

Door leefstijl naar gezondheid

Prof. Dr. Luc Vanhees

zaterdag 14 februari 2004 om 14.00u, Gasthuisberg auditorium GA3

Deel 1: Interview



Hoog en droog, op de 7de en hoogste verdieping van het U.Z. Gasthuisberg, vind ik, achter stapels papieren in een klein, knus kantoor de 'goeroe' van Harpa: Luc Vanhees. Met een prachtig panoramisch uitzicht op het glooiende Brabantse landschap beginnen wij eraan.

Luc Vanhees werd 52 jaar geleden geboren in het Limburgse Borgloon als jongste van vier. Toen de kleine Luc 7 jaar was, verhuisde het gezin naar de Schreursvest in Heverlee (tegenover Leuven Centraal). Na het lager onderwijs volgde hij Latijn-Wiskunde aan het Sint-Pieterscollege, en vandaar wenkt, bijna vanzelfsprekend, de K.U. Leuven, waar hij terechtkomt in de Faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesithérapie. Na de gebruikelijke studiejaren wordt Luc in 1976 licentiaat L.O. en Kine met een thesis over Lokale Huidtemperatuur. Na zijn studies komt hij in contact met professor Bresseur van de Franstalige universiteit U.C.L., die in 1974 het eerste en enig bestaande programma voor cardiale revalidatie had opgestart. Als Vlaming begon Luc zijn loopbaan met tweetalige patiënten in het Sint-Pietersziekenhuis te Leuven. Toen de U.C.L. in 1977 verhuisde naar Woluwe, had Luc al enige ervaring opgedaan met de organisatie, de behandeling en de evaluatie van de cardiale revalidatie, die toen nog in zijn kinderschoenen stond. Na de verhuis kwamen een 20-tal patiënten over van Leuven naar Pellenberg. De dagelijkse trainingen stonden onder het medisch toezicht en begeleiding van een jonge geneesheer-assistent Robert Fagard. Onze twee pioniers bouwden met veel geestdrift, elk in hun eigen vakgebied, de cardio-vasculaire en respiratoire revalidatie uit. Vanuit de medische wereld werd er met enige argwaan uitgekeken naar de resultaten van de inspanningen bij de hartpatiënten.

Na de revalidatie binnen de ziekenhuismuren onder strikt medisch toezicht, deed de nood zich gevoelen om de gekende goede resultaten te bestendigen en te onderhouden. In overleg met dr. Fagard en in samenwerking met de leiding van het Instituut Lichamelijke Opvoeding (ILO) werd op 10 oktober 1979 de allereerste training in het Gymnasium van het "Sportkot" georganiseerd. Het initiatief viel bij de deelnemende patiënten in zo'n goede aarde, dat er besloten werd een organisatie op touw te zetten. Na enkele voorbereidende vergaderingen vond de stichtingsvergadering van Harpa plaats op 21 december 1979 in een zolder-zaaltje van de Faculty Club, waarna prompt het eerste etentje plaatsvond!

Van bij het begin werd de klemtoon gelegd op de veiligheid en de medische supervisie: dr. Fagard, die toen net als assistent was afgestudeerd, kreeg de medische verantwoordelijkheid, terwijl Luc Vanhees instond voor de praktische organisatie. Ondertussen had Luc al een ruime ervaring opgedaan in het defibrileren en reanimeren. Vanuit dit expertisegegeven startte Vanhees in 1979 zijn docoraatsopleiding, waarbij ook lessen gevolgd werden aan de Faculteit Geneeskunde. Na 5 jaar werd hij gepromoveerd tot doctor in de motorische revalidatie met als thesis "Fysische training bij patiënten met ischemisch hartlijden".

Ondertussen bleef Harpa in ledenaantal steeds maar groeien, zodat uitgekeken werd naar een

tweede trainingssessie in het sportkot. Ook medewerkers-kinesisten en stagiaires maakten hun opwachting. Onder hen Kris Weckx, en Kathleen Vandenberghe en Dirk Schepers, die nu nog altijd de dienst verzekeren. In het midden van de negentiger jaren moest Luc zijn Harpa-activiteit gedeeltelijk terugschroeven o.w.v. drukker wordende beroepsbezigheden. Toch wilde hij "zijn club", "zijn kind" niet zomaar loslaten. Hij wilde Harpa een nieuwe structuur geven, zodat de vereniging los van hem zou kunnen blijven functioneren. Consequent aanvaardde hij het voorzitterschap in 1999 om de vereniging HARPA-nieuwe-stijl op de rails te zetten. Professioneel was deze tijd voor hem ook erg belangrijk, want hij werd eerst docent, dan hoofddocent om tenslotte in 2000 hoogleraar te worden aan de nieuwe Faculteit Kinesiologie en Revalidatiewetenschappen. Daarnaast maakt hij, als eerste niet-cardioloog, deel uit van verschillende Belgische, Europese en internationale werkgroepen omtrent fysieke training en revalidatie. Onlangs werd prof. dr. L. Vanhees benoemd als hoogleraar aan de Faculteit Gezondheidszorg van de Hoge School van Utrecht, waar hij in november 2003 zijn eerste openbare les gaf met als titel: "De mythe van het bewegen".

Temidden van zo'n drukke en rijkgevlude loopbaan blikt onze prof sereen terug op de afgelegde weg van 25 jaar. Aanvankelijk moest hij bijna alles zelf doen: de trainingen geven, de patiënten een hart onder de riem steken, de defibrillator meebrengen vanuit het ziekenhuis. In een latere periode werd hij bijgestaan door kinesisten en stagiairs. Ook de opeenvolgende bestuursleden boden een praktische hulp bij de vele beslommeringen. Maar steeds staat hij paraat om zijn deskundig advies te geven over het wel en wee van onze vereniging.

Als hij denkt aan de toekomst van de Harpa-sportvereniging, gaan zijn gedachten uit naar een uitbreiding in de vorm van een individueel fitnessprogramma. Daar is echter ruimte en opgeleid personeel voor nodig. Toch denkt hij in dezelfde richting als het huidige bestuur van Harpa. Hij is van oordeel dat de individuele Harpa-leden enorm veel aangereikt krijgen voor een zeer laag lidgeld: per week éénmaal zwemmen, eenmaal volleyballen, twee conditie-trainingssessies en om de veertien dagen een wandeling. Dat maakt meer dan 200 trainingsmomenten per jaar, dat is per keer slechts een prikje. Uitbreiding van de bestaande gezamenlijke oefenstunden ligt niet direct voor de hand, maar kan wel in overweging genomen worden, mits de beschikbaarheid over de nodige ruimte, het geëigende veiligheidsmateriaal en deskundig personeel.

