

Vergaderjaar 2000–2001

27 841

Sport, bewegen en gezondheid

Nr. 2

NOTA

Sport, bewegen en gezondheid

Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging

Deel I, de relatie tussen sport, beweging en gezondheid	3	7	Sport en beweging bij arbeidsrelevante aandoeningen	41
1	3	7.1	Doelstelling	41
		7.2	Trends en determinanten	41
		7.3	Huidig beleid	42
2	5	7.4	Strategie	43
		7.5	Voornemens	44
3	6	7.5.1	Werknemers	44
3.1	6	7.5.2	Werkgevers	44
3.2	7	7.5.3	Arbodienstverlening	45
3.3	7	7.5.4	Sport- en bewegingsaanbod	45
3.4	8	7.5.5	Onderzoek	46
4	10		Deel III, de vermindering van de gezondheidsrisico's	47
4.1	10			
4.2	11	8	Preventie van sportgerelateerde aandoeningen	48
4.3	11	8.1	Doelstellingen	48
		8.2	Trends en determinanten	48
		8.3	Huidig beleid	49
		8.4	Strategie	51
		8.5	Voornemens	53
		8.5.1	Risicosporten	53
		8.5.2	Ragesporten	54
		8.5.3	Kwetsbare doelgroepen	55
		8.5.4	Bewegingsonderwijs	55
		8.5.5	Andere sportgerelateerde aandoeningen	56
		8.5.6	Topsport	57
		8.5.7	Onderzoek	59
Deel II, de vergroting van de gezondheidswinst	13			
5	14	9	Curatie van sportgerelateerde aandoeningen	61
5.1	14	9.1	Doelstellingen	61
5.2	14	9.2	Trends en determinanten	61
5.3	16	9.3	Huidig beleid	61
5.4	17	9.4	Strategie en voornemens	62
5.5	20			
5.5.1	20	10	Preventie en reductie van dopinggebruik	65
5.5.2	24	10.1	Doelstellingen	65
5.5.3	25	10.2	Trends en determinanten	65
5.5.4	30			
5.5.5	34			
6	36			
6.1	36			
6.2	36			
6.3	37			
6.4	38			

10.3	Huidig beleid	65	13	Sportsector	83
10.4	Strategie en voornemens	68	13.1	Algemeen	83
10.4.1	Breedtesport	68	13.2	Sportmedisch beleid	83
10.4.2	Illegale handel	69	13.3	Kader en opleidingen	85
10.4.3	Topsport	70			
10.4.4	Internationaal	71	14	Onderzoek	88
10.4.5	Onderzoek	71			
Deel IV, de versterking van de infrastructuur		73		Deel V, financiering en uitvoering	94
11	Overheden	74	15	Financiering	95
12	Gezondheidszorg	76	16	Uitvoering, monitoring en evaluatie	97
12.1	Algemeen	76	17	Bijlagen	98
12.2	Openbare gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg	76	17.1	Begrippenlijst	98
12.3	Arbozorg	77	17.2	Afkortingenlijst	101
12.4	Huisarts en ketenzorg	78	17.3	Literatuurlijst	104
12.5	Sportgezondheidszorg	80			

1. INLEIDING

Nederlander beweegt te weinig

Nederlanders krijgen in de loop der jaren steeds meer last van overgewicht doordat zij te weinig bewegen. Het eetpatroon lijkt daarbij van minder belang. Dit concluderen onderzoekers van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van het medisch centrum van de Vrije Universiteit in Amsterdam. In het kader van het Amsterdamse Groei- en Gezondheidsonderzoek volgt het EMGO sinds 25 jaar zo'n 400 mannen en vrouwen uit Amsterdam. De groep werd onder meer onderzocht op overgewicht, een van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten, en vetpercentage. Het aantal mannen en vrouwen dat op 12- en 13-jarige leeftijd te zwaar was, bedroeg 1 à 3 procent. Op 36- en 37-jarige leeftijd was dat al opgelopen tot maar liefst 30 tot 50 procent. (...) Belangrijkste oorzaak van de toename in overgewicht is volgens de onderzoekers dat mensen veel minder bewegen naarmate zij ouder worden. De sterkste stijging is na het 21e jaar. (...)

(De Telegraaf, 22-2-2001)

In het bewegingspatroon van mensen in onze maatschappij is door de jaren heen veel veranderd. Door de mechanisering, automatisering en het gemotoriseerde transport zijn vormen van fysieke inspanning gaandeweg uit het dagelijkse leven verdwenen. De balans tussen energie-inname en -verbruik is hierdoor danig verstoord; dit laat zich onder andere aflezen aan de toename van overgewicht in de maatschappij. Bewegen is een vrijwillige en bewuste *keuze* geworden die zich veelal afspeelt in de vrije tijd en vormen aanneemt van spel, sport en recreatie. Maar ook in de vrije tijd zijn de afgelopen jaren veel concurrerende bezigheden ontstaan die geen lichamelijke activiteit vergen (televisie, computergebruik en dergelijke).

Alom bekend is dat de gezondheid van mensen wordt beïnvloed door leefstijlfactoren zoals roken, alcoholgebruik en voeding. Maar ook lichamelijke *inactiviteit* is een gezondheidsrisico van formaat, leidend tot hoge kosten voor de gezondheidszorg en economische schade door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Tussen gezondheid enerzijds en (matig) intensief bewegen anderzijds bestaat een duidelijke relatie. Na roken is lichamelijke inactiviteit de grootste risicofactor op het ontstaan van ziekten. Inactiviteit draagt bijvoorbeeld voor 60% bij aan het risico op hart- en vaatziekten. Andersom gesteld kan voldoende en verantwoord bewegen leiden tot een aanmerkelijke gezondheidswinst, met dito besparingen op medische kosten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Hoewel de sportparticipatie in onze maatschappij vrij hoog is en er evenveel fietsen worden geteld als inwoners, wordt toch in alle geledingen van onze maatschappij *bewegingsarmoede* geconstateerd. Over het algemeen bewegen wij te weinig om een gunstig effect te bereiken voor onze fitheid en gezondheid. In deze nota wordt daarom beschreven hoe (onvrijwillige) lichamelijke inactiviteit kan worden tegengegaan en onder welke randvoorwaarden kan worden verwacht dat meer mensen een actieve leefstijl aannemen.

Daarnaast beschrijft de nota ook hoe de negatieve gevolgen van (te) intensieve vormen van bewegen kunnen worden bestreden. Bij het streven naar een grotere gezondheidswinst door sport en beweging zal gelijktijdig aandacht moeten zijn voor het indammen van de gezondheidsrisico's. Sportbeoefening leidt op vrij grote schaal tot blessures en incidenteel ook tot andere sportgerelateerde aandoeningen. Ook dopinggebruik kan

worden gerekend tot de gezondheidsrisico's van sport. Daarbij dient overigens direct te worden aangetekend dat onderzoek heeft aangetoond dat de gezondheidswinst van sport en bewegen ruimschoots opweegt tegen het gezondheids»verlies» door sportgerelateerde aandoeningen. Het mogelijk optreden van blessures is in principe geen reden om beweging te ontraden. Blessures kunnen bovendien tot op zekere hoogte worden voorkomen.

