jongeren, is debet aan het niet behalen van vooraf bepaalde gezondheidkundige doelstellingen. Een ideale combinatie voor het stimuleren van een gezonde leefstijl door sport en bewegingsactiviteiten is een persoon, die zowel kennis heeft van pedagogische als sporttechnische aspecten (vgl. vakleerkracht LO). Buitenschoolse sportstimulering wordt echter vaak vooral ingevuld door sportbuurtwerkers met voornamelijk sportspecifieke kennis of door jeugd-welzijnswerkers met voornamelijk pedagogische bagage. Dit is zeker niet verkeerd, maar betekent wel dat er niet te hoge verwachtingen gesteld mogen worden aan de gezondheids- en sociale integratieopbrengsten van sport- en bewegingsactiviteiten. Wanneer gezondheids-

bevordering een expliciete doelstelling is, is een intensievere samenwerking met GGD-en, artsen en fysiotherapeuten dan ook zeer wenselijk.

### 3.3 Individueel bewegingsadvies en betrekken ouders

Een terrein waarop tot dusverre vooral de GGD'en het meest actief zijn, is individuele screening en advies. Landelijk worden leerlingen in groep zeven van de basisschool gescreend op diverse gezondheidskenmerken, waaronder overgewicht en bewegen, op basis van het invullen van een vragenlijst door de ouders. Bij constatering van bijvoorbeeld overgewicht of bewegingsarmoede, ontvangen de ouders van het kind een persoonlijk gericht bewegings- en voedingsadvies. De accenten die in de aanbevelingen naar voren komen blijken echter wel afhankelijk van de betreffende arts of verpleegkundige. Mogelijk zouden ook leraren lichamelijke opvoeding en eventueel buurtsportwerkers meer betrokken kunnen worden bij bewegingsadviezen en de individuele begeleiding van jongeren.

Ook hierbij is een goede begeleiding en ondersteuning van belang, vooral wanneer het om kwetsbare groepen gaat. In Den Haag (Sportsupport/Parnassia) heeft een project gericht op bewegingsinterventie bij depressieve jongeren helaas tot twee maal toe geen doorgang kunnen vinden omdat de betrokken jongeren uiteindelijk niet kwamen opdagen.

Vanuit een vraaggestuurde benadering organiseren GGD-en voor basisscholen ook informatie-avonden, gericht op voor ouders over bewegen en voeding in relatie tot gezondheidsrisico's zoals overgewicht (bijv. Friesland). Bij bewegingsprojecten in het voortgezet onderwijs worden ouders tot dusverre minder betrokken, hoewel hiertoe inmiddels diverse initiatieven zijn ondernomen. In het later beschreven Delftse bewegingsproject werden de geplande ouderavonden echter afgelast wegens te weinig belangstelling. Niettemin is het ook van belang de ouders van middelbare scholieren – vooral die in de lagere sociale segmenten en allochtone groepen – via de school of de wijk voor te lichten over de relatie tussen beweging, voeding en gezondheid en te informeren over sport en bewegingsactiviteiten en mogelijkheden. Het zich afzetten van de jeugd ten opzichte van hun ouders is weliswaar kenmerkend voor jongeren in de puberteit; toch kan slechts een klein deel van de jongeren benoemd worden als 'jeugdcentrist' (Vink, 2000). Voor het merendeel van de jongeren blijven hun ouders, ondanks hun toenemende gerichtheid op leeftijdsgenoten, toch van grote invloed op hun waardenoriëntaties en hun gedrag. Vooral ook onder allochtone jongeren zijn familierelaties en aspecten als gezag en respect van groot belang. Wanneer de in het gezondheidsbeleid heersende visies op gezondheid, beweging en sport niet gedeeld worden door de ouders van allochtone meisjes, zal het niet eenvoudig zijn om deze laatste groep hier wel van te overtuigen, laat staan om daar ook daadwerkelijk naar te laten handelen.

Hoewel er over de opbrengsten en effectiviteit nog weinig gegevens bestaan, lijken het verstrekken van individuele bewegingsadviezen en het betrekken en informeren van ouders, naast de veelal door scholen en gemeenten uitgevoerde groepsgerichte sportstimuleringsactiviteiten, kortom belangrijke aspecten waarbij nog winst valt te behalen.

