

Meer bewegen voor een meer gelijke gezondheid

➤ **MOMENTEN SPRAK MET BRUNO BUYTAERT VAN VIGEZ,
EXPERTISECENTRUM VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE EN ZIEKTEPREVENTIE**
➤ **TEKST: INGE VAN DE WALLE**

Tot in de jaren negentig was het stimuleren van sportparticipatie bon ton, niet in het minst als preventief instrument, om de volksgezondheid op te krikken. Inmiddels is de norm verschoven van sport naar bewegen. Dertig minuten matig intensieve activiteit en dit liefst alle dagen van de week helpen je gezondheid al een eind op weg. In zowat alle geledingen van de maatschappij wordt immers bewegingsarmoede vastgesteld, maar die tendens is nog duidelijker voor kansengroepen. Wat nefast is voor een gezondheidskloof die sterk samenhangt met opleidingsniveau en inkomen, en die de laatste jaren nog in omvang toeneemt. Op de Gezondheidsconferentie van 23 oktober 2008 werd een Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond voeding en beweging aangenomen voor de periode 2008-2015. Met die doelstelling sluit Vlaanderen zich aan bij de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en recente Europese beleidsinitiatieven tegen obesitas, en voor een leefwijze met evenwichtige voeding en voldoende beweging. We vroegen aan Bruno Buytaert van VIGeZ, een expertisecentrum voor gezondheids promotie en ziektepreventie, vanuit welke visie op gezondheids promotie ze onder meer inzetten op mensen in armoede en beweging.

DE GEZONDHEIDSKLOOF

Leefstijlfactoren zoals roken, alcoholgebruik en slechte voeding maar evengoed lichamelijke inactiviteit kunnen je gezondheid schade berokkenen. Wat dan weer leidt tot hoge kosten voor de gezondheidszorg en een pak economische schade. Gezondheid verloopt volgens een 'sociale gradiënt': hoe la-

ger je sociale positie, hoe slechter je gezondheid. Wie onderaan de sociale ladder staat, sterft gemiddeld drie tot vijf jaar vroeger dan mensen die op de bovenste sporten staan. Mensen uit lagere inkomensgroepen hebben meer te kampen met chronische aandoeningen, zoals obesitas, hartkwalen en diabetes, maar ook handicaps, depressies en slaap-

stoornissen komen vaker voor.¹ Kortom: een Belgische gezondheidskloof om u tegen te zeggen. Meer zelfs, de kloof neemt nog toe. De hoogste sociale groepen gaan erop vooruit en de middengroepen gaan erop vooruit qua levensverwachting, maar minder snel. Voor de laagste groepen is er eerder sprake van stilstand of zelfs achteruitgang. Dat betekent concreet dat een vrouw van 25 jaar zonder opleiding maar liefst achttien minder gezonde levensjaren voor de boeg heeft dan haar hooggeschoolde leeftijdsgenoten.²

De verschillen in gezondheidstoestand tussen armen en niet-armen zijn gedeeltelijk te verklaren door een verschil in leefstijl. Laag opgeleide personen roken meer, gebruiken meer alcohol, doen veelal minder aan lichaamsbeweging en hebben een ongezonder eetpatroon. 59,2% van de laagste inkomensklasse is wekelijks actief, tegenover 76,6% van de hoogste inkomensklasse. Mensen in armoede hebben vaker dan niet-armen een sedentaire levensstijl (27% versus 21%). Evengoed kan een en ander worden verklaard vanuit structurele oorzaken, zoals een ongezonde woon-, leef- en werkomgeving en een laag inkomen. En omgekeerd: wie gezond is, vindt gemakkelijker werk en houdt dat ook, kan deelnemen aan het maatschappelijk leven, kan zijn kinderen meer mogelijkheden bieden.