Deze nota is tot stand gekomen naar aanleiding van een verzoek van de Tweede Kamer gedaan tijdens een Algemeen Overleg over sportbeleid op 3 november 1999. De Tweede Kamer heeft verzocht om een nota over sport en gezondheid, met aandacht voor de sportgezondheidszorg. In de voorliggende nota is ook de verbindende schakel van «beweging» betrokken.

In de nota zijn tevens toezeggingen verwerkt naar aanleiding van aan het Algemeen Overleg voorafgaande en tussentijds gestelde mondelinge en schriftelijke Kamervragen met betrekking tot het onderwerp sport, bewegen en gezondheid.¹ Ook wordt in deze nota een standpunt ingenomen bij het recente advies van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) inzake onderzoeksprioriteiten, -programmering en -infrastructuur voor het beleidsterrein sport, bewegen en gezondheid.²

¹ Vragen naar aanleiding van de bespreking van de nota «Wat sport beweegt» op 25 juni 1997 en het Algemeen Overleg over sport op 3 november 1999 inzake de behoefte aan sportartsen, de opleiding van sportartsen en de vergoedingen van behandelingen door de sportmedische adviescentra, voorlopig beantwoord door de Staatssecretaris van VWS bij brief van 11 november 1997 (S\BOA-972839), 9 september 1999 (S\BOA-991889) en 30 november 1999 (kenmerk S\BOA-2021412). Vragen naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad inzake hersenbeschadiging (brief TK d.d. 31 augustus 2000, kenmerk VWS/00/61/LD), voorlopig beantwoord door de Staatssecretaris van VWS bij brief van 22 september 2000 (kenmerk DBO-CB-U-2105643).

Vragen naar aanleiding van het NOC*NSF-rapport «Eetstoornissen. een probleem in de Nederlandse (top)sport?»; dit onderwerp was geagendeerd in het kader van de «bescherming van jonge sporters» voor de EU-jeugd-raad van 9 november 2000.

Mondelinge toezeggingen tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer van de wijzigingen op de WOG/WED d.d. 22 februari 2001 inzake onderzoek naar de handel in en het gebruik van doping in de breedtesport, en onderzoek naar voedingssupplementen.

² Raad voor Gezondheidsonderzoek: Advies Onderzoek Sportgezondheidszorg, – Sport en bewegen –. Den Haag: RGO, maart 2001.

2. LEESWIJZER

Deze nota, die handelt over de raakvlakken tussen sport, bewegen en gezondheid, is ingedeeld in vijf delen.

In het eerste deel wordt het beleidskader geschetst, het beleidsterrein afgebakend en worden de hoofddoelstellingen van het beleid uit de nota beschreven (hoofdstuk 3). De overwegingen voor het beleid – gebaseerd op een nadere verkenning van de relatie tussen sport, bewegen en gezondheid – zijn neergelegd in hoofdstuk 4.

In het tweede en derde deel van deze nota worden de hoofddoelstellingen geconcretiseerd, geoperationaliseerd en waar mogelijk gekwantificeerd. Nadat eerst inzicht is gegeven in de belangrijkste feiten en cijfers en in het huidige beleid, wordt uit de doeken gedaan op welke wijze het kabinet meent de doelstellingen te kunnen realiseren. Dit mondt uit in een aantal concrete beleidsvoornemens.

In het tweede deel staat de vergroting van de gezondheidswinst van sport en beweging centraal. In het algemeen kan worden gesteld dat de gezondheidswinst van sport en beweging nog onvoldoende wordt benut. Gezondheidswinst – en daarmee ook economische winst – kan worden ontleend aan de gezondheidsbevorderende, preventieve werking van sport en beweging (hoofdstuk 5); aan de positieve invloed van sport en beweging op het beloop en de revalidatie van ziekten en aandoeningen (hoofdstuk 6), en aan de rol die sport en beweging kan spelen bij het voorkomen en herstellen van arbeidsrelevante aandoeningen (hoofdstuk 7).

Het derde deel handelt over de vermindering van de gezondheidsrisico's bij sport en beweging. De vermindering van de gezondheidsrisico's levert een eigenstandige bijdrage aan de vergroting van de gezondheidswinst. De veiligheid en gezondheid bij sport en beweging kan nog aanzienlijk worden verbeterd door de preventie en adequate curatie van blessures en andere sportgerelateerde aandoeningen (hoofdstuk 8 en 9) en de preventie van dopinggebruik (hoofdstuk 10).

In het vierde deel wordt de infrastructuur beschreven die van belang is voor de uitvoering van het gewenste beleid. Tot deze infrastructuur behoren de overheden (hoofdstuk 11), de gezondheidszorg in al zijn facetten (hoofdstuk 12), de sportsector (hoofdstuk 13) en de wetenschap (hoofdstuk 14). Om het beschreven beleid te kunnen realiseren bepleit het kabinet om deze infrastructuur op onderdelen te versterken.

Tenslotte wordt in het vijfde deel beschreven op welke wijze het kabinet meent dat het geformuleerde beleid kan worden gefinancierd en welke prioriteiten uit de nota het kabinet (mede) wil financieren (hoofdstuk 15) en hoe aan de uitvoering en evaluatie van de voornemens uit de nota verder vorm en inhoud wordt gegeven (hoofdstuk 16).

3. DOELSTELLINGEN

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke doelstellingen met deze nota worden nagestreefd. Van de hoofddoelstelling – de vergroting van de gezondheidswinst van sport en beweging – worden drie subdoelstellingen afgeleid. Aandacht is er voor de onderlinge samenhang van deze doelstellingen en voor de wijze waarop deze doelstellingen passen in bestaande beleidskaders. Tenslotte wordt stilgestaan bij de afbakening van het beleidsterrein.