### 3.4 Paternalisme versus vraaggerichtheid en zelfredzaamheid

Steeds moet worden afgewogen hoe een enigszins paternalistisch geformuleerd aanbod ('gezond bewegen en leven') het beste aansluit bij een vraaggerichte benadering ('jongeren mogen zelf aangeven wat ze willen'). Jongeren krijgen op school en in de buurt steeds meer inspraak in de sporten die ze willen doen, maar wanneer gezondheidskundige doelen beoogd worden, zal daar ook meer op gestuurd en op geëvalueerd moeten worden.

Jongeren krijgen steeds meer inspraak in wat ze willen, maar 'leren leren' (van gezondheidsrisico's en gezond gedrag) gaat niet altijd vanzelf. Wanneer jongeren geen zin meer hebben om te sporten, lijkt het zinvol om er op te wijzen welke gezondheidsrisico's niet-sporten en vooral te weinig bewegen met zich meebrengt. Steeds moet echter in het oog gehouden worden dat niet alle bewegings- en sportactiviteiten bredere gezondheidskundige doelen kunnen/moeten hebben. Wanneer sport en bewegen voor jongeren vooral plezierige activiteiten zijn, is de kans het grootst dat ze prioriteit blijven geven aan dergelijke activiteiten. Dit kan maatschappelijke meeropbrengsten (in relatie tot gezondheid) opleveren, maar dit is niet altijd het geval. Uit de screening bleek bijvoorbeeld dat ook het momenteel door beleidsmakers sterk benadrukte belang van jongerenparticipatie (meedenken en –organiseren; 'WhoZnext?' projecten) niet altijd in dezelfde mate haalbaar is. De meeste jongeren willen wel aangeven wat hun sportvoorkeuren zijn, maar niet overal zijn jongeren in dezelfde mate bereid om deze ook zelf (meehelpen) te organiseren (bijv. Amersfoort). Daarom moet ook steeds afwegingen en keuzes gemaakt worden in de concrete doelen van bewegings- en sportprojecten. Wat zijn de grenzen aan vraaggericht werken wanneer het gaat om gezondheidbevordering? En andersom: wat zijn de grenzen aan gezondheidsbevordering wanneer het gaat om vraaggericht werken en zelfbeschikking?

Een groep die moeilijk te bereiken is via groepsgerichte voorlichtingscampagnes of bewegingsstimuleringsprojecten zijn lager opgeleide (allochtone) jongens die reeds veel risicovol gedrag vertonen (in beleidstermen 'kansarme' of 'randgroep' jongeren). De populariteit van sport, en vooral voetbal, onder deze jongeren is een aangrijpingspunt om andere gezondheids- en leefstijlaspecten als het gebruik van genotsmiddelen, respect voor anderen en het dragen van verantwoordelijkheden. De straat is vaak de enige plek waarop je deze jongeren kan bereiken en behouden. Gezondheidsadviezen van (school)artsen worden waarschijnlijk niet serieus genomen. Buurtsportprojecten die sterk gericht zijn op doorstroming naar sportverenigingen hebben onder deze groep ook weinig kans van slagen. Deze projecten zullen veel meer gericht moeten zijn op het stimuleren van zelfredzaamheid en zelforganisatie (van sport) en individuele jongeren kansen bieden op een goede doorstroming op het terrein van opleiding en arbeid (in de sport).

### 3.5 Effectmeting

Hoewel moet worden ingezien dat effecten van voorlichting en sportstimuleringsprojecten, waaronder dus ook gezondheidsaspecten, niet altijd eenvoudig meetbaar zijn, is er een toenemende besef van het belang van kosten-baten analyses. Wanneer sport- en bewegingsstimulering gezondheidbevordering ten doel heeft is het kortom raadzaam ook na te gaan of en op welke wijze dit het beste gebeurt. Bij de meeste projecten vindt resultaatmeting (alleen) plaats door het aantal deelnemers te turven en achteraf een procesevaluatie te houden. Meestal is echter niet duidelijk of de (groepen) jongeren die het minst bewegen ook bereikt worden of vooral de reeds actieve jongeren. Evenmin werd tot dusverre niet of nauwelijks nagegaan of de sportieve interventies daadwerkelijk leiden tot meer bewegen en een betere fysieke fitheid van jongeren. Voor de toekomst is het vooral zaak om meer inzicht te krijgen in de gezondheidseffectiviteit van sport- en bewegingsstimuleringsprojecten: voldoen meer jongeren aan de bewegings- en fitheidsnorm?