Voor Bruno Buytaert is het dan ook essentieel dat in het Vlaamse gezondheidsbeleid wordt gefocust op “gelijke kansen op een goede gezondheid.” Buytaert: “Waar tot nu toe vooral werd ingezet op toegankelijke zorg, zullen we pas ons doel bereiken als ook een preventieve aanpak kan zorgen voor gelijke kansen op gezondheidsvlak. Het moet

een duidelijke prioriteit zijn in het beleid om ook kansengroepen te bereiken met het gezondheidsbeleid. Als een van de doelstellingen luidt: ‘we willen 10 % minder sedentairen’, dan is het natuurlijk gemakkelijk om de potentiële sporters bij de hoger geschoolden te vinden en zo de norm te halen. Dus moet elke gezondheidsdoelstelling worden gekoppeld aan de sociale doelstellingen, anders blijft de sociale gradiënt werken.” Ongelijkheid in gezondheid bestrijden vraagt ook om een geïntegreerde aanpak, aldus Buytaert. Want de gezondheid van mensen wordt voor een groot stuk bepaald door factoren die buiten het gezondheidssysteem vallen. Naast een preventieve gezondheidszorg kiest Vlaanderen ook voor een facettenbeleid, dat is het beleid dat buiten het domein van de gezondheidszorg valt en bijdraagt tot het bevorderen, beschermen of behouden van gezondheid. Veel beleidsdomeinen hebben raakvlakken met gezondheid: sport, onderwijs, tewerkstelling, welzijn, cultuur, wonen, mobiliteit... De uitdaging van een integraal beleid is juist om de factoren die impact hebben op gezondheid op een samenhangende manier te beïnvloeden.

LOKALE INBEDDING

VIGeZ is pleitbezorger van lokale verankering en de regiefunctie van het lokale bestuur op het vlak van gezondheidsbeleid. Praktijken van zowel buurtwerkingen, LOGO's, verenigingen waar armen het woord nemen, sociale diensten, samenlevingsopbouw, lokale dienstencentra, sport-, integratie-, cultuur- en welzijnsdiensten... dragen allen bij tot het verkleinen van de gezondheidskloof. Vorig jaar organiseerde VIGeZ dan ook samen met VVSG de ontmoetingsdag ‘Ongelijk Gezond’,

om een lokale aanpak te stimuleren. Bruno Buytaert verduidelijkt: “Je hebt een objectieve actor nodig die de samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen zoals zorg, welzijn, sport... en lokale organisaties op mekaar afstemt. Dat kan het OCMW zijn of de gemeente, naargelang de afspraak in het Lokaal Sociaal Beleid. Het is onze job om te kijken wat haalbaar is binnen de lokale context, om de mogelijkheden te toetsen door middel van onderzoek, effectiviteitsstudies en methodiekontwikkeling. Als je vertrekt vanuit gezondheidsprojecten, dan moet dit niet perse vanuit de gezondheidssector vertrekken. Dat is trouwens een heel kleine sector.”

Het is voor VIGeZ niet altijd even eenvoudig om het Vlaamse en het lokale beleid te laten rijmen. “Als een van de Vlaamse indicatoren ‘stoppen met roken’ is, wat doe je daar dan mee als dit lokaal geen prioriteit is? Een lokaal gezondheidsplan maken is niet verplicht, maar hoe zorg je ervoor dat er op lokaal niveau een draagvlak is voor gezond leven en dat er goede keuzes worden gemaakt op basis van lokale cijfers? Bedoeling is dat wij vooral lokale besturen stimuleren om actoren te laten samenwerken. Hierbij kunnen ze verder worden ondersteund door de LOGO's, die regionaal werken en de methodieken op maat kunnen implementeren.” In totaal zijn er vijftien LOGO-netwerken actief op lokaal en regionaal niveau. LOGO staat voor Lokaal Gezondheidsoverleg (officieel: LOco-regionaal GezondheidsOverleg). De belangrijkste opdracht van de LOGO's is het bundelen en coördineren van de lokale krachten om de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen waar te maken. Een LOGO kan preventieorganisaties aanzetten tot samen-

werking en onderling overleg, organisaties ondersteunen bij de uitvoering van acties of lokale besturen adviseren over preventieve gezondheidszorg in hun lokaal sociaal beleid. Om een voorbeeld te geven: LOGO Antwerpen en vzw Antwerpen Sportstad willen de Antwerpse secundaire scholen extra stimuleren om het schoolgezondheidsbeleid uit te voeren. Aan de hand van een ‘Sterrenjacht/ Fata Morgana’ probeerden ze de scholen een duwtje in de rug te geven om gezondheid onder de aandacht van iedereen te brengen.