3.1 Beleidsdoelstellingen

Gezondheidswinst

Doelstelling van het beleid zoals neergelegd in deze nota is *het vergroten van de gezondheidswinst door sport en beweging. Deze doelstelling impliceert de gelijktijdige verkleining van de gezondheidsrisico's bij sport en beweging.* Van deze hoofddoelstelling kunnen drie doelstellingen worden afgeleid die in volgende hoofdstukken nader worden geoperationaliseerd en waar mogelijk gekwantificeerd:

- de bevordering van een voldoende mate van sport en bewegen uit oogpunt van de volksgezondheid (gezond gedrag, ziektepreventie): het bevorderen van een actieve leefstijl; bewegingsbevordering; het vergroten van de fysieke en geestelijke belastbaarheid; het bestrijden van bewegingsarmoede of lichamelijke inactiviteit (hoofdstuk 5);
- de vergroting van het gezondheidsbevorderende effect van sport en bewegen bij chronische ziekten en handicaps (curatie): het inzetten van sport en beweging bij chronische ziekten (hoofdstuk 6) of arbeidsrelevante aandoeningen (hoofdstuk 7);
- de bevordering van een veilige, verantwoorde wijze van sport en bewegen: de beperking van de mogelijke gezondheidsrisico's; de preventie van blessures en andere sportgerelateerde aandoeningen (hoofdstuk 8); het minimaliseren van de gevolgen van deze aandoeningen door het optimaliseren van de behandeling en zorg ervan (hoofdstuk 9) en het tegengaan van dopinggebruik (hoofdstuk 10).

Wederkerigheid

De relatie tussen sport en beweging enerzijds en gezondheid anderzijds is wederkerig. Sport en beweging kunnen leiden tot meer gezondheid; maar gezondheid is ook een grondstof voor sport en bewegen, zeker als daarbij sportieve prestaties in het geding zijn. De gevolgen van een achterblijvende fitheid en gezondheid zijn voor een individu vaak eerder en langer merkbaar bij de beoefening van zijn of haar sport dan bij andere activiteiten.

Positieve en negatieve effecten

De effecten van sport en beweging op de gezondheid zijn zowel positief als negatief. Uit onderzoek blijkt dat de positieve effecten de negatieve overtreffen.¹ In het algemeen gesproken levert sport en beweging gezondheidswinst op; echter, deze winst kan nog aanzienlijk worden vergroot.

Enerzijds levert de inzet van sport en beweging een belangrijke *bijdrage* aan de volksgezondheid. Aan sport en beweging worden kwaliteiten toegerekend die leiden tot gezondheidsbevordering, ziektepreventie (primaire preventie), revalidatie of een gunstig effect op het beloop van ziekten (curatie, tertiaire preventie). De gezondheidswaarden van sport en beweging kunnen veel beter worden benut dan thans het geval is. Voorwaarde is dan dat de heersende bewegingsarmoede wordt aangepakt. Anderzijds wordt door de uitoefening van sport en beweging ook een *beroep* gedaan op de gezondheid, en daarmee in voorkomende gevallen ook op de gezondheidszorg. Sport en beweging kunnen immers gepaard

¹ Stam e.a.1996.

gaan met risico's en deze kunnen leiden tot aandoeningen. Blessures vormen van deze aandoeningen de hoofdmoot en hebben een behoorlijke maatschappelijke impact («maandagochtendverzuim»). De gezondheidsrisico's bij sport en beweging dienen uiteraard zoveel mogelijk te worden voorkomen. In het geval dergelijke risico's toch optreden, zullen de gevolgen ervan zoveel mogelijk moeten worden beperkt.

3.2 Samenhang beleidsdoelstellingen

Zowel de bevordering van een voldoende mate van bewegen, het inzetten van bij chronische ziekten, revalidatie en arbeidsrelevante aandoeningen als de beperking van de gezondheidsrisico's van sport en bewegen leiden onafhankelijk van elkaar tot meer gezondheidswinst. Voor het bereiken van deze doelstellingen kunnen verschillende sporen worden bewandeld; de integrale benadering die wordt voorgestaan in deze nota heeft volgens het kabinet echter een belangrijke meerwaarde.

Gezondheidswinst en -risico's van sport en beweging zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wanneer beleid wordt ingezet met als oogmerk meer mensen in beweging te krijgen, zullen tegelijkertijd maatregelen moeten worden genomen om te voorkomen dat er letsels en blessures ontstaan. Het streven naar meer gezondheidswinst door sport en bewegen vindt dan ook plaats onder *gelijktijdige* inperking van de gezondheidsrisico's.

Omwille van de doelstellingen van deze nota is het belangrijk veiligheid en bewegingsstimulering met elkaar te laten rijmen: bewegingsstimulering onder voorwaarde van veiligheid, maar ook veiligheid met inachtneming van de mogelijkheden voor bewegingsstimulering. Er moet voor worden gewaakt dat eventuele gezondheidsrisico's niet de vrijheid van beweging inperken. Kwesties van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid leiden er bijvoorbeeld toe dat in sommige gemeenten uit voorzorg speeltuinen worden gesloten of het schoolzwemmen tot nader orde wordt afgelast. Ook kunnen artsen hun patiënten niet altijd actief doorverwijzen naar bewegingsprogramma's of sportactiviteiten vanwege mogelijke kwesties van aansprakelijkheid. Het turn-arrest in 1995 (aansprakelijkheid van sportkader voor de gevolgen van ongevallen) heeft geleid tot opschudding in de sportsector. Het aantal vergelijkbare procedures in de sport neemt jaarlijks toe, maar deze ontwikkeling is niet anders dan in andere sectoren.

Een samenhangend beleid houdt in dat inactieve burgers worden gestimuleerd tot activiteit en actieve burgers (sporters) tot veilig gedrag. Het streven naar de vergroting van de gezondheidswinst van sport en beweging kan daarom ook worden geformuleerd *als de vergroting van het percentage (relatief) gezonde burgers met een actieve leefstijl*.

3.3 Beleidskader

De doelstellingen van het beleid op het terrein van sport, bewegen en gezondheid sluiten naadloos aan bij het volksgezondheids-, welzijns- en sportbeleid zoals neergelegd in de kadernota's *Gezond en Wel (1995)*, *Wat Sport Beweegt (1996)*, *Veilig Thuis (1998)*, de welzijnsnota *Werken aan sociale kwaliteit, Welzijnsnota 1999–2002* en de *Zorgnota 2001*. Gemene deler van dit beleid is het streven naar een hogere kwaliteit van leven. Een (relatief) goede gezondheid is een voorwaarde die hieraan ten grondslag ligt.

In de *Zorgnota 2001* wordt het belang benadrukt van het bevorderen van de gezondheid door het stimuleren van gezond gedrag en een gezonde

leefstijl. Voor een aantal leefstijlfactoren op het terrein van de gezondheidsbevordering zijn in de *Zorgnota 2001* meetbare doelstellingen geformuleerd, onder andere voor bewegingsbevordering (+10%) en veiligheid (gelijkblijvend niveau voor het optreden van letsels – bij een groeiende deelname aan sport en beweging).

Uit recent onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat 70% van het vroegtijdig overlijden aldaar voor rekening komt van individueel gedrag en omgevingsfactoren.¹ Ook de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II (SEGV-II, Commissie Albeda) houdt in het recent uitgebrachte advies een pleidooi om het beleid meer dan voorheen te richten op de bevordering van gezond gedrag.² Sociaal-economische gezondheidsverschillen worden onder meer in verband gebracht met verschillen in gezond gedrag, waaronder de mate van lichamelijke activiteit.