Tot slot wenst hij de huidige bestuursploeg en de leden nog veel vruchtbare oefenstunden en een lekkere gezondheid en veel vriendschap onderling. Dan kijkt hij even buiten. In de verte. Neemt zijn lap-top, nog een tweede boekentas, en verdwijnt in de lift. Vlug naar de les.

Dag, professor, tot ziens.

INFOSESSIE 2004

Door leefstijl naar gezondheid

Prof. Dr. Luc Vanhees

zaterdag 14 februari 2004 om 14.00u, Gasthuisberg auditorium GA3

Deel2: Verslag

In een uitgebreide lofredede door onze voorzitter Georges Eneman aan het adres van onze "briljante gastspreker, de man die aan de wieg stond van Harpa en nog steeds de drijvende kracht is", werden we uitgenodigd om te luisteren naar "een gezonde bergrede op de berg van dit Gasthuis." Het was dan nog wel op een speciale leerrijke Valentijnsdag (14/02/2004). Onze voorzitter zag zelfs overal "verliefde oogjes pinken bij de aanwezige leden". Het werd onze 10 de infodag. Inderdaad met de best mogelijke gastspreker tijdens dit jubileumjaar van 25 jaar Harpa: Prof. Luc Vanhees.

Situering en verantwoording van het thema.

“Leefstijl en gezondheid” is een thema dat erg in trek is en sterk leeft bij de mensen. In talloze tv-programma’s en tijdschriften wordt dit item uitvoerig besproken en van alle kanten belicht. Leefstijl speelt een centrale rol in onze gezondheid. Maar leefstijl is sterk persoonsgebonden en wordt ook beïnvloed door de sociale omgeving: voeding, roken, seksueel gedrag, gebitsverzorging, algemene lichaamsverzorging, veiligheid, stresshantering en, ja, ook ...beweging, spelen hierbij een belangrijke rol.

In deze uiteenzetting zal het hoofdaccent worden gelegd op het facet ‘beweging en gezondheid’. Vandaar de ondertitel **‘De mythe van het bewegen’**. Mythe niet in de betekenis van: zomaar een praatje zonder grond, een verhaaltje dat nergens op berust; wel in de betekenis van: reeds van oudsher werd gezegd dat bewegen goed is voor de gezondheid; reeds in de oudheid was er interesse voor beweging. En ook nu heeft men het in alle hedendaagse bladen over bewegen en méér bewegen.

De grondlegger van de wetenschappelijke geneeskunde, Hippocrates van Kos, schreef reeds in de 5de eeuw voor Chr.: “Alle delen van het lichaam die een functie hebben, worden gezond, worden beter gevormd en verouderen minder vlug, als ze met mate worden gebruikt en als ze worden geoefend voor de taken waarvoor ze dienen. Maar als ze niet worden gebruikt en werkloos blijven, worden ze onderhevig aan ziektes, groeien ze minder en verouderen veel vlugger.”

In de 1 ste eeuw na Chr. lanceerde Juvenalis zijn algemeen bekende slogan: “Mens sana in corpore sano.” Door oefening en training een gezond lichaam krijgen, waar ook de geest van profiteert.

Meer recent dienden onze voorouders beroepshalve veel en zware fysieke arbeid te verrichten. Ze moesten al veel inspanning leveren gewoon om zich te verplaatsen. Daarentegen kent de moderne mens nu het probleem van te weinig fysieke inspanning. Allerhande hulpmiddelen maken vele fysieke handelingen overbodig. Ook in de behandeling van bv. hartpatiënten was het tot 40 jaar geleden de praktijk om rust en bewegingsrestrictie voor te schrijven in plaats van beweging. Bij het begin van mijn wetenschappelijke carrière was er geen evidentie; 20 jaar geleden werd bij de verdediging van mijn doctoraat door 1 van de juryleden zelfs de vraag gesteld: “**Is beweging wel goed voor hartpatiënten? Ga je daarmee de mensen niet vlugger de dood injagen?**” Toen had ik geen antwoord om te bewijzen dat de sterfte integendeel zou verminderen, bij middel van meer beweging!”

Bewegen en gezondheid bij de populatie.

De relatie tussen lichamelijke activiteit en gezondheid is complex, maar nu zijn er toch **steeds meerbewijzen voor de gezondheidsvoordelen van regelmatige lichamelijke activiteit**. Ook voor de risico’s van lichamelijke inactiviteit. Zo is een substantieel deel van de sterfte aan dikke darmkanker (19-31%), suikerziekte (11-33%) en coronaire hartziekten (23-40%) toe te schrijven aan inactiviteit. Verder is bekend dat regelmatige lichamelijke activiteit een bijdrage kan leveren aan het voorkomen en behandelen van osteoporose, overgewicht en hypertensie. Beweging heeft niet alleen een gunstige invloed op het ziekteproces maar ook op de kwaliteit van leven. Dit geldt bv. voor mensen met chronisch hartfalen, epilepsie, lage rugpijn, artrose en depressieve klachten.

De eerste belangrijke studie over de relatie tussen fysieke activiteit en gezondheid is van Morris in de jaren ‘50. Hij stelde bij chauffeurs van Londense dubbeldekkers een 40 % hogere incidentie van hartlijden

vast, vergeleken met hun kaartjesknippers. De meeste karakteristieken van de chauffeurs en de kaartjesknippers waren vergelijkbaar, behalve het feit dat de busbegeleiders tijdens hun dagtaak meer actief waren (in- en uitstappen, klimmen naar de bovenverdieping in de dubbeldekkers) dan de sedentaire chauffeurs.

Vanaf die studie is er héél wat meer interesse gekomen naar de relatie tussen fysieke activiteit en

preventie. **Men is kort daarna begonnen met een reeks grote onderzoeken die pas in de jaren '80 werd gepubliceerd.** Waarom zo laat? Omdat bv. Paffenbarger en zijn team onderzoek deden bij afgestudeerden van de Harvard universiteit in de jaren '60. Zij onderzochten de relatie tussen fysieke activiteit, uitgedrukt in wekelijks kilocalorieverbruik, en mortaliteit. Zo werden de proefpersonen 20 jaar lang gevolgd om tot een wetenschappelijk bewijs te komen. In 1986 werden dan de resultaten gepubliceerd. **Dan werd echt wetenschappelijk aangetoond dat diegenen die meer fysieke inspanning deden, minder risico liepen.** Hoe meer actief, hoe minder kans op sterfte, zelfs tot 50 à 55 %! Er is echt een rechtlijnig verband tussen fysieke activiteit enerzijds en kans op (of : minder kans op) sterven anderzijds, niet afhankelijk van de leeftijd!