WEG MET HET VERMANENDE VINGERTJE

Mensen met een bewegachterstand hebben over het algemeen weinig positieve ervaringen met sport. Ze zijn dus niet intrinsiek gemotiveerd om in swingende, grootschalige sportpromotieprojecten zoals ‘Sportelen’ of ‘Stadskriebels’ te stappen. Hoe geeft VIGeZ concrete impulsen rond bewegen voor kansengroepen?

Bruno Buytaert: “We gebruiken inderdaad het woord ‘beweging’ in de plaats van ‘sport’, om niet de nadruk te leggen op afgebakende sportmomenten, maar om beweging te integreren in het dagelijks leven. De klassiekers zoals de trap nemen, te voet naar de bakker of de bib gaan. Omgevingselementen kunnen dit stimuleren, bijvoorbeeld een plakkaatje naar de bibliotheek met de vermelding van de 725 stappen die je moet afleggen, een actie in het kader van het 10.000 stappen project. Aan de hand van een stappenteller kan je dan weten of je aan je streefdoel komt. Ik vertel er onmiddellijk bij dat je met tienduizend stappen bij kansengroepen al direct een serieuze drempel hebt. Alleen al de titel van

het project suggereert dat wij je gaan vertellen wat gezond voor je is. Dat is een foute manier van werken met kansengroepen.”

Het traditionele model van gezondheidsvoorlichting, waarbij alwetende experts de plak zwaaiden, werkt niet meer, zeker niet voor kansengroepen. Bruno Buytaert blikt even terug: “Tot zo’n tien jaar geleden had je in het gezondheidsbeleid heel sterk de overtuiging dat gedragsverandering (zeker bij kansengroepen) een kwestie was van Gezondheid, Voorlichting en Opvoeding, het toenmalige GVO-beleid. We weten wat gezond voor je is. En jij moet dat gewoon uitvoeren. Laat die sigaret liggen, drink wat minder alcohol, eet wat minder vet, enzovoort, meer fruit en groenten... Kortom, het vermanende vingertje. Die werkwijze ging ook heel dikwijls uit van de veronderstelling dat informatie verstrekken voor mensen al genoeg was om te weten en te doen wat gezond is. Maar ondertussen weet zo goed als iedereen dat het ongezond is om te roken. En toch blijven de cijfers onrustwekkend, er blijft een groter aantal rokers in lagere sociaaleconomische groepen. Als je in gezondheidspromotie rekening wil houden met kansengroepen, gaat het er dus niet alleen om de moeilijke woorden uit een folder te halen en er wat meer prentjes bij te zetten. Toegankelijke communicatie is één ding, maar we moeten weten waar de oorzaken liggen van een bepaald gedrag, waarom die verschillen in ongezond gedrag in stand worden gehouden. Bij mensen in armoede ligt het zelfwaardegevoel, het gevoel van ‘ik kan dit wel’ pakken lager. ‘Elke dag is een kwestie van overleven, de sigaret redt mij op momenten dat ik het nodig heb.’ Het gebrek aan

zelfwaardegevoel en sociale steun zijn de meest essentiële elementen die het verschil in blijven roken kunnen verklaren, idem dito voor te weinig bewegen. Al speelt bij bewegen ook het gebrek aan toegankelijke sporten beweegfaciliteiten ook een rol. Het is veel zinniger om eerst op zoek te gaan naar determinanten voor een bepaald gedrag en dan pas aan strategieën te denken. De titel van een Nederlands onderzoek over roken in de lagere sociale klasse is veelzeggend: ‘Waar roken nog de norm is.’ Als je in Verenigingen waar armen het woord nemen zonder verdiepende werkvormen begint over stoppen met roken, krijg je terecht als repliek: ‘je gaat ons toch dat laatste plezier niet afnemen?’. Tot en met die betrokken welzijnswerker die zelf zegt: ‘Je weet niet in welke situatie die mensen leven, hoeveel dagelijkse stress ze hebben. Ik kan hen hun sigaret niet afnemen.’ Begrijpelijk, maar te kort door de bocht. Het is evengoed zaak om achterliggende behoeften van mensen in armoede op het vlak van gezondheid naar boven te krijgen. Uiteindelijk wil iedereen wel het recht op een gelijke kans op een gezond leven. Dat is op zijn minst even belangrijk als toegankelijke zorg, maar pas op lange termijn te realiseren.”