(Gezondheids)effecten zijn echter niet altijd makkelijk te meten op korte termijn. Een – veelvuldig vastgestelde – groei van het aantal deelnemers aan buurt-/schoolsportprojecten betekent niet automatisch dat meer jongeren vaker (blijven) bewegen en gezonder (blijven) leven. Maar andersom kunnen sportstimuleringsactiviteiten (waaronder ook zap-achtige projecten als Fit en Fun, naschoolse sport) ervaringen en informatie overdragen die op langere termijn effect kunnen sorteren in een (blijvende) positieve attitude wat betreft sportdeelname, bewegen en gezondheid. Of van dergelijke lange termijn effecten sprake is, kan alleen door middel van longitudinaal onderzoek worden achterhaald.

Een van de weinige achterhaalde bewegingsinterventie-projecten met een uitgebreide voor- en nameting is het project *Delftse jeugd in Beweging!*. In het schooljaar 1998-1999 werden buitenschoolse sportactiviteiten georganiseerd om de fitheid en het bewegingsgedrag van de Delftse jeugd te vergroten en het aantal niet-actieven te verminderen. Het ging hierbij voornamelijk om leerlingen van basisscholen (groepen 5-8), maar ook was een 2de klas uit het voortgezet onderwijs (en dus in de leeftijd 12-18 jaar) betrokken. De voor- en nametingen van fitheid en leefstijl/sportparticipatie werden behalve op de projectscholen ook uitgevoerd op diverse controlescholen om na te gaan of eventuele gevonden verschillen ook daadwerkelijk aan de bewegingsinterventies en niet aan andere ontwikkelingen waren toe te schrijven. Een dergelijk project is qua voorbereiding en organisatie erg tijdsintensief. In totaal namen 335 leerlingen, waarvan 122 uit het voortgezet onderwijs, aan de interventie deel en waren 243 (waarvan 73 VO) leerlingen betrokken bij de controlemetingen. Juist bij de 2de klas leerlingen uit het voortgezet onderwijs vormden de leerlingen van de experimentele en controleschool qua achtergrondkenmerken (o.a. leeftijd, sekse, etniciteit, opleiding) geen goed vergelijkbare groepen. De jongeren konden kiezen tussen zaalvoetbal, judo, tafeltennis, aerobics en fitness; vooral de laatste twee sporten bleken populair. In totaal deed 93% van de vo leerlingen mee aan de buitenschoolse activiteiten, waarvan meer dan driekwart vrijwel wekelijks over een periode van zo'n 30 weken. Bijna een kwart deed eenmaal per maand of vrijwel nooit mee. Als redenen om te stoppen gaven de leerlingen onder andere aan dat ze het niet leuk vonden, geen zin meer hadden of al genoeg aan sport deden. Het merendeel van de vo leerlingen wilde het volgende jaar (misschien) weer mee doen. De ouders bleken nauwelijks betrokken en de geplande ouderavonden waarop gezondheidsvoorlichting aan ouders zou worden gegeven gingen niet door wegens te weinig belangstelling. Wel werden informatiefolders aan de deelnemende leerlingen uitgedeeld. De interventie bij de experimentele groep leerlingen bleek geen direct positief effect te hebben op het totale aantal bewegingsuren per week en de diverse fitheidsaspecten. Het aantal lidmaatschappen bij verenigingen veranderde niet. De houding van de 2de klas VO (en overige) jongeren ten aanzien van hun attitude ten opzichte van sport was ook bij aanvang van de interventie reeds erg positief. Ook de intentie om daadwerkelijk te gaan sporten bleef onveranderd bij de experimentele groep. Toch werden enkele effecten gesignaleerd. Gecorrigeerd voor leeftijd geslacht en etniciteit, was er sprake van een grotere afname van het aantal bewegingsuren bij de controlegroep. Wanneer specifiek werd gekeken naar het aantal weinig of inactieve personen (minder dan 3 uur per week) bleek dit percentage bij de experimentele VO groep afgenomen na de interventie (van 12% naar 8%) en bij de controlegroep toegenomen (van 3% naar 17%). Ook over de gehele groep bleken meer weinig/niet actieve jongeren uit de experimentele dan uit de controle groep vaker dan drie uren te zijn gaan bewegen. Opvallend was verder dat de interventie meer effect leek te sorteren bij leerlingen met Nederlandse ouders dan bij leerlingen van wie de ouders in het buitenland waren geboren. Hiervan werden de gegevens echter niet onderscheiden naar schoolniveau en vond ook geen vergelijking met de controlegroep plaats.