Sindsdien zijn er nog heel wat studies gekomen. Ook werd onderscheid gemaakt tussen fysieke activiteit tijdens het beroep en fysieke activiteit in de vrije tijd. Zie gerust de Londense politieagent terug voor ogen, die in het begin weinig actief was, maar plotseling de benen uitsloeg ter ontspanning. We kunnen van hem nog wel iets leren.

Alle beschikbare studies over **activiteiten tijdens het beroep** werden op een bepaald moment samengevoegd, zodat men een onderzoek kreeg over 620.000 personen. Mensen met hoge activiteit werden vergeleken met mensen met matige activiteit: hoge activiteit toonde 40 % minder kans op cardiale sterfte dan matige activiteit. Vergelijkt men sedentair t.o.v. hoge activiteit, dan heeft hoge activiteit zelfs 90 % minder kans op cardiale sterfte!

Ook werden 21 studies samengebracht over **activiteiten in de vrije tijd**. Zo kreeg men een inzicht over 200.000 personen. Hier was het resultaat dat hoge activiteit t.o.v. matige activiteit 30 % daling van sterfte betekende. Hoge activiteit t.o.v. sedentair eveneens 90 % daling.

Dit zijn studies op zo'n grote groepen dat je er als evidentie niet meer kunt naast kijken!!!

Je kunt niet anders dan besluiten dat de relatie tussen fysieke activiteit en sterfte héél duidelijk is!!!

Zelfde wetenschappelijke resultaten voor de vrouwen.

De vorige studies omvatten voornamelijk mannen. Men kan zich ook afvragen: **hoe zit het met de vrouwen?**

Héél recent is er een grote studie verschenen in de Verenigde Staten over vrouwen van middelbare tot iets oudere leeftijd. Het ging weer over grote aantallen: 16.000, 32.000 en 25.000 personen. Maar ook weer in elke leeftijdsgroep kwam tot uiting: **hoe meer activiteit, hoe meer het risico op sterfte daalt.** Hier werden procenten aangehaald van 55 %, 50% en 40% minder risico.

Dus ook bij de vrouwen zien we dezelfde resultaten als bij de mannen. En onlangs leidde deze vaststelling op een congres in Zwolle tot volgende uitspraak van een Zweedse professor: "Dan zijn vrouwen blijkbaar toch normale wezens!"

Ook in verband met **type 2 diabetes of ouderdomsdiabetes** werden onderzoeken gedaan. Ook hier geldt de regel: de kans om diabetes te krijgen daalt naarmate men fysiek meer actief is.

Fysieke fitheid en preventie.

Hoe zit het nu met **fitheid**? Jullie hebben allemaal bij ons op de fiets gezeten om jullie fitheid te meten met een inspanningstest. Eind jaren tachtig werd door Steven Blair van Texas, de paus van de studies op dit vlak, de relatie aangetoond tussen gemeten fitheid en cardiovasculaire sterfte, maar ook en dat was de allereerste keer de relatie met kankersterfte (factor x 5).

In verband met cardiovasculaire sterfte werd aangetoond dat er tussen matig fit en de hoogste fitheid een factor bestaat van x 2,5 groter risico. Tussen niet fit en de hoogste fitheid een factor x 8.

Er zijn dus wel degelijk recente grote studies die bewijzen dat er een duidelijke relatie bestaat

tussen fitheid enerzijds en preventie anderzijds: **hoe fitter men is, hoe minder kans op cardiale sterfte en op kankersterfte!**

Nu zou je nog altijd kunnen zeggen: “**Maar je wordt geboren met die fitheid. Je wordt geboren met de kans om al dan niet sneller een infarct te krijgen of eraan te sterven.**” M.a.w. hoe zit het met de relatie tussen verandering in fitheid en mortaliteit en/of het krijgen van hartaandoeningen?

Steven Blair kwam bij zijn onderzoek mensen tegen die helemaal niet fit waren. Hij heeft ze gevraagd: “Probeer eens je leefstijl te veranderen, probeer eens meer actief te zijn.” 5 jaar later werden ze opnieuw getest en dan waren er 2 soorten patiënten: zij die vroeger niet fit waren, maar 5 jaar later wel fit werden bevonden en zij die vroeger niet fit waren en nog altijd niet fit waren na 5 jaar. Wat bleek? De overlevingscurve van de 1 ste groep is duidelijk veel beter dan de overlevingscurve van de 2 de : 44% verschil in risico voor totale mortaliteit.

Besluit: het is niet zo dat je ermee geboren wordt, neen, je kan er echt iets aan doen! Je kan je fitheid veranderen en daardoor je kans op mortaliteit verlagen! Zelfs een kleine verbetering in fitheid veroorzaakt al een lager risico voor sterfte! Het risico vermindert duidelijk als je van niet-fitwel-fit wordt.

Het is niet de vroegere activiteit die telt, wel de huidige.

Sommige mensen zeggen dan: ik was zo fit! Ik sportte zoveel en toch heb ik iets gekregen! Dat is mogelijk. We zeggen niet dat er niets meer kan gebeuren, als je fit bent. Maar we beweren wel : als je matig actief bent, dan is er duidelijk een daling in risico. Als je méér actief bent, dan is de daling nog meer uitgesproken. Hoe meer actief, hoe groter het verschil. En er is een enorm verschil in risico tussen sedentairen en actieven. Het is ook niet omdat je vroeger actief was, dat je nu bescherming hebt: je moet actief blijven, want anders verlies je die bescherming.

En dat is nog duidelijker bij de vrouwen: diegenen die vroeger actief waren en daarna niet meer, hebben een veel groter risico om cardiale problemen te krijgen!

De boodschap is dus: niet de vroegere activiteit telt, wel de huidige!

Is fysieke training wel goed voor hartpatiënten?

Alles wat we hiervoor hebben aangetoond, was allemaal bij gezonde mensen, in de populatie. Maar je kunt je ook afvragen: hoe zit dat nu bij hartpatiënten?