De doelstelling van deze nota – *het vergroten van de gezondheidswinst door sport en beweging* – levert een rechtstreekse bijdrage aan doelstellingen van de bovengenoemde kadernota's:

- sport en beweging dragen bij aan de fitheid en de – fysieke en geestelijke – gezondheid van mensen: aan het verlengen van de *gezonde* levensverwachting, het voorkómen van vermijdbare sterfte, het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen (met name optredend naar sociaal-economische status) en het verhogen van de kwaliteit van leven, met name bij chronisch zieken en *gehandicapten* (*Gezond en Wel; Wat sport beweegt; Zorgnota 2001*);
- sport en beweging dragen bij aan het psycho-sociale welbevinden van mensen en aan de zelfredzaamheid. Deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten betekent een toename in maatschappelijke participatie en het voorkomen van sociaal isolement, resulterend in een verbetering van de sociale kwaliteit van de samenleving (*Welzijnsnota; Wat sport beweegt*);
- de gezondheid van sporters en de veiligheid tijdens het bewegen zijn (mede) onderwerp van het beleid op het gebied van de gezondheidsbescherming en de (sport-)gezondheidszorg (*Wat sport beweegt, Veilig Thuis, Zorgnota 2001*).

3.4 Afbakening beleidsterrein

Fitheid, gezondheid en welzijn

In deze nota wordt «gezondheid» in principe opgevat als het vermogen tot lichamelijk, geestelijk en sociaal normaal (d.w.z. naar eigen kunnen) functioneren in de samenleving. Dit impliceert dat mensen gezonde keuzen kunnen maken (eigen gedrag), invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en de benodigde zorg kunnen vragen.³ Deze definitie komt overeen met de opvattingen van de WHO over wat gezondheid is, namelijk een toestand van fysiek, geestelijk en maatschappelijk welbevinden.⁴ Gezondheidswinst dient dan ook in deze termen te worden uitgelegd: het gaat om de positieve werking van sport en beweging op zowel het fysieke als het psycho-sociale functioneren van mensen. Naast gezondheid wordt «fitheid» onderscheiden, de optelsom van een aantal lichamelijke condities: uithoudingsvermogen, spierkracht, lenigheid en coördinatie. Met name de gerichte, intensieve vormen van sport en beweging leiden tot verbetering van de fitheid.

In deze nota wordt een accent gelegd op de relatie tussen lichamelijke activiteit (beweging, waaronder sport) en de *fysieke* gezondheid. De bewijsvoering (wetenschappelijke onderbouwing) voor deze relatie is de laatste jaren dusdanig ver gevorderd, dat het kabinet de tijd rijp acht voor een expliciete visie en dito voornemens voor de stimulering van gezond bewegen.

¹ USDHHS, 2000.

² Programmacommissie SEGV-II, 2001.

³ Deze definitie van gezondheid wordt gehanteerd in het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg (Stuurgroep Nationaal Contract OGZ, 2001).

⁴ «Health is: 1. a state of complete physical, social and mental well-being and not merely the absence of disease or infirmity; 2. a resource of everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities.»

Waar mogelijk zal ook aandacht worden besteed aan de relatie tussen lichamelijke activiteit en de *geestelijke* gezondheid. Deze relatie wordt niet minder belangrijk gevonden, maar de (wetenschappelijke) onderbouwing van deze effecten hiervan laten nog te wensen over. Naar de relatie tussen lichaamsbeweging en de geestelijke gezondheid zal nader onderzoek worden gedaan (zie hoofdstuk 14).

De relatie tussen sport en welzijn (sociaal of maatschappelijk welbevinden) zal in de nota niet verder worden uitgewerkt omdat de Tweede Kamer met name heeft gevraagd in te gaan op de relatie tussen sport (en bewegen) en gezondheid, en omdat de relatie met welzijn in andere beleidsnota's al aan de orde is.¹

Sport en beweging

Onder «beweging» en «sport» wordt in deze nota in principe de gehele bandbreedte van matig intensieve tot intensieve lichamelijke activiteiten verstaan waarvan de uitoefening bijdraagt aan de fitheid en gezondheid: van stofzuigen, traplopen, klussen, tuinieren en wandelen tot dansen, fietsen, fitness en sport. Alle vormen van matig intensieve of intensieve lichamelijke activiteit kunnen bijdragen aan een betere *gezondheid*, maar om aan bewegen een «bewezen» gezondheidseffect te ontleen moet er sprake zijn van een zekere dosering en frequentie. De *Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)*, een norm die zich baseert op extra energieverbruik ten opzichte van het energieverbruik in ruste, gaat voor volwassenen uit van minimaal een half uur *matig intensief* bewegen per dag op minstens vijf dagen van de week. Om ook de *fitheid* te verbeteren zijn met name gerichte, *intensieve* vormen van beweging (sport) nodig.

Wat is de meest gezonde vorm van bewegen?

Het oordeel uit de wetenschap is (nog) niet eensluidend: in principe leiden alle vormen van beweging tot meer gezondheidswinst, maar de éne vorm misschien toch meer dan de andere. In het recente verleden overheerste de opvatting dat *intensief bewegen de meeste gezondheidswinst opleverde. Dit werd met name afgemeten aan de cardiovasculaire fitheid. Het adagium luidde: drie maal per week 20 minuten intensief bewegen (sporten). Thans overheerst de opvatting dat vormen van matig intensief bewegen ook of misschien wel meer bijdragen aan de gezondheid. Matig intensief bewegen (bijvoorbeeld wandelen en fietsen) leidt over het algemeen tot minder gezondheids «verlies» (blessures), wordt door bepaalde doelgroepen beter verdragen (bijvoorbeeld 55+ers en mensen met overgewicht) en draagt meer bij aan het totale energieverbruik dan korte perioden van intensieve activiteit. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen luidt daarom thans: minstens een half uur matig intensief bewegen per dag op minstens vijf dagen in de week.*
(Ontleend aan o.a. Backx e.a. 1994; Hildebrandt e.a. 1999; Westerterp 2001)

Gezond Leven en beweging

De vergroting van de gezondheidswinst door sport en beweging en de verkleining van de gezondheidsrisico's zijn doelstellingen die passen in het kader van gedragsgerichte gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Het beleid voor het stimuleren van een gezonde leefstijl richt zich op een aantal leefstijlfactoren, die deels onderling samenhangen. Het gaat daarbij om onderwerpen zoals meer beweging, niet roken, matig alcoholgebruik, gezonde voeding, een verbeterde veiligheid in en om het huis, veilig vrijen en voldoende ontspanning (de zogenaamde «BRAVO»-thema's). In deze nota staat beweging centraal en de veiligheidsaspecten van beweging. Aan de relatie tussen beweging en de andere leefstijlfactoren wordt in deze nota zijdelings aandacht geschonken.