Enkele aanbevelingen:

- Meer variatie in het sportaanbod en het bieden van de mogelijkheid om over te stappen naar een andere tak van sport (meer *zap*-mogelijkheden).
- Meer kennis nodig over de determinanten van lichamelijke activiteit van de minst actieve jeugd.
- Meer gerichte aandacht voor voorlichting- en bewegingsstimuleringsmethodieken om specifieke risicogroepen te bereiken.
- Longitudinaal onderzoek onder leerlingen voortgezet onderwijs met betrekking tot bewegingsgedrag en fitheid.



#### 4. Conclusies en aanbevelingen

*“De evaluatie van gezondheidsbevordering is een complexe onderneming. Het nagaan van de causale effecten tussen een interventie, gericht op (subgroepen binnen de) bevolking en de daaruit voortvloeiende lange termijn effecten op gezondheid en maatschappij kost veel moeite en is onrealistisch om daar veel van te verwachten. Het is belangrijk om voor de toekomst haalbare evaluatieontwerpen te ontwikkelen waarin verschillende onderzoeksmethoden, zowel kwalitatief als kwantitatief, worden gecombineerd. Een evaluatie moet op maat gesneden zijn voor de activiteiten en omstandigheden van een individueel project....Tevens is het aan te bevelen om kosten-effectiviteits-analyses een prominere plaats te geven dan tot op heden gebeurt.”* (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002)

Samenvattend kan gesteld worden dat projecten gericht op een gezonde leefstijl in het algemeen en het bevorderen van voldoende lichaamsbeweging en sportdeelname in het bijzonder, vooruitgang lijken te boeken in het bereiken en betrekken van de doelgroep. Diverse sportstimuleringsprojecten in wijken en scholen met veel (allochtone) jongeren met een lagere sociaal-economische status zijn door de jaren heen uitgegroeid tot succesvolle activiteiten waarbij wekelijks grote groepen – voorheen niet of nauwelijks sportende - jongeren onder gekwalificeerde begeleiding sporten. Samenwerkingsverbanden tussen diverse organisaties raken steeds meer institutioneel ingebed, waardoor projecten minder afhankelijk zijn van eenmalige/tijdelijke projectfinanciering en een continu karakter (kunnen) krijgen. Over de daadwerkelijke gezondheidsopbrengsten van de verschillende projecten is echter nog relatief weinig bekend evenals over de effectieve en optimale bereikbaarheid van de groepen met de grootste bewegingsarmoede (o.a. allochtone meisjes).

Belangrijke aspecten voor het welslagen zijn onder andere het genereren van een toegankelijk aanbod in de omgeving met inspraak en betrokkenheid (participatie) van de doelgroep. Daarbij bestaat idealiter nauwe samenwerking en afstemming tussen diverse organisaties (waaronder gemeente, school, GGD en sportverenigingen) jongeren en hun ouders. Naast groepsgerichte voorlichting en een gedifferentieerd activiteitenaanbod is ook individuele advisering en begeleiding noodzakelijk voor effectoptimalisering. Daarbij dient men zich steeds rekenschap te geven van diverse sociale klasse, etniciteit en seksegerelateerde achtergronden, leefpatronen en overtuigingen.

Voor het optimaliseren en nauwkeurig meten van effecten is bovendien een lange termijn planning met heldere en afgebakende doelstellingen, continue screening en meerdere evaluatie- en meetmomenten onontbeerlijk.

Enkele aanbeveling met betrekking tot interventies en onderzoek zijn:

- **Richt nieuwe interventies vooral op bewegingsstimulering van weinig en niet-actieve individuen en groepen (bijv. allochtone meisjes), met gedegen voor- en nametingen**

Veel geld ten behoeve van sport- en bewegingsstimulering is niet specifiek gericht op en komt (dus) ook niet ten goede aan de minst actieve groepen. Bovendien kennen veel sportstimuleringsprojecten een gebrekkige evaluatie. Het beschikbare geld zou daarom beter besteed kunnen worden aan enkele zeer gerichte bewegingsstimuleringsprojecten voor allochtone meisjes (en autochtone meisjes met een lage sociaal-economische achtergrond) die tevens gepaard gaan met voedingsadviezen en waarbij ook de ouders (moeders) betrokken worden. Ook meer aandacht voor gerichte individuele bewegingsstimulering (ongeacht specifieke achtergronden) is wenselijk.