In 1994 had ikzelf een belangrijke publicatie in een Amerikaans tijdschrift. Daarin toonde ik bij patiënten, na een infarct of na een coronaire bypassoperatie, de relatie aan tussen de kans op cardiale sterfte enerzijds en de initiële inspanningscapaciteit anderzijds. Het was een studie over 714 patiënten, waarvan ik er 584 kon overhouden. Als ik dan de invloed van leeftijd, geslacht, ernst van de aandoening wegnam en ik keek alleen naar de invloed van de inspanningscapaciteit, dan stelde ik vast: **hoe lager de inspanningscapaciteit, hoe hoger de kans op cardiale sterfte.** Ook uit latere studies die op 12.000 personen sloegen, bleek duidelijk dat de minst fitten de hoogste mortaliteit hadden. **Hartpatiënten met een grotere inspanningscapaciteit hebben een veel betere overlevingscurve!**

Zelfs is duidelijk dat een kleine verbetering in capaciteit leidt tot een belangrijk verschil in overleving. Om dat te kunnen bewijzen moet men een studie hebben waarin patiënten per toeval ingedeeld worden in een oefengroep en een controlegroep. Die 2 groepen moeten totaal gelijk zijn, niet alleen in aantal, leeftijd, geslacht, ernstige aandoeningen; ook de risicofactoren cholesterol en bloeddruk moeten gelijk verdeeld zijn. Je moet minstens 2000 personen hebben in de trainingsgroep en ook 2000 in de controlegroep. Dat is héél moeilijk te verwezenlijken. Wij zijn in Leuven al 25 jaar bezig en hebben dat nog niet bereikt. We zouden misschien nog 25 jaar nodig hebben om dergelijke voor-waarden te creëren. Daarom heeft men in 1988 kleinere studies samengevoegd tot een eerste meta-analyse, een samenvoeging van alle beschikbare data in één grote analyse. En wat bleek dan? In de trainingsgroep daalde de totale mortaliteit met 20 % en de cardiale sterfte met 25

% . Wij waren toen héél blij met deze resultaten. **Dat was voor ons het ultieme bewijs dat het risico van trainen voor hartpatiënten niet groter was, maar integendeel 25 % lager!**

Voorals je blijft trainen, wordt het verschil in mortaliteit groter. Als je na 3 maanden stopt met trainen, dan is het verschil met de controlegroep maar 8%. Dus niet erg significant. Maar als je blijft oefenen en je houdt het 3 jaar vol, dan loopt het verschil met de controlegroep zelfs op tot 40%

Héél recent, nl. vorig jaar, is er een nieuwe meta-analyse gekomen. Daarin heeft men gekeken naar die revalidatieprogramma's die vooral fysieke training gebruiken en men heeft ze vergeleken met een gewone behandeling zonder fysieke training. Als je dan kijkt naar de totale mortaliteit is er een verschil van 26 %. Voor de cardiovasculaire mortaliteit is er zelfs een verschil van 30 %! Men had eigenlijk gedacht dat er geen verschil in mortaliteit meer zou bestaan, omdat er sinds 1988 toch nieuwe medicatie en betere technieken worden gebruikt. Maar néén! Uit die nieuwe studies bleek in 2003 dat het effect nog is vergroot, niet verminderd.

De conclusie is dus heel duidelijk: het is de fysieke training die het doet, veel meer dan de multidisciplinaire aanpak van medicatie, gezonder eten, stoppen met roken...

Ook bij hartfalen.

De vorige analyses gingen over patiënten na infarct of na coronaire bypassoperatie. Pas 3 weken geleden verscheen een analyse bij hartfalen. Hartfalen krijgt de laatste tijd een grotere incidentie. In de jaren '80 was de verzorging nog: géén oefening, géén inspanning! Maar ook hier is de zaak totaal veranderd. In de jaren '90 is de eerste studie verschenen die bewees dat het ook bij hartfalen beter was om meer actief te zijn. Er is een duidelijk verschil in overleving tussen een trainingsgroep vergeleken met de controlegroep. De trainingsgroep heeft duidelijk een betere overleving. Dat verschil is nog groter als je niet alleen naar de overleving kijkt, maar ook naar heropname in het ziekenhuis. Ook patiënten met hartfalen blijven duidelijk veel beter als ze oefenen dan wanneer ze niet oefenen. Als het falen het gevolg is van coronaire vernauwing, dan doen die het veel beter dan bij hartfalen als gevolg van een niet-ischemische hartaandoening.

De boodschap is hier: het zijn niet alleen de zogezegd "goeie" die resultaten hebben van die trainingen, maar de mensen met de meeste klachten hebben nog de beste resultaten.

Hoe komt dat? Wat zijn de mechanismen?

Als wij naar de redenen van oefening gaan kijken, als wij gaan argumenteren waarom we training aanraden, dan hebben we een klaverblad van 5 doelstellingen:

1. We willen de functionele capaciteiten verbeteren, zodat je meer kunt.
2. We willen de hartfuncties verbeteren, zodanig dat het hart zijn werk beter aankan.
3. We willen de mens in zijn geheel benaderen, zodanig dat hij zich beter voelt en meer durft.
4. We willen risicofactoren die kunnen leiden naar hartlijden beïnvloeden, zoals bloeddruk, cholesterol, lichaamsgewicht en diabetes.
5. We willen een positief effect hebben op ziekte en sterfte.

Ik zal dat nu niet allemaal bewijzen, maar als je eens gaat kijken naar **de verandering in inspannings-capaciteit** van alle patiënten die we de laatste 20 jaar op controle gehad hebben, dan ligt het effect van oefenen rond de 4 à 500 milliliter zuurstof. **Dat is een gemiddelde van 25 % winst op 3 maanden tijd.** En dat constateren we zowel bij mensen die een goede basisconditie hadden als bij mensen die een verschrikkelijk slechte basisconditie hadden. We zien dat er mensen zijn die veel winnen; we zien er ook die minder of weinig winnen.

We hebben daarom ook sterke vermoedens dat genetische factoren een rol kunnen spelen. Vandaar ons onderzoek in het kader van een doctoraat, waarvoor vele Harpisten bloed hebben gegeven.

Zo hebben we ook al tweelingen getraind, twee identieke tweelingen die niet meer bij elkaar woonden, met andere leefomstandigheden. Als we het trainingseffect van tweeling A vergeleken met het trainingseffect van tweeling B, dan zagen we dat die vrij goed corresponderden. Er waren tweelingen die weinig reageerden op training en er waren tweelingen die zeer sterk reageerden.

Dat betekent dus dat er een erfelijke factor is die meespeelt bij het trainingseffect. We hebben al weet van 10 verschillende genen die invloed hebben. Op een wereldcongres in Dublin, in de maand mei van dit jaar, zullen wij dat voor het eerst gaan verkondigen. Er bestaat duidelijk een genetisch verband tussen de inspanningscapaciteit enerzijds en die verschillende genen anderzijds. **Maar toch is iedereen trainbaar! Er is geen nadelige invloed op de trainbaarheid! En dat is een mooie boodschap!**

Wat is de invloed van trainen op de verschillende risicofactoren?