¹ Ministerie van VWS 1996; 1999b en 1999c.

4. OVERWEGINGEN VOOR BELEID

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke uitgangspunten ten grondslag liggen aan het in deze nota geformuleerde beleid. Er is al veel onderzoek gedaan naar de gezondheidseffecten van sport en beweging. Op basis daarvan kan worden vastgesteld dat sport en beweging een bijdrage leveren aan de gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Daarnaast kan beweging ook het beloop van ziekten gunstig beïnvloeden. De gezondheidswinst leidt bovendien tot economische winst (besparing van medische kosten en beperking van arbeidsverzuim).

In dit hoofdstuk wordt tenslotte ook stilgestaan bij het belang van «facetbeleid». Om de doelstellingen uit deze nota te kunnen behalen is het van groot belang dat ook op andere beleidsterreinen maatregelen worden getroffen.

4.1 Gezondheidswinst door sport en bewegen

De concepten van lichamelijke activiteit, lichamelijke fitheid en gezondheid beïnvloeden elkaar over en weer. Wie actief is, voelt zich fit en is gezond; wie gezond en fit is, zal eerder geneigd zijn om lichamelijke activiteiten te ontplooiën. De concepten worden beïnvloed door de factoren *aanleg, leefstijl en omgeving*.¹ In de VTV-1997 worden min of meer dezelfde factoren onderscheiden en benoemd als *endogene* (erfelijke en verworven) en *exogene* determinanten (leefstijl, sociale en fysieke omgeving). De Programmacommissie SEGV-II (2001) hanteert een onderscheid in factoren betreffende de fysieke omgeving, de sociaal-economische omgeving, de leefstijl en de (toegang tot) de gezondheidszorg. Over leefstijl- of gedragsdeterminanten is meer bekend dan over determinanten die samenhangen met de sociale, sociaal-economische en fysieke omgeving. Uit recent onderzoek kan echter worden geconcludeerd dat deze determinanten minstens zo relevant zijn.²

Behalve dat bewegen een *directe* invloed heeft op de *fitheid* (uithoudingsvermogen, kracht, lenigheid en coördinatie) heeft bewegen ook een *bezoen* positief effect op tal van *gezondheidsparameters* (lichaamsvetverdeling, botdichtheid, bloeddruk, glucose- en insulinespiegel), verlaagt bewegen het risico op het *ontstaan* van bepaalde ziekten (primaire preventie) en heeft bewegen een gunstige invloed op het *beloop* van diverse aandoeningen (tertiaire preventie).

In andere gevallen, zoals bij revalidatie, beïnvloeden sport en beweging het beloop van ziekten en het herstel na het optreden van een handicap *indirect*. Door sport en beweging wordt de fitheid verbeterd; dit heeft op zijn beurt een gunstige invloed op het neuromusculaire, cardiovasculaire, respiratoire en metabole systeem en op het voorkomen of verminderen van secundaire gezondheidsrisico's. Sport en beweging leggen tijdens de revalidatie een accent op de vermogens, en niet op het onvermogen (de ziekte of de handicap). Zodoende helpen bewegingstherapieën de patiënten om psychische problemen het hoofd te bieden en de eigenwaarde en het zelfbeeld te versterken.³

Een tekort aan lichamelijke activiteit is een onafhankelijke risicofactor voor een groot aantal chronische ziekten (zie onderstaande tabel), waarbij moet worden bedacht dat de meeste van deze ouderdoms- en welvaartsziekten in de toekomst alleen maar zullen toenemen.⁴ Bij bepaalde ziekten heeft lichamelijke inactiviteit een hoog populatie attributief risico (PAR). Voor hart- en vaatziekten is dit bijvoorbeeld 40 à 60%.⁵

Lichamelijke inactiviteit is in Nederland als onafhankelijke risicofactor jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting 8000 sterfgevallen, ruim 6% van het totaal.⁶ Andersom kan worden gesteld dat lichamelijke activiteit –

¹ Model van Bouchard, in (o.a.) Kemper 2000 en Van Mechelen 2000. Dit betreft zowel de fysieke als de geestelijke gezondheid. Ook tussen «welzijn» en «gezondheid» bestaat samenhang. Deze samenhang is aangetoond voor stress, ernstige minder ernstige aandoeningen. (RVZ 2000)

² Peters in Keijsers en Vaandrager 2000; Programmacommissie SEGV-II 2001.

³ Baken (overzichtsstudie) 1997.

⁴ VTV-1997

⁵ Ter vergelijking: het PAR voor roken, hypertensie en obesitas bij hart- en vaatziekten varieert tussen 20 en 40%. (Van Mechelen e.a., in voorbereiding)

⁶ VTV 1997.

mits in voldoende mate en op verantwoorde wijze uitgevoerd – de duur en de kwaliteit van leven aanzienlijk doet toenemen.¹

Bewezen positieve werking van beweging op de fysieke, geestelijke en psycho-sociale gezondheid¹

Gezondheidsparameters (fysieke, geestelijke en psycho-sociale -)	<i>Overtuigend bewijs:</i> lichaamsgewicht, vetpercentage, bloeddruk, de ratio van HDL/LDL-cholesterol, het triglyceriden-gehalte, de glucosetolerantie, de insulinegevoeligheid, de botdichtheid, het slaappatroon <i>Aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> coördinatie, reactievermogen, reactiesnelheid, geheugen, psychosociaal welbevinden, gemoedstoestand, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, zelfwaarde
Ontstaan van ziekten	<i>Overtuigend bewijs:</i> Hart- en vaatziekten, niet insuline afhankelijke diabetes, overgewicht en osteoporose <i>Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> beroerte, depressie, colonkanker en borstkanker
Beloop van ziekten	<i>Overtuigend bewijs:</i> coronaire hartziekten, niet insuline afhankelijke diabetes en overgewicht <i>Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> CARA, osteoporose, beroerte, angst en depressie, reumatoïde artritis, epilepsie en cystic fibrosis <i>Aanwijzingen voor een gunstig effect:</i> o.a. artrose, bekkeninstabiliteit, nierziekten, lage rugpijn, ziekte van Parkinson en lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicap

¹ Pate e.a. 1995; De Bruin e.a. 1995; US Department of Health and Human Services 1996; Mosterd e.a. 1996; ACSM 1997; VTV-1997; Stiggelbout en Opmeer 1999; Schuit e.a. 1999

4.2 Economische winst door sport en bewegen

Macro-economisch bezien levert een lichamelijk actieve leefstijl geld op. Uit onderzoek van de Stichting Economisch Onderzoek van de UvA in 1996 is gebleken dat lichaamsbeweging de consumptie van medische diensten vermindert, leidt tot minder arbeidsverzuim en een hogere productiviteit.² Het positieve effect van sport en beweging op het arbeidsverzuim wordt ook aangetoond in andere studies.³