Sportstimulering maakt hiervan weliswaar deel uit, maar het accent zou veel meer moeten liggen op voldoende lichaamsbeweging (door o.a. wandelen, fietsen, zwemmen, dans). Deze projecten zullen bovendien gepaard moeten gaan met gedegen effect-evaluaties.

- **Stel duidelijke prioriteiten**

Vaak gaat bewegings- en sportstimulering an sich hand in hand met allerlei instrumentele doelstellingen in relatie tot gezondheid, sociale integratie en jeugdparticipatie. Uit diverse projecten blijkt dat niet alles vanzelf gaat en dat een gebrek aan prioritering (te veel en te snel willen) uiteindelijk betekent dat er helemaal geen concrete resultaten geboekt worden.

- **Zorg voor betere afstemming gezondheid en bewegingsstimulering**

Gezondheidsrisico's hangen vaak op (complexe) wijze samen. Tot dusverre is bewegings- en sportstimulering een redelijk zelfstandig traject ten opzichte van andere vormen van gezondheidsbeleid. Beter samenhangende interventieprogramma en strategieën zijn het meest wenselijk en effectief.

- **Stimuleer positieve attitude ten opzichte van sport, bewegen en gezondheid door voorlichting en biedt (informatie aan over) laagdrempelige bewegings- en sportmogelijkheden**

De sportbereidheid is ook bij niet-sporters vaak relatief hoog, ondanks dat ze als belangrijkste redenen aangeven dat ze geen tijd of zin (meer) hebben (DSP, 2000; Elling, 2002; De Groot, 1998). Vaak zijn jongeren in de puberteit zoekende naar de activiteiten die het beste aansluiten bij hun eigen wensen en mogelijkheden en het vinden van een goede balans in hun totale (vrije)tijdsbestedingspatroon. Hoe ouder de sporters des te vaker is het een weloverwogen keuze om (voorlopig) niet aan sport te doen.

- **Zoek een goede balans tussen paternalisme en vraaggericht werken**

Gezondheidsinterventies gaan per definitie gepaard met en zekere mate aan paternalisme. Dit is niet altijd makkelijk te verenigen met een vraaggerichte werkwijze die de zelfbeschikking en zelfredzaamheid van (jonge) burgers als uitgangspunt neemt. Juist bij jongeren en met betrekking tot gezondheidsstimulering komt de spanning tussen 'wij weten wat goed voor jullie is' en 'jullie moeten zelf keuzes (leren) maken' naar voren. Dat de meeste jongeren plezier beleven aan verschillende vormen van bewegen (en sport) biedt echter voldoende mogelijkheden om beide uitgangspunten te verenigen.

- **Toets bewegingsgedrag in plaats van sportdeelname**

In diverse sport- en bewegingsdeelname studies wordt alleen gevraagd naar het sportgedrag en soms zelf alleen naar het lidmaatschap van vereniging of sportschool (bijv. De Groot, 1998; Westhoff, 1999). Het sportgedrag zegt echter niet voldoende over het totale bewegingsgedrag van jongeren. Het is beter om te vragen naar het aantal keren en/of uren per week (of per maand) dat de jongeren sporten en naar andere vormen van lichaamsbeweging zoals wandelen of fietsen (zie voorbeeld in bijlage).

- **Toets in metingen zoveel mogelijk achtergrondvariabelen en interacties**

In veel analyses worden verschillen in onder andere geslacht, etniciteit en opleiding onafhankelijk van elkaar bekeken. Vaak bestaan er echter (complexe) verbanden en interacties tussen verschillende achtergrondkenmerken (vgl DSP, 2000; Elling, 2002).