We weten dat we de plasma lipiden op een goede manier beïnvloeden door training. Je kunt niet alles veranderen met training, maar je kan wel goede invloed uitoefenen op je **cholesterol**. 31 studies tonen duidelijk aan dat er een daling is in totaal cholesterol, een daling in slechte LDL en een stijging van de goede HDL. Heel recent is een studie verschenen waarin bewezen wordt dat verandering in leefstijl effect heeft op de **bloeddruk**. In 44 studies werd aangetoond dat de bloeddruk in rust duidelijk daalt door training. In deze studies was er sprake van een capaciteit die gemiddeld gestegen was met 14 %. Bij hartpatiënten is dat gemiddeld 25 %. Een gewichtsvermindering van 10 kg. doet de systolische of rustbloeddruk dalen met 5 à 10 millimeter. Als je een gezond dieet volgt, rijk aan groenten, vezels en fruit, met minder vlees en calorieën, dan is er een daling van 8 tot 14 millimeter. Zout beperken levert 2 à 8 millimeter winst. Zout neemt vocht op en doet de bloeddruk stijgen. Matig alcoholgebruik 2 à 4 millimeter. Teveel alcohol doet de bloeddruk stijgen. In een Amerikaanse studie werd onlangs letterlijk gesteld: "Inspanning is een significante en zeer belangrijke, maar ondergebruikte manier van behandeling van **type 2 diabetes**. Eigenlijk zou men de therapie moeten beginnen met inspanning vooraleer er medicatie wordt voorgeschreven." Zwaar overgewicht of **obesitas** geeft duidelijk risico. De Body Mass Index (de verhouding gewicht–lengte) moet onder de 25 zijn. Boven de 30 stijgt het risico met 50 tot 150 %. Uit studies blijkt dat actieve en fitte zwaarlijvigen lagere mortaliteit hebben dan niet fitte obesen of dan sedentairen met een normaal gewicht.

Als je gaat oefenen, kan het zijn dat je lichaamsgewicht niet verandert. Toch is het bewezen dat het percentage vet zowel van magere mensen als van zwaarlijvigen duidelijk daalt door training. Zelfs als je gewicht niet vermindert, verbetert de samenstelling van het vet in je lichaam.

Waarom daalt de mortaliteit door inspanning?

De ene reden is, wat wij noemen, de **'autonome toon'**. Als je hart niet meer moet werken, bv. tijdens de slaap, dan blijft het toch actief, het blijft kloppen. Dit gebeurt door het autonoom zenuwstelsel. Wij hebben er 2. Ik stel het zo voor: je hebt een gaspedaal en een rempedaal. Hiermee wordt de hartfrequentie geregeld. Bij inspanning gebruik je het gaspedaal, waardoor je meer adrenaline loslaat en zo gaat je hartfrequentie naar omhoog. Dit is de sympathische activiteit. Bij rust gebruik je het rempedaal, waardoor de hartfrequentie daalt. Dit is de vagale activiteit.

Wat blijkt nu? Als je gaat trainen, en vooral uithoudingstraining, dan gaat dat evenwicht tussen de sympathische en de vagale activiteit veranderen: minder sympathische activiteit en meer vagale, zodanig dat de hartfrequentie verlaagt. Uithoudingstraining verbetert dus het sympathico-vagaal evenwicht. Een verhoging in vagale activiteit door uithoudingstraining kan de prognose positief beïnvloeden. Denk maar aan het feit dat echte atleten een lagere hartfrequentie hebben dan niet-atleten. Eddy Merckx was hier een bekend voorbeeld van.

Er zijn 2 soorten moeilijke metingen van die autonome balans: de hartritme variabiliteit (HRV) en de baroreflex sensitiviteit (BRS). Dit werd in 1994 toegepast door Hull in zijn studie bij 7 honden.

Door een kunstmatige vernauwing werd zuurstofgebrek aan hun hartspier geproduceerd. Toen ze op een loopband werden gezet, moesten ze alle 7 gereanimeerd worden wegens acute myocard ischemie.

Daarna werd die kunstmatige vernauwing weggewerkt. De honden werden 6 weken lang op de loopband getraind. Hull heeft kunnen meten dat hun hartritme variabiliteit (+ 74 %) en hun baroreflex sensitiviteit (+69 %) duidelijk waren verbeterd door die 6 weken training. En nadat dan opnieuw die kunstmatige vernauwing was aangebracht, werden de honden opnieuw op de loopband gezet. Dan kreeg geen enkele hond nog problemen. Er was een 100 % bescherming opgebouwd tegen die fatale ventrikelfibrillatie.

Vrij recent werd ook duidelijk aangetoond dat bij een trainingsgroep van patiënten de HRV en de BRS merklijk waren gestegen. Bij de controlegroep waren die niet veranderd.

Een 2 de reden heeft waarschijnlijk te maken met de **doorbloeding van het hart ofwel de 'endotheel-functie' van de bloedvaten in het hart.**

Er bestaan 3 mechanismen die de doorbloeding van het hart kunnen beïnvloeden:

1. Door langdurige oefening zou je de vorming van vernauwingen kunnen tegengaan.
2. Iets wat aangetoond is uit onderzoek bij dieren: door te oefenen ga je kleine bloedvaatjes maken in je hart, zodanig dat je een vernauwing kunt 'bypassen'.
3. Iets wat nu héél goed onderzocht is: de 'endotheel-functie'.

Wat is het endotheel?

Elk bloedvat heeft een buitenkant, verschillende tussenlagen en een binnenkant. Die binnenkant noemen wij het endotheel.

Wat is de functie van het endotheel? Het openzetten van de bloedvaten, waardoor het vormen van klonters (trombose) wordt tegengewerkt.

Wanneer dat endotheel of binnenwand aangetast is, ga je een vernauwing krijgen en meer kans hebben om infecties op te doen binnen de vaatwand.

Met wetenschappelijk onderzoek heeft men aangetoond dat je de endotheel-functie kunt verbeteren door training. Zo heeft men een product ingespoten, waardoor die endotheel-functie ging verslechteren. Met grotere dosissen van dit product kon men meer en meer verandering in diameter van het bloedvat aanbrengen. Men heeft aangetoond dat het effect van het product heel wat minder was bij patiënten die oefenden. Bij de controlegroep, waaraan geen training werd gegeven, was er totaal geen reactie tegen het product. **Zo bleek duidelijk dat je de endotheel-functie van de bloedvaten in het hart merklijk verbetert door te trainen. Door training verbetert de doorbloeding in het bloedvat.**

Algemeen besluit.

Wij hebben aangetoond dat de effecten van regelmatige inspanning bij patiënten met vernauwing van de bloedvaten (ischemisch hartlijden) talrijk zijn:

- Een betere inspanningstolerantie.
- Een vermindering van de symptomen.
- Een groter welbehagen, men voelt zich beter.
- Minder stress en angst.
- Betere levenskwaliteit.
- Een stijging van de endotheel-functie en van de autonome functie, wat invloed heeft op een betere doorbloeding. Dat vertraagt de progressie van de ziekte.
- Door een verbeterde levensstijl is er een daling van cardio-vasculaire risico's.
- Lichaamsgewicht, bloeddruk, lipiden en insuline sensitiviteit gaan omlaag.