De negatieve gevolgen van sportblessures voor zowel de gezondheidszorg als het arbeidsverzuim worden ruimschoots gecompenseerd doordat actieve Nederlanders in vergelijking met passieve in het algemeen een betere gezondheid hebben, hierdoor minder beroep doen op de gezondheidszorg en over het geheel minder verzuimen. Bij het vorderen van de leeftijd zijn er minder kosten en meer baten ten gevolge van sport en bewegen. De economische baten zijn berekend op 1,6 miljard gulden.⁴

4.3 Belang van facetbeleid

Mensen bewegen verspreid over de dag en op verschillende locaties of *settings*: in en om het huis, op de werkplek, op school, in vrije-tijd-settings (sportclub, buurthuis, recreatiegebied) en in het transport tussen verschillende locaties. Totnogtoe is de aandacht vooral uitgegaan naar de stimulering van sport en bewegen in de vrije tijd, met een accent op de mogelijkheden die worden aangeboden via de georganiseerde sport.⁵ In het verleden zijn beleidsinterventies vooral gericht op beïnvloeding van de vrije keuze van het individu (gedragsverandering), wat (mede) geleid heeft tot een verhoging van de sportparticipatie. Daarmee is echter voorbij gegaan aan de mogelijkheden die ook de andere settings bieden en die niet zozeer betrekking hebben op de beïnvloeding van het individuele gedrag, maar ook of vooral op de aanpassing van de *omgeving* van individuen.

¹ Van Mechelen (1998) spreekt over verlen-
ging van de levensduur met gemiddeld één
jaar. Het RIVM is voornemens naar de invloed
van beweging op de gezonde levensduur
meer onderzoek te gaan doen.

² Stam e.a. 1996.

³ Dawson e.a. 1998.

⁴ Besparing op ziekteverzuim- sportblessure-
verzuim en medische behandelingen = 2,3
miljard – 0,7 miljard = 1,6 miljard. Beleidsin-
spanningen gericht op bewegingsstimulering
zullen de winst vergroten, het afremmen van
bewegingsstimulering zal de winst verkleinen
(Peters in: Keijsers en Vaandrager, 2000)

⁵ Zie Wat sport beweegt (Ministerie van VWS
1996). Beleid gericht op de stimulering van
andere vormen van beweging worden
beschreven in Kiezen voor Recreatie (Minis-
terie van LNV 1992) en het Masterplan Fiets
(Ministerie van VenW 1998).

De doelstellingen van een *voldoende mate* en *veilige wijze* van sport en bewegen zijn pas haalbaar als zogenaamd *facetbeleid* wordt ontwikkeld: (rand-)voorwaardelijke maatregelen die noodzakelijk zijn om de gezondheidswinst van sport en beweging tot z'n recht te laten komen. Deze maatregelen strekken zich uit tot andere beleidsterreinen dan sport, bewegen en gezondheid alleen. Voor de realisering van deze maatregelen in praktijk is intersectorale samenwerking een noodzaak. Het gaat daarbij zowel om de inrichting van de woonomgeving, de mogelijkheden die op de werkplek, op school en in de wijk of regio worden geboden als om de stimulering van het transport te voet of op de fiets. In al deze settings kunnen mensen worden gestimuleerd tot bewegen. Bewegen moet voordelen opleveren (vermijden van parkeerproblemen, fiscale stimulering voor fietsgebruik en bewegingsprogramma's bij bedrijven) en de enige of eerste keuze zijn (niet de roltrap, maar de trap staat in het gebouw centraal). Vanuit verschillende beleidsterreinen kan een scala aan instrumenten worden ingezet om de doelstellingen van deze nota te helpen realiseren. De noodzaak voor een intensieve intersectorale samenwerking (facetbeleid) wordt zowel in het sportbeleid als in het gezondheidsbeleid onderkend.¹

Tenslotte moet niet worden vergeten dat ook de gezondheidszorg een belangrijke rol kan spelen in de stimulering van het gezonde bewegen. Juist vanuit gezondheidsoogpunt, en zeker in het geval van een bepaald ziektebeeld, kan het advies van de huisarts, specialist, jeugdarts, bedrijfsarts of fysiotherapeut een behoorlijke impact hebben. Eén van de winstpunten is er dan ook in gelegen om de setting van de gezondheidszorg ten volle te benutten.

Verantwoordelijk ministerie	Beleidsterrein (setting)	Gezondheidszorg in de setting
Ministerie van VROM	Wonen, ruimte	
Ministeries van SZW (en EZ)	Werken	arbozorg
Ministerie van OCenW	Onderwijs	jeugdgezondheidszorg
Ministeries van VWS en LNV	Vrije tijd (sport, spel, recreatie)	sportgezondheidszorg
Ministerie van VenW	Transport	

¹ Ministerie van VWS 1996; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) 2000.

DEEL II, DE VERGROTING VAN DE GEZONDHEIDSWINST

In dit deel staat de vergroting van de gezondheidswinst van sport en beweging centraal. In het algemeen kan worden gesteld dat de gezondheidswinst van sport en beweging nog onvoldoende wordt benut. Gezondheidswinst – en daarmee ook economische winst – kan worden ontleend aan de gezondheidsbevorderende, preventieve werking van sport en beweging (hoofdstuk 5, preventie); aan de positieve invloed van sport en beweging op het beloop en de revalidatie van ziekten en aandoeningen (hoofdstuk 6, curatie), en aan de rol die sport en beweging kunnen spelen bij het voorkomen en terugdringen van het arbeidsverzuim ten gevolge van arbeidsrelevante aandoeningen (hoofdstuk 7).

5. PREVENTIE DOOR SPORT EN BEWEGING

Er is inmiddels veel bekend over het effect van sport en beweging op de bevordering van de gezondheid en de preventie van ziekten. Helaas moet tegelijkertijd worden geconstateerd dat de preventieve werking van sport en beweging onvoldoende wordt benut door het grootschalig voorkomen van bewegingsarmoede. Het kabinet wil de randvoorwaarden creëren waarmee de deelname aan sport en beweging voor iedereen mogelijk is (faciliteren van voldoende sport- en bewegingsaanbod, vergroten van de vraag door kennisvermeerdering, facetbeleid). De keuze om te bewegen is uiteraard uiteindelijk aan de burger zelf. Voor de bestrijding van inactiviteit stelt het kabinet voor om naast de algemene aanpak aanvullend een aanpak gericht op specifieke doelgroepen en situaties te ontwikkelen (aangepastbewegingsaanbod, community benadering, deelcampagnes).