## Literatuur

- Baarveld, F., Hegger, W., Crone, M. & Reijneveld, M. (2002) *Samen sterk voor gezondheid op school. Procesevaluatie*. Nijmegen/Leiden: ITS/TNO-PG.
- Brettschneider, W. (2001) Involvement in organised sports and adolescent development. Paper presentation at the 6<sup>th</sup> Annual congress of the European College of Sport Science, Cologne 24-28 July 2001.
- Brug, H.H. van der & Horstmanshoff, M. (2001) *Sportgedrag jongeren in Amsterdam*. Amsterdam: UvA.
- Dijkshorn H. (2002) *Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam. Verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000*. GG&GD Amsterdam
- DSP (2000). *Sportdeelname Amsterdam, 1999*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam (O+S).
- Duijvestijn, P. (2001) Hoe krijgen we resultaat? In P. Duijvestijn, K. Faber & H. Stegeman (red.) CHES. *Het handboek. In 7 stappen naar betere jeugdsportplannen* (pp.77-85). Meppel/Arnhem: Edu Actief/Jeugd in Beweging.
- Elling, A (2002) 'Ze zijn er (niet) voor gebouwd'. *In en uitsluiting in de sport naar sekse en etniciteit*. Nieuwegein/Den Bosch: Arko Sports Media/Mulier Instituut.
- Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M. & Stiggelbout, M. (1999) *Trendrapport Bewegen en Gezondheid 1998/1999*. Hoofddorp/Leiden: TNO.
- Jansen, J. Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (2002) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu Van Loghum.
- Janssens, J., Kalmthout, J. & Heuvel, M. van den (2002) *Zorg voor gezondheid in de sportvereniging. Een onderzoek naar gebruik, waardering en behoefte*. Arnhem: NOC\*NSF.
- Kemper, H.G.C., Ooijendijk, W.T.M. & Stiggelbout, M. e.a. (2000) De Nederlandse Norm Gezond Bewegen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 78/3: 180-183.
- Leest, L.A.T.M. van, Dis, S.J. van & Verschuren, W. M.M. (2002) *Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. Bilthoven: RIVM.
- Mechelen, W. van, Vente, W. de, Twisk, J.W.R., Post, G.B., Snel, J. & Kemper, H.C.G. (1999) Het beloop van alledaagse lichamelijke activiteit van een selecte groep Nederlanders. Resultaten van 20 jaar Amsterdams Groei en Gezondheidsonderzoek. In: V.H. Hildebrandt, W.T.M. Ooijendijk & M. Stiggelbout. (1999) *Trendrapport Bewegen en Gezondheid 1998/1999* (pp.53-66). Hoofddorp/Leiden: TNO

Mol, M. & Boonekamp, G. (2001) *Handboek Jeugd – Gezond in Beweging*. Arnhem/Meppel: Stichting Jeugd in Beweging, NOC\*NSF/EduActief

Mulder, Y.M. & Reijneveld, S.A. (1998) *Lichamelijke activiteit bij de Jeugd: gezondheidseffecten en stimuleringsmogelijkheden*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

NOC\*NSF (2000) *Kengetallen Sportbeoefening 2000*. Arnhem: NOC\*NSF.

Patriksson, G. & Lake, J. (1997) Adolescent lifestyles: A survey of youth from England and Sweden. Paper presentation at the International Sociology of Sport Association Symposium 1997, Oslo, Norway, June 28-July 1.

Rietman, G.D.T. (1998) *Leefstijl Twentse jongeren 1997*. Een onderzoek naar de leefstijl van Twentse jongeren van 12-19 jaar door de GGD Twente. Almelo: GGD Twente.

Rijsdorp, K. (1966) *Sport als jong-menselijke activiteit*. Utrecht: Stichting Jan Luiting Fonds.

SCP (2000) *Trends en determinanten in de sport. Eerste resultaten uit het AVO 1999*. Den Haag: SCP.

TNO-PG (2000) Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Deel I: Eindrapport. Leiden: TNO.

Vinken, H. (2000) De politieke waarde van verzet tegen volwassenen. Jeugdcentrisme en conservatisme in Nederland. *Sociologische Gids* 47/3: 180-200.

Vries, H. de (1998) Determinanten van gedrag. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen, & G.J. Kok (red) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.

VWS (2001) *Sport, bewegen en gezondheid. Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en bewegen*. Den Haag: VWS.

Westhoff, M.H. e.a. (1999) *Delftse Jeugd in Beweging! Evaluatie van buitenschoolse sportactiviteiten*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

# Bijlagen

- Overzicht gebelde instanties
- Overzicht gesprekken
- Voorstel casus
- Voorbeeld onderzoek bewegingsgedrag

## Gebelde instanties

### GGD's

Landelijke Verenigingen voor GGD'en

GGD Amsterdam

Dienst Brandweer en Volksgezondheid Arnhem

GGD West Brabant (Breda)

GGD Den Bosch

GGD Eemland

GGD Eindhoven

GGD Flevoland

GGD Zuid-Oost Brabant (Helmond)

GGD Zuidelijk Zuid Limburg (Maastricht)