Bruno Buytaert: “Samen met CEDES hebben we de Goed-Gevoel-Stoel ontwikkeld: welke vier stevige poten geven je de kracht om je goed gevoel steeds vaker en langer bij te houden? Met deze aanpak in groep zorgen we voor een veilige omgeving bij mensen in armoede om dieperliggende drempels en behoeften rond geestelijke gezondheid boven te krijgen en om te zetten naar draagkracht. Als je enkel oppervlakkig vraagt aan mensen in armoede wat ze nodig hebben om

gezond te blijven, dan hebben ze het eerst en vooral over de dringende toegankelijkheid van de zorg. Maar daarmee is de zaak niet opgelost. De geringe kansen op gezond leven maken dat de gezondheidsnoden bij mensen in armoede veel groter blijven dan gemiddeld. Dus moet een grotere verspreiding van wijkgezondheidscentra aangevuld worden met het versterken van de kansen op gezond leven in de dagelijkse omgeving van mensen in armoede. Als er morgen overal wijkgezondheidscentra zijn voor alle mensen in armoede, dan is die gezondheidskloof over tien jaar nog niet verkleind. Dan blijven alle andere drempels bestaan die aan de bron moeten aangepakt worden: wat houdt me tegen om gezond te leven? Wat houdt me tegen om beroep te doen op die preventie zoals borstkankerscreening? Factoren zoals een slechte woonomgeving en een gebrekkige mobiliteit zijn zeer reële drempels voor mensen in armoede om gezond te leven.”

DREMPELS IN KAART BRENGEN

VIGeZ hanteert de definitie van gezondheids promotie zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) naar voren wordt geschoven: “Het proces waardoor mensen of groepen van mensen in staat worden gesteld om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid, en zo hun gezondheid te verbeteren.” Die definitie impliceert dat gezondheid geen doel op zich is, maar een middel waarmee individuen hun mogelijkheden kunnen realiseren. Om dat recht op gezondheid te realiseren, kan er best op verschillende sporen worden gewerkt: een gezond en elkaar onderling versterkend overheidsbeleid, een ondersteunende leef-, leer- en werkomgeving, het

versterken van gemeenschapsactiviteiten, het ontwikkelen van persoonlijke overtuigingen, waarden en vaardigheden (het klassieke GVO, of gezondheidsvoorlichting en opvoeding) en het heroriënteren van gezondheidsvoorzieningen naar het bevorderen van gezondheid en samenwerken met andere disciplines en actoren.³

Bruno Buytaert: “Terwijl er klassiek bij gezondheidsbevordering werd gekozen voor informatieve strategieën, voor communicatieaanpassingen, voor campagnes over heel Vlaanderen die geen rekening hielden met verschillen, zijn nu de lokale contacten het belangrijkste kanaal om kansengroepen te bereiken, via het OCMW, via Verenigingen waar armen het woord nemen, net omdat de sociale steun van de groep belangrijk is. Op het vlak van gezonde voeding wordt al langer interactief gewerkt met lokale gezondheidscentra, verenigingen, samenlevingsopbouw... We hebben de principes begrepen van interactief werken en al doende vaardigheden verwerven. Op het vlak van beweging is er een inhaalbeweging gestart. Waar liggen de fysieke, sociale en psychologische drempels voor kansengroepen om aan beweging te doen?”

Bruno Buytaert: “Er wordt nog te vaak simpel gedacht: ‘Als we de financiële drempel wegnemen, is de zaak in orde.’ Maar als je met een sportpas gratis binnen mag in de fitness, zijn er nog andere drempels. Neem pakweg de perceptie van slanke mannen en vrouwen in een glitterpakje. Er moet veel meer met mensen zelf worden bekeken wat hen tegenhoudt. Het gaat echt niet om één manier van werken, maar naargelang

de specifieke groepen gaat het om andere manieren van werken. In de praktijk zien we dat de sportsector vol goede wil zit, maar er nog heel sterk van uitgaat dat zijn aanbod, mits wat kleine aanpassingen, bruikbaar is voor kansengroepen. In het kader van Sport voor Allen proberen federaties dan nieuwe groepen te bereiken, wat nog vaak overkomt als 'zieltjes winnen'. Het is bijvoorbeeld heel lovenswaardig als een golfclub probeert om de drempel te verlagen voor mensen uit economische zwakkere groepen, maar je komt er niet met eenmalige acties zoals een kindergrootouderdag of door een eerste keer gratis en daarna betalend aan te bieden.