5.1 Doelstellingen

Nederlandse Norm Gezond Bewegen

In 1998 is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen vastgesteld.¹ Deze norm is afgeleid van internationale richtlijnen² en toegepast op de Nederlandse situatie. Met de vaststelling van de norm is een belangrijk instrument ontwikkeld om de mate van gezond (voldoende) bewegen te meten en te bevorderen. Voor kinderen is de norm vastgesteld op minimaal een uur, en voor volwassenen op minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen op minstens vijf dagen van de week. Bij kinderen dienen bovendien minstens twee uur per week te worden besteed aan gerichte motorische ontwikkeling en fitheid. Afgemeten naar de norm spreekt men van *normactiviteit* (bewegen volgens de norm), *semi-activiteit* (men beweegt wel, maar behaalt daarbij niet de norm) en *inactiviteit* (men benadert de norm in het geheel niet). Volgens de meest recente peiling is circa 40% van de bevolking boven de 16 jaar normactief, 48% semi-actief en 12% inactief; dat wil zeggen dat men op geen enkele dag tenminste een half uur matig intensief beweegt.³

Om een voldoende mate van bewegen onder het Nederlandse publiek te bewerkstelligen, zal het beleid gericht op bewegingsbevordering worden geïntensiveerd. Doelstellingen voor bewegingsbevordering worden als volgt geconcretiseerd:

- de bevordering van voldoende bewegen uitgedrukt als een toename van de normactiviteit van 40% (1998) naar 45% in 2005 en 50% in 2010;
- de bestrijding van bewegingsarmoede, uitgedrukt als een afname van de inactiviteit van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010;
- kennisvermeerdering bij burgers op het gebied van voldoende bewegen uitgedrukt als een toename van de kennis over de Nederlandse Norm Gezond Bewegen van 0% (1998) tot 50% in 2005 en 75% in 2010;
- de verbetering van de bereikbaarheid van sport-, recreatie- en groenvoorzieningen (inclusief groene en blauwe routes) met 5% in 2005 en 10% in 2010.

5.2 Trends en determinanten

Het volksgezondheidsbeleid is erop gericht om de *gezonde* levensverwachting te verhogen, vermijdbare sterfte te voorkomen en (sociaal-economische) gezondheidsverschillen te verkleinen.⁴ Dit vergt een behoorlijke inspanning. Bij een toenemende levensverwachting brengt de Nederlandse bevolking slechts driekwart van de levensjaren door in een goede gezondheid. Juist van de bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op een slechte gezondheid wordt in de nabije toekomst een relatieve groei verwacht.⁵ Bovendien ontwikkelen de meeste risicofactoren zich op het moment ongunstig, zeker bij de jeugd. Dat geldt voor roken,

¹ Kemper e.a in: Hildebrandt e.a. 1999.

² USDHHS 1996.

³ Hildebrandt e.a. in: Hildebrandt e.a. 1999.

⁴ Ministerie van VWS 1995; Programmacommissie SEGV-II 2001.

⁵ De gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen in Nederland zijn het grootst naar sociaal-economische status (gemeten naar opleiding, inkomen en beroep). Verder wordt een mindere gezondheid aangetroffen bij ouderen, bij arbeidsongeschikten en werklozen, bij alleenwonenden en ongehuwden, bij allochtonen en bij dak- en thuislozen. (RIVM 1997)

drankgebruik, onveilig vrijen, gebruik van soft drugs, achterblijvende consumptie van groenten en fruit, overgewicht, bloeddruk en stress.¹

Energie-inname en -verbruik

De prevalentie van ernstig overgewicht is de afgelopen twintig jaar aanzienlijk toegenomen, zowel bij volwassenen als bij kinderen. Het aantal kinderen met overgewicht is zelfs 1,5 tot 2 maal zo groot geworden. Het lijkt aannemelijk dat niet de voedselconsumptie maar de afname van lichamelijke activiteit de belangrijkste oorzaak is voor de stijging van het aantal mensen met een ernstig overgewicht. Indicatoren die duiden op een verminderd energieverbruik zijn toegenomen: aan vele moderne vrijetijdsbestedingen komt hoegenaamd geen energieverbruik te pas en daarnaast hebben verregaande mechanisering en automatisering het energieverbruik tijdens het werk en het transport teruggedrongen.² Deze trends zetten zich naar verwachting in de toekomst verder door.

Sport en beweging

De meest gunstige meetmethode toont aan dat de sportparticipatie door de jaren heen is gestegen tot 65% over alle leeftijdscategorieën en meer dan 85% onder kinderen en jongeren (6–17 jaar)³. Maar deze stijgende lijn zet zich, met uitzondering van de sportdeelname door 55+-ers, niet langer door.⁴ Het percentage sporters dat *wekelijks* sport is gedaald (thans ca. 33%), evenals het percentage deelnemers aan teamsporten en verenigingssport. Groei wordt gesignaleerd in de solosporten en de sporten die (ook) in ongeorganiseerd verband kunnen worden beoefend, zoals skaten, fitness en de wandelsport.

Landelijke enquête naar de NNGB

Onderzoek naar de mate waarin men in verschillende situaties – tijdens het (huishoudelijk) werk, op school of in de vrije tijd – *beweegt*, levert evenmin gunstige cijfers. De uitkomsten van de eerste landelijke enquête naar de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (TNO-monitor) tonen aan dat minder dan de helft van de bevolking (40% in de winter, 53% in de zomer) normactief is, dat wil zeggen voldoende beweegt om hieraan een (bewezen) positief effect op de *gezondheid* te ontleen. 12% van de bevolking is zelfs inactief.⁵ Ander recent onderzoek waarin de lichamelijke activiteit van de bevolking is gemeten toont een nog mistroostiger beeld.⁶ Minder dan een kwart van de bevolking beweegt zodanig dat dit winst oplevert voor de *fitheid*.⁷

Ook andere cijfers wijzen op een negatieve ontwikkeling. Zo is de tijd die kinderen buiten spelen de afgelopen twintig jaar gehalveerd.⁸ Uit een onderzoek uitgevoerd in Amsterdam bleek dat in vijf verschillende typen wijken, variëren van oud en druk tot nieuw en groen, gemiddeld bijna eenderde van de 7 tot 9-jarigen vrijwel nooit buiten speelt.⁹

Determinanten

In de landelijke enquête naar de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (TNO-monitor) zijn verschillen in het *bewegingspatroon* gemeten naar sekse, leeftijd, opleidingsniveau en arbeidssituatie. Uit de eerste meting naar deze norm blijkt dat vrouwen beter scoren dan mannen. Boven de 65 jaar neemt de lichamelijke activiteit drastisch af. De arbeidssituatie lijkt een belangrijke onderscheidende factor: bij ouderen (50–65 jaar) is de *norm*activiteit hoger dan bij de «mid life»-groep (16–49), bij lager opgeleiden (fysieke arbeid) beter dan bij hoger opgeleiden en bij huisvrouwen beter dan bij werkenden.