Al deze factoren samen zijn waarschijnlijk verantwoordelijk voor de daling in mortaliteit, die we kunnen verklaren door de relatie fysieke inspanning, regelmatige inspanning en een gezonde levensstijl.

Dit was ongetwijfeld niet de gemakkelijkste uiteenzetting die we al dank zij Harpa mochten meemaken. Maar onze erevoorzitter/raadgever is er ongetwijfeld in geslaagd alle aanwezigen te overtuigen: we mogen het trainen niet opgeven; geen enkel argument of alibi is opgewassen tegen de argumenten die we hier gehoord hebben; iedereen die traint bij Harpa, op zijn niveau en zonder overdrijving, heeft er belang bij! Dank u Prof. Luc Vanhees voor uw overtuigende woorden!

Verslaggever: Jo Beyen.

INFOSESSIE 2004

Door leefstijl naar gezondheid

Prof. Dr. Luc Vanhees

zaterdag 14 februari 2004 om 14.00u, Gasthuisberg auditorium GA3

Deel3: Vraag en Antwoord.

Prof. Luc Vanhees mocht 9 jaren na mekaar in het 2 de deel de vragen van de aanwezigen voorleggen aan de gastspreker. De spreker moest dan van op zijn plaats een antwoord geven. Tijdens onze 10 de infosessie op 14-02-2004 mocht onze professor de 2 doen: vanaf zijn vertrouwde plaats de vragen van de aanwezigen stellen en dan naar de andere kant om het antwoord te geven.

Wij proberen hier zo getrouw mogelijk de vragen en de antwoorden weer te geven. Een moeilijke opdracht. Het is immers niet mogelijk de speciale, humoristische spreekwijze van Prof. Vanhees op te roepen. Des te meer omdat hij zijn voordracht heeft geïllustreerd met rake foto's uit het rijke verleden (25 jaar!) van onze vereniging.

Wat is matig alcoholgebruik?

Ik vermoed dat deze vraag komt van een ongeruste vrouw die zich afvraagt hoeveel pintjes haar man mag drinken na de trainingen van Harpa! Matig alcoholverbruik is relatief. Normaal: max. 2 consumpties per dag; maar dan wel in het glas waarin het hoort. Géén whisky in een bierglas! Toch opletten: in Oostenrijk heb je halve liter pinten, in Nederland zijn het pinten van 18cl. Wij zeggen altijd : "Alcoholgebruik met mate"n"! En dan moet je ook wel je maten of vrienden goed kiezen. Ik ken 3 verschillende studies in dit verband. En die hebben alle 3 aangetoond dat zowel niet-drinkers als overdadige gebruikers van alcohol een groter risico lopen dan matige drinkers. Met 2 uitzonderingen: mensen die al last hebben van zwaarlijvigheid en mensen die last hebben van hoge bloeddruk. Hier zal de alcohol rechtstreeks een negatieve invloed uitoefenen op hun zwaarlijvigheid of op hun hoge bloeddruk. In deze 2 gevallen liefst géén alcohol; wel een andere leefstijl om er iets aan te doen.

Bij welke intensiteit van trainen behaalt men het beste resultaat? Hoe hoog mag je hartslag gaan, om geen nadeel te ondervinden?

Als wij een oefenprogramma opstellen, stellen wij eerst de volgende vraag: "Wat wil je eigenlijk trainen: snelheid? lenigheid? Coördinatie? motoriek? uithouding? kracht?" Daar hangt de manier

van oefenen en de intensiteit van af.

Eerst de manier van oefenen ofwel het type van training.

Wij weten dat de gunstige effecten ter preventie van mortaliteit of ziekte vooral te maken hebben met uithoudingstraining of krachtuithoudingsstraining.

Welnu, krachttraining kan je op 2 manieren doen. Je kan dat zonder beweging, bv. een volle emmer zo lang mogelijk omhoog houden. Dan beginnen je spieren te trillen, je bloeddruk stijgt, je gezicht wordt rood. Dit is géén goede manier van trainen! Maar je kan diezelfde emmer ook opheffen en neerzetten, opheffen en neerzetten, telkens opnieuw... Dit is ook krachttraining, maar dan met een dynamische activiteit. Dit is krachtuithoudingstraining en dit is wel goed!

De bewegingsvorm is de beste. De statische vorm niet.

Wij hebben een trainingsstudie gedaan in het leger. (We wilden sedentaire mensen, daarom het leger!?! Met enige schroom, maar ook jolijt naar oud-voorzitter Willy Demeuleneere.) In plaats van uithoudingstraining, deden we de meest intense vorm van krachttraining: weinig herhalingen, maar wel zware belasting. In dit geval kon geen enkel positief cardio-vasculair effect worden aangetoond. Ons besluit was: krachttraining is o.k., als die maar met vele herhalingen gepaard gaat.

Nu de trainingshoeveelheid of intensiteit.

Wij weten dat hoe meer je oefent, hoe meer effect het heeft. De hoeveelheid is afhankelijk van de duur van oefenen, van de frequentie en van de intensiteit waarop het gebeurt. Met deze 3 variabelen kan je gaan spelen. De ene zal liever dit doen, een ander liever dat. Je kan dat aanpassen.

Een voorbeeld: bij iemand met een slechte conditie gaan we vele herhalingen inlassen met veel pauzes tussenin. We zullen zgn. ‘intermittente’ oefeningen geven, zodanig dat we toch de trainingshoeveelheid kunnen opdrijven. Door korte inspanningen te doen, lukt het wel.

Maar we weten ook: ‘Hoe intenser, hoe groter de effecten, maar ook hoe groter het risico!’

Denk aan de beelden op de t.v. van een getrainde voetballer die plots op het veld overlijdt. Achteraf blijkt altijd dat zo iemand reeds vooraf een aangeboren hartafwijking had. Bij een plotse dood door inspanning zit er altijd een reeds bestaand probleem achter. En bij leden van Harpa zit er ook altijd een probleem achter. Vandaar dat wij duidelijk zeggen: “Nooit overdrijven, zeker niet als er geen supervisie is!” Als je matige inspanning doet, dagelijks gedurende een langere tijd, bv. uren wandelen of fietsen aan lagere snelheid, dan is het risico praktisch onbestaande. Je zou ook altijd rustig moeten kunnen praten met je buur. Als je zwaardere inspanningen gaat doen, bv. joggen, en je kan dat uithouden gedurende

meer dan 30 minuten, dan is het risico ook nog niet zo groot.