GGD Regio Nijmegen

GGD Rotterdam

GGD Zwolle

### Gemeenten

Almere

Amersfoort

Amsterdam

Arnhem

Delft

Den Haag

Eindhoven

Enschede

Groningen

Den Helder

Leeuwarden

Maastricht

Rotterdam

Utrecht

Tilburg

Weert

**Overige instanties (landelijk)**

Nederlandse Hartstichting

NIGZ

NOC\*NSF

Trimbos Instituut

**Overige instanties (lokaal)**

Alouan Gouda

ITS Nijmegen

Parnassia-GGZ preventie Den Haag

Sport Support Den Haag

Vertizontaal Breda

## Overzicht projecten en gesprekken

Gemeente/Stad	Project	Gesprek
Amersfoort	'De Sportieve school'	Dhr. Hardeman (NV SRO Sportontwikkeling)
Amsterdam	'Topscore'/'Join the club'	Mevr. Velders (stadsdeel Oost Watergraafsmeer, afd. welzijn, onder en sport).
	'Jeugd, sport en bewegen'	
Breda	'De veelkleurige wijk'	Dhr. Klerx (Vertizontaal/Tiener en jongerenwerk)
	'Sport en spelpool'	
Delft	'Delftse Jeugd in Beweging'	
Den Haag	Bewegingsinterventie depressieve jongeren 'Bewegen op recept'	
Leeuwarden	'Move'/Per. Geneesk. Ond.	Mevr. Galema (GGD, afdeling. GVO)
Groningen	'Sportieve vernieuwing/sportzapper'	
Gouda	Sportactiviteiten Alhouan	
Rotterdam	Sportieve vernieuwing/bewegingsruimte/ sportpas	
Skarsterland	'Jeugd in Beweging'	
Landelijk	'Fit & Fun' 'De Gezonde school' 'Schoolgezondheidsbeleid' 'WhoZnext?'	



### **Vorstel casus sport, bewegen en gezondheid:**

- \* Onderzoek naar mate van fysieke beweging en (verenigings)sportdeelname door representatief leefstijlonderzoek GGD. Differentiatie naar leeftijd, sekse, etniciteit en opleiding.
- \* Selecteren doelgroep(en) en formuleren concrete doelstellingen. Bijvoorbeeld toename van percentage allochtone meisjes 12-18 jaar dat voldoet aan de beweegnorm van ..% tot ..%.
- \* Bepalen aanpak door te kijken naar haalbaarheid, effectiviteit en aansluiting doelgroep. Bijv. voorlichting voor jongeren en ouders over relatie bewegen en gezondheid plus vast wekelijks aanbod van diverse naschoolse sportactiviteiten ism vakleerkrachten, sportverenigingen en fitnesscentra, waarbij individuele begeleiding mogelijk is.
- \* Duidelijke afspraken maken over taken, verantwoordelijkheden en werken volgens draaiboeken
- \* Continue verzameling gegevens (bijv. aantal deelnemers) en evaluatie op procesverloop
- \* Onderzoek uiteindelijke effecten van interventie (toetsing beweegnorm) en eventuele bijstelling doelstelling voor vervolginterventie

### Voorbeeld onderzoek bewegingsgedrag naar sociale achtergronden

naam .....

postcode: .....

leeftijd .... jaar

geslacht  jongen  meisje

opleiding  v(m)bo  mavo  havo  vwo  
 ....

Geboorteland  Nederland  Turkije  Marokko  
 Suriname  Ned. Antillen  anders: .....

Vader: hoogste opleiding .....

beroep .....

geboorteland .....

Moeder: hoogste opleiding .....

beroep .....

geboorteland .....

-----

-----

Doe je aan sport?  ja  
 nee

Welke sport(en)? 1.....(meest beoefende sport)  
(maximaal 3 noemen) 2.....  
3.....

Hoe vaak sport jij?  minder dan 1 keer per maand  
(zonder schoolgymnastiek!)  1-3 keer per maand  
 ongeveer 1 keer per week  
 vaker dan 1 keer per week

Ben je lid van een sportvereniging/  
sportschool?  ja, tak van sport: .....  
 nee

Fiets of loop je regelmatig?  ja, iedere dag minstens 10 minuten  
 ja, 4-6 keer per week minstens 10 minuten  
 ja, 1-3 keer per week minstens 10 minuten  
 nee, vrijwel nooit

Doe je op andere manieren  
regelmatig aan beweging?  nee  
 ja,.....

*Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.*

*Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.*