Als je van de kant van de niet-gebruikers van het sport- of bewegingsaanbod vertrekt, zoom je in op wat mensen tegenhoudt om die stapjes te zetten die voor hen interessant zijn. Dan kom je op een hoop drempels in de sportwereld uit: het prestatiegerichte, het competitieve, het gevoel van 'ik kan daar niet in mee', onbekendheid over hoe je je moet gedragen... Die drempels moet je eerst kennen voor je iets kan aanbieden dat voor kansengroepen interessant kan zijn."

Het geweer van schouder veranderen, dus, en bekijken wat mensen tegenhoudt, verschillende drempels in kaart brengen en daar dan met verschillende strategieën verder op bouwen. Aansluiten bij de wensen en behoeften vergroot de kans op blijvende verandering in beweeggedrag. Organisaties moeten daarvoor wel op een andere manier gaan werken. Niet bedenken wat goed is voor de groep, maar de groep betrekken bij de ontwikkeling van activiteiten. Niet meer *voor* de doelgroep aan de slag, maar *samen met* de doelgroep.

EMPOWEREND EN COMMUNITY BASED

Op basis van een hoop cijfermateriaal weten we ondertussen maar al te goed hoe het is gesteld met de gezondheidskloof in België. Als het aankomt op het meten van welke interventies effectief zijn en in welke context, hinkt het onderzoek toch wat achterop. Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat programma's die het publiek informeren over het belang van bewegen nauwelijks resulteren in gedragsverandering. En dat voor specifieke doelgroepen zoals jongeren, patiënten, ouderen... *community based* programma's veel effectiever zijn om mensen aan het bewegen te krijgen. Binnen dit soort programma's wordt een proces met lokale groepen ondersteund om zelf behoeften en doelstellingen op te lijsten en gezamenlijke acties op te zetten. In het kader van het Nationale Actieplan Sport en Beweging heeft het Nederlands Instituut een overzicht gemaakt van diverse bewegingsactiveringprogramma's. Ondanks de successen blijven er ook struikelblokken: "De belangrijkste problemen die zich voordoen zijn het niet bereiken van de doelgroep (de harde kern van niet-intrinsiek gemotiveerde mensen), het gebrek aan het bewerkstelligen van gedragsverandering (met name gedragsbehoud) en het ontbreken aan inzicht in de verandering van beweeggedrag en de effecten daarvan op fitheid, gezondheid en ziektespecifieke symptomen."⁴

Ook in Vlaanderen zijn er een heleboel praktijken op het vlak van beweging die zowel empowerend als community based werken. VIGeZ hecht eveneens belang aan het bundelen en verspreiden van praktijken.

Bruno Buytaert: “We zijn zelf gestart met de website www.gezondeinspiratie.be, hier zetten we alle good practices op van verschillende sectoren. In het beste geval is er al een doorstroming van good practices binnen een sector, bijvoorbeeld van de ene sportdienst naar de andere sportdiensten en andere gemeenten. Intersectorale doorstroming is er niet of nauwelijks. De ervaring van een buurtwerk in Genk kan nochtans inspirerend zijn voor een OCMW in Leffinge.”

Vanuit de theorie en praktijk wordt alvast het belang van het sociale netwerk en de lokale context duidelijk. Mensen met een beweegachterstand maken weinig of geen gebruik van het reguliere sportaanbod. Door te vertrekken vanuit de eigen netwerken van mensen is de kans veel groter dat ze meedoen. Een sociaal netwerk biedt immer steun en bruikbare feedback. Vertrekken vanuit de lokale gemeenschap biedt ook veel meer de mogelijkheid om gezondheids promotie te contextualiseren en ook op het beleid te wegen.