‘Matig’ moet bekeken worden naar je eigen mogelijkheden. Wat voor iemand matig is, kan voor een ander zwaar zijn.

Als je hevige, zware inspanningen doet, is dat goed om je totale capaciteit te verbeteren. Maar dan begint het risico op complicaties wel toe te nemen. Dat is ook wat wij doen tijdens onze trainingssessies bij Harpa. Dit is ook wat je doet, als je naar een fitness centrum gaat. Dan weet je dat het risico al iets hoger is, omdat de intensiteit iets heviger is. Maar je weet ook dat de goede effecten beter zijn. Maar het risico zit erin. Dat betekent ook dat je altijd op voorhand een goede screening moet ondergaan. Liefst niet 10 jaar geleden! Als je pas opnieuw begint, moet dat onderzoek vrij recent zijn. Als je bij ons op revalidatie bent geweest en je blijft bij Harpa, dan is er geen probleem. Maar toch willen wij dat iedereen zich jaarlijks 1 maal grondig laat onderzoeken door een cardioloog. Zelfs bij mensen met chronisch hartfalen, zullen wij een maximale inspanningstest doen met gas-analyse.

Trainen bij welk percentage van de maximale hartslag?

Dé maximale hartslag bestaat niet. Dat regeltje van 220 min de leeftijd, dat is een perfect regeltje voor gezonde mensen. Maar voor je eigen persoon kan je dat niet gebruiken. Die maximale hartslag kunnen wij wel meten op basis van een maximale inspanningstest. Wij gaan die niet bepalen op basis van je leeftijd. Dat staat wel in de boekjes en op fitness toestellen. Maar dat is voor hartpatiënten niet de juiste manier. Wij moeten ook rekening houden met het feit dat de meeste hartpatiënten bèta-blokkers innemen, die de hartfrequentie gevoelig doen dalen. Je mag dus niet op basis van een estimatie je intensiteit vastleggen, wel op basis van gekende gegevens.

Zo weet ikzelf heel goed, als ik 's zondags aan het fietsen ben, dat ik aan 150 à 170 hartslag zit. Ik voel dat aan. En mijn maximum is nog altijd dicht tegen de 200. Ik zou wel graag 20 jaar oud zijn, maar ik ben het niet meer! Dus moet ik daar wel mijn besluiten uit trekken.

Op dit eigenste moment komt Prof. Vanhees af met dé vraag die hem zalig in de oren klinkt, dé vraag die hij het liefst hoort en waarop hij ook het liefst een antwoord geeft. Hij herhaalt de vraag zelfs een 2 de maal om die goed te laten doorklinken: ‘Waarom is het Harpa-trainingsprogramma een goed uitgebalanceerd programma?’ Maar in de plaats van eraan te beginnen, stelt hij zijn eigen welbehagen en onze nieuwsgierigheid fijntjes op de proef en komt hij af met: “Eerst nog iets over die complicaties.”

Welke zijn de complicaties die wij tot nu toe hebben vastgesteld, tijdens onze 27 jaar ervaring?

We hebben weinig fatale events gehad, praktisch géén. We hebben wel af en toe een reanimatie moeten doen, op basis van ritmestoornissen. Daarom hebben we graag dat er voor de intensere inspanningen supervisie is. Daarom zeggen wij altijd: “Harpa is belangrijk!” Ja, want als je intenser gaat oefenen, dan kunnen wij het risico opvangen. Dat risico is laag, maar het is er toch wel. Tot nu toe zijn alle interventies die gebeurd zijn, succesvol geweest. Vandaar dat ik ervan overtuigd ben dat Harpa toch wel héél belangrijk is!

Waarom is het Harpa-trainingsprogramma een goed uitgebalanceerd programma?

Dit is nu de derde keer dat wij deze vraag horen weergalmen. Het is duidelijk dat hier meer achter zit. Prof. Vanhees maakt dan ook van de gelegenheid gebruik om de historiek van Harpa te schetsen.

Maar precies dit onderdeel, voor velen misschien wel het interessantste, is ook het moeilijkst weer te geven. Aan de hand van ‘historische’ foto’s krijgen we immers een levendig en humoristisch overzicht van ‘Hoe het historisch is gegroeid’

Ik ga de waarheid vertellen, hoe het eigenlijk in mekaar zit. De eerste sportactiviteit die ik deed met een groep hartpatiënten na de eigenlijke revalidatie, was zwemmen. Ik ben nl. begonnen bij de franstaligen aan de UCL die toen nog in Leuven studeerden. Wij gingen op het Hogeschoolplein zwemmen op woensdag, als een deel van de revalidatie. Vanuit die groep is dan een vriendenkring ontstaan die nog geregeld bleef zwemmen, ook nadat wij met de revalidatie zijn begonnen in Pellenberg. Er bestond dus eigenlijk, nog voor Harpa bestond, een activiteit die met zwemmen te maken had.

Een tweede activiteit, nog voor Harpa op zich bestond, was wandelen. Datzelfde groepje dat geregeld ging zwemmen, begon ook af te spreken om op zaterdag te gaan wandelen. Vrij snel daarna is wandelen één van de vaste activiteiten van Harpa geworden, binnen het Harpa-programma. De eerste jaren was ikzelf verantwoordelijk voor het uitstippelen van het parcours. We volgden niet altijd de beste wegen; er doemden wel eens hindernissen op die helemaal niet waren voorzien. Ik herinner me nog iemand die vol verwondering uitriep: “Die koeien hebben toch zo’n

korte poten!” En ook wij stonden tot hier in het slijk.

Op 10 oktober 1979 zijn we dan begonnen met de eerste trainingssessie in het oude gebouw of gymnasium van het Sportkot. Lopen is altijd één van de onderdelen geweest. Wij hadden de apparatuur niet om te fietsen of te steppen of iets anders te doen. We hebben het altijd met weinig middelen moeten doen: bewegen met een bepaalde intensiteit en dynamiek. Geen competitie, iedereen op eigen tempo, rustig, aangepast, aantrekkelijk, afwisselend, met of zonder muziek. Het lopen werd dan gevolgd door een reeks oefeningen met allemaal dynamiek. Daarna een derde, lossere, aantrekkelijker deel. Het moest aantrekkelijk zijn, want we moeten ervoor zorgen dat de mensen het lang volhouden. We bereiden onze hartpatiënten niet voor op de marathon van New York. Hoewel men in Toronto (Canada) wel ophef heeft gemaakt in de jaren 80, toen men 5 hartpatiënten in één jaar voorbereid had om met succes deel te nemen aan een marathon. Dat was in sterk contrast met de vroegere aanpak van bedrust! Het 3 de recreatief deel heeft altijd bestaan uit basketbal, volleybal, voetbal, badminton, buikspieroefeningen en andere oefeningen. Altijd een dynamische, aangename manier om inspanningen te doen, zonder teveel contacten, zonder te hoge intensiteit.

We zijn begonnen met volleybal aan het Zoet Water in de ballon, daarna in de school van de Celestijnenlaan en daarna in de kazerne van Heverlee. Nu volleyballen we op vrijdag in het Sportinstituut.

Foto's illustreren ondertussen de activiteiten die georganiseerd worden tijdens de Sportdagen.

Fietsen is een activiteit die héél goed is, maar moeilijk te organiseren, wegens het groot verschil in niveau tussen de verschillende deelnemers. Je bent verplicht van in verschillende categorieën te werken en dat maakt het complex. Daarom zijn er tijdens de sportdagen altijd 2 categorieën. Skiën heeft mij altijd nauw aan het hart gelegen. Ik ging altijd skiën met de familie en de mensen vroegen mij om mee te mogen. Er kwamen er altijd maar meer bij. Op een bepaald moment waren we zelfs met 2 volle bussen. Skiën was iets wat niet hoorde bij hartpatiënten. Voor ons was het een heel waagstuk. Ik kreeg zelfs een paar banbliksems over mijn hoofd. “Waar haalde ik het om dat te organiseren?” Daarom waren alle skileraars goed voorbereid om reanimatie toe te passen.

Het sociale contact was altijd héél belangrijk! De mensen moeten het kunnen volhouden. Daarom moet het programma aantrekkelijk zijn. Maar voor mij ligt de aantrekkelijkheid niet alleen in het formele van het programma, maar ook in het gezelschap. Doe het in groep. Spreek af met kleine groepjes. Zorg ervoor dat je een stimulans hebt om terug te komen. Zorg ervoor dat je iets of iemand hebt die je dwingt vol te houden.

Hoe lang duurt het voor je de positieve effecten van het trainen verliest?

Mijn antwoord: sneller dan dat je de positieve effecten hebt verkregen! Als je stopt, verlies je snel de positieve effecten. Maar je kunt ze ook snel terugkrijgen. Na 2 weken niets gedaan te hebben, krijg je snel je mogelijkheden terug. Maar als je een half jaar niets meer doet, dan sta je praktisch op nul. Het is echt een zaak van onderhouden, van regelmaat en volhouden. ‘Op lange termijn’ betekent voor mij niet 1 of 2 jaar, wél zo lang je leven er is! Vandaar het sociale, het geregeld bij mekaar zitten. Daarom eindigen we de sportdagen ook altijd met een sociaal moment.

Hebben ontstekingen, bv. tand- of peesontstekingen, een invloed op hart- en vaatstelsel?

Potentieel kan dit wel een rol spelen, vooral bij mensen die problemen hebben met de hartkleppen of mensen met kunstkleppen. Zij moeten ervoor zorgen dat ze geen ontstekingen krijgen, want dat kan op de kleppen overslaan. Mensen met een longontsteking kunnen ook myocarditisch (ontsteking op het hart) krijgen.

Wat is uw wetenschappelijke inschatting dat hartpatiënten die geregeld de Harpa-trainingen volgen, langer zouden leven dan hartpatiënten die de Harpa-activiteiten niet volgen?

Een goede vraag, waarop ik echter geen antwoord kan geven. Maar vanuit de gegevens die ik ken, durf ik beweren dat het zowel bij hartpatiënten als bij de algemene populatie duidelijk is dat iemand die actief is, er beter voorstaat dan iemand die niet actief is. Ik beweer niet dat iemand die actief is nooit iets aan de hand zal krijgen, zeker niet wat betreft het opnieuw krijgen van cardiale problemen. Maar het krijgen van een fataal event is duidelijk minder bij actieven dan bij niet-actieven. Wij kunnen dat niet wetenschappelijke bewijzen voor hartpatiënten die bij Harpa trainen. Dat zou betekenen dat wij een groep zouden laten aansluiten bij Harpa en een andere groep zouden uitsluiten om het verschil aan te tonen. Wij kunnen niet anders dan zeggen: “Het is best dat iedereen Harpa volgt!” Op jezelf sporten, zonder Harpa, is twijfelachtig, omdat niemand het kan volhouden zonder steun en stimulans van de groep.

Wat is het effect van 1 uur yoga per dag op de fitheid van een persoon?

Een moeilijke vraag! Er is geen echt wetenschappelijke bewijskracht. Op dit moment is er geen wetenschappelijke evidentie die aantoont dat yoga veel doet aan de gezondheid of dat yoga cardiale aandoeningen helpt voorkomen. Wij nemen wel aan dat je door lichaams-beheersing en relaxatie een positief effect kunt krijgen.

Hoe zit het met oefenen in de vervuilde buitenlucht?

In het weerbericht waarschuwt men inderdaad vaak dat het gevaarlijk is om op een bepaald moment buiten zware inspanningen te doen. Het blijkt inderdaad dat de vervuiling een aanleiding kan zijn voor longkanker en astmatische problemen. Je moet echt niet gaan joggen, wanneer men de raad geeft het niet te doen! Zeker niet in een grootstad als Brussel. “Maar bij ons in het zuivere Limburg heb je dat probleem niet!!!”

In de zomer, wanneer er teveel ozon is, d.w.z. te weinig zuurstof, dan ga je je hart en bloedvaten nog meer gaan belasten. Als je veel belasting aankunt, dan heb je daar minder last van. Maar wie al op zijn grens zit, zal er meer last van krijgen. Doe het alleszins liever rustig aan in dergelijke omstandigheden.

Hoe zit het met seks en gezondheid?

Dé vraag die altijd terugkomt en ik vermoed dat het altijd dezelfde is die deze vraag stelt! Dat zou een interessant onderzoek kunnen zijn. Seks is een inspanning als een ander en als je het met verstand doet, dan krijg je daar geen problemen van. Er te heftig tegen aangaan, kan wel problemen opleveren. Ook ‘ongewone’ seksuele arbeid verhoogt het risico. Met ‘ongewone’ wordt meestal bedoeld ‘vreemdgaan’.

“Als seks een vorm van bewegen is, dan zou ik zeggen: doe maar!”

Dank u wel, Professor, voor deze gunst. We zullen het niet aan ons hart laten komen. Dank voor deze infosessie. Maar vooral dank voor alles wat je in die 25 jaar al gedaan hebt voor Harpa en de leden van Harpa. Aan ons om de mogelijkheden die geboden worden, optimaal te benutten.

Verslaggever: Jo Beyen.