Bruno Buytaert: “De Vlaamse gezondheidsdoelstellingen zijn thematisch opgedeeld, er is er één rond tabak, alcohol en drugs, één rond voeding en beweging, valpreventie bij senioren... Voor alle problematieken bestaat apart cijfermateriaal. Maar op lokaal niveau kan je mensen zelf laten problematiseren, zelf laten nagaan welke mogelijkheden er voor hen zijn om gezonder te leven. Het blijkt het gemakkelijkst om vanuit doe-projecten het nadenken rond het aanbod te stimuleren en hierover in gesprek te gaan met lokale bestuurders. Dan pas kan er worden gewerkt aan sensibilisering vanuit een positieve in-

steek. Maar eerst moet er dus dat gevoel zijn dat je impact hebt op je omgeving. Je moet wel realistische doelen stellen als je impact wil hebben op het beleid, zodat je ook effectief voor positieve ervaringen kunt zorgen. Zo waren er op een bepaald moment heel wat verenigingen met mensen in armoede die werkten rond aanbevelingen op het vlak van toegankelijke gezondheidszorg. Op zich zeer interessant om bij mekaar te brengen, maar voordat er aan de federale regelgeving iets verandert, zijn we terug vier of vijf jaar verder. Dat werkt ontmoedigend voor verenigingen. Een vereniging die eerst focuste op wat het OCMW kan doen om zorg toegankelijker te maken als aanloop en signaal naar structurele veranderingen, boekte onmiddellijk verbeteringen voor de betrokken mensen. Succeservaringen zijn essentieel wanneer je werkt met mensen in armoede.”

VLAAMS BELEID ROND GEZONDHEIDSPROMOTIE IN 4 PUNTJES

- **Gezondheids promotie:** kadert binnen de **preventieve gezondheidszorg**, die op zijn beurt een onderdeel vormt van het globale gezondheidszorgsysteem. De andere takken van dit systeem zijn het gezondheidsbeleid (nationaal, gemeenschapsniveau en lokaal), de curatieve gezondheidszorg (artsen en geïnstitutionaliseerde zorg) en de ziekteverzekering (RIZIV en mutualiteiten).
- **Preventief gezondheidsbeleid:** Vlaanderen voert een eigen preventief gezondheidsbeleid om gezondheidswinst op bevolkingsniveau te realiseren en zo mensen langer te laten leven en de levenskwaliteit te verhogen. Naast een pre-

- ventieve gezondheidszorg kiest Vlaanderen ook voor een facettenbeleid, dat is het beleid dat buiten het domein van de gezondheidszorg valt en bijdraagt tot het bevorderen, beschermen of behouden van gezondheid. Het gezondheidsbeleid in ons land werkt nog te sterk verkokerd. Daardoor is gezondheidswinst moeilijk te bereiken. Veel beleidsdomeinen hebben raakvlakken met gezondheid: sport, onderwijs, tewerkstelling, welzijn, cultuur, wonen, mobiliteit... De uitdaging van integraal beleid is juist de factoren die impact hebben op gezondheid op een samenhangende manier te beïnvloeden.
- **Preventieve gezondheidsdoelstellingen** zijn verankerd in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.
 - Gezondheidsdoelstellingen zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die men in een bepaalde periode wil realiseren met het oog op het behalen van gezondheidswinst op bevolkingsniveau.
 - Gezondheidsdoelstellingen zijn nauw verbonden aan het opvolgen van **gezondheidsindicatoren**. Uit diverse registratiegegevens is het mogelijk om op basis van gezondheidsindicatoren (de evolutie van) de gezondheidstoestand van de Vlaamse bevolking in kaart te brengen. Die indicatoren geven weer wat de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn en vormen zo het uitgangspunt voor het formuleren van gezondheidsdoelstellingen. Ze maken het bovendien mogelijk de realisatie van de gezondheidsdoelstelling op te volgen.

NOTEN

- 1 *Jaarboek 2007 over Armoede en Sociale Uitsluiting*
- 2 *'Tackling Health Inequalities in Belgium' (TAHIB), een onderzoek van de POD Wetenschapsbeleid uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV), het Centre d'études Socio-Economiques de la Santé (Sesa) de l' UCL en het Steunpunt Demografie van de VUB.*
- 3 Website VIGeZ, www.vigez.be
- 4 De Greef, Mathieu. *Het belang van bewegen voor onze gezondheid. Partnership Huisartsenzorg* in *Beweging*, 2009, pg.13,