Over het lichamelijke activiteitenpatroon van mensen met een handicap of een chronische aandoening is weinig bekend. Beschikbare cijfers wijzen echter op een afnemend activiteitenpatroon naarmate de ernst van de handicap of aandoening toeneemt (zie verder hoofdstuk 6).¹⁰ Ook zijn er aanwijzingen dat de kwantiteit en kwaliteit van het lokale

¹ RIVM 1997.

² Frederiks e.a. 2000; Kemper e.a. 2000; Seidell 2001.

³ Deze cijfers zijn gebaseerd op het AVO-onderzoek, dat respondenten vraagt of zij het afgelopen jaar hebben gesport, zonder minimale ondergrens. Cijfers uit het TBO zijn aanmerkelijk minder rooskleurig: 40% (mensen die in een bepaalde week in oktober hebben gesport) en 55% (mensen die aangeven met zekere regelmaat te sporten). (De Haan en Breedveld 2000)

⁴ Van den Heuvel en Van der Poel 1999.

⁵ Hildebrandt e.a. 1999.

⁶ Schuit e.a. 1999. In dit onderzoek naar lichamelijke activiteit in samenhang met sociaal-demografische determinanten en gezondheidskenmerken bij volwassen mannen vrouwen in Amsterdam, Doetinchem en Maastricht wordt 21% inactiviteit gerapporteerd.

⁷ Backx e.a. in Hildebrandt e.a. 1999.

⁸ De Volkskrant 18-1-2001.

⁹ Schouten 1998.

¹⁰ Stiggelbout en Opmeer 1999.

aanbod en de afstand tot voorzieningen van invloed is op de lichamelijke activiteit.¹

De gevonden verschillen in het *bewegingspatroon* (volgens de TNO-monitor) stemmen *niet* overeen met de verschillen die doorgaans worden gevonden in onderzoek naar *sportparticipatie* of naar gezond gedrag en gezondheid in het algemeen.² Verschillen in de sportparticipatie van de bevolking worden met name gesignaleerd op grond van leeftijd (gestage afname met het vorderen van de jaren) en de SES-categorieën opleiding, inkomen en beroepsstatus (meer deelname door hoog opgeleiden, hoge inkomens en werkenden), terwijl de sportdeelname tussen mannen en vrouwen vrijwel gelijk is.³ In het onderzoek naar de samenhang tussen lichamelijke activiteit en sociaal-demografische kenmerken werd meer inactiviteit aangetroffen bij ouderen, weduwen/weduwnaars, lager opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten.⁴

Metingen naar sportparticipatie beperken zich uiteraard tot *sportbeoefening in de vrije tijd* en sluiten andere vormen van beweging uit. Met oog op het te bewerkstelligen gezondheidseffect is het echter minder belangrijk in welke setting wordt bewogen. De uitkomsten van de TNO-monitor (gebaseerd op de Nederlandse Norm Gezond Bewegen) dienen daarom als eerste uitgangspunt bij het formuleren van nieuw beleid. De andere onderzoeksgegevens worden aanvullend gebruikt.

5.3 Huidig beleid

Nederland in Beweging

Nederland in Beweging! (NIB) is een programma van NOC*NSF in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF, de stichting Jeugd in Beweging en vele anderen. Het programma wordt mede mogelijk gemaakt door VWS, de Lotto en Zorgonderzoek Nederland. Doelstelling van NIB is een substantiële groei te bereiken van het percentage Nederlanders dat door een actieve leefstijl de eigen gezondheid positief beïnvloedt, met het accent op regelmatig en verantwoord bewegen. NIB richt zich zowel op de jeugd, op volwassenen (waaronder werknemers) als op ouderen. Binnen de genoemde groepen is ook aandacht voor mensen met een chronische ziekte. Daartoe worden samenwerkingsverbanden opgezet met intermediaire organisaties en beroepsgroepen.

Gezondheidsbeleid en bewegingsbevordering

In Nederland zijn de laatste jaren veel initiatieven genomen op het gebied van bewegingsstimulering, met name in het kader van de programma's *Nederland in Beweging!(NIB)* en *Jeugd in Beweging (JiB)*. Deze programma's worden mede ondersteund door het Ministerie van VWS, onder andere via ZON. Bij nadere analyse van deze programma's blijkt dat meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit van interventies, de mate van implementatie en bevorderende en belemmerende factoren.⁵ Effecten van preventieve maatregelen zijn sowieso lastig meetbaar; zeker als op de langere termijn een effect op de volksgezondheid moet worden aangetoond. Waar wel effectonderzoek wordt uitgevoerd, blijkt dat aan de werkzaamheid van preventieve interventies nog wel het een en ander kan worden verbeterd. Hetzelfde geldt overigens voor veel *zorg*interventies.⁶

¹ Harrison e.a. 1995; Elzinga e.a. 1996; Duijvestein en Schipper 1998; De Vries 1999; Van der Poel 2001.

² Deze worden meest ingegeven door sociaal-economische verschillen. Zie het advies van de Programmacommissie SEGV-II (2001).

³ De Haan en Breedveld 2000.

⁴ Schuit e.a. 1999.

⁵ Peters in: Keijsers en Vaandrager 2000.

⁶ RIVM 1997.

en fysieke omgeving. Hiervan zijn echter nog weinig voorbeelden en effectstudies bekend.

Sportbeleid

In de periode 1999–2002 (kabinet Paars-II) is het sportbeleid van de rijksoverheid aanzienlijk geïntensiveerd. Met als doel het lokale sportaanbod duurzaam te verbeteren is de *breedtesportimpuls* ontwikkeld. In deze breedtesportimpuls worden nadrukkelijk dwarsverbanden met andere beleidsterreinen gelegd. Sport wordt ingezet als middel om bij te dragen aan oplossingen voor maatschappelijke problemen, onder andere op het gebied van welzijn en gezondheid. In het verlengde hiervan worden de uitvoerders van de breedtesportimpuls – gemeenten en sportbonden – opgeroepen relaties te leggen tussen sport en andere sectoren waaronder het welzijnswerk en de gezondheidszorg.¹ Daarbij kan nadrukkelijk worden geprofiteerd van het sport- en bewegingsaanbod dat inmiddels is ontwikkeld voor specifieke doelgroepen, waaronder ouderen, gehandicapten, kinderen met een motorische achterstand en chronisch zieken.² De specifieke mogelijkheden van sport en bewegen in relatie tot de gezondheidsbevordering op lokaal niveau zijn uitgewerkt in een aparte brochure gericht op gemeenten en hun GGD'en.³ Recent heeft NOC*NSF namens de georganiseerde sport nieuwe ambities neergelegd in het manifest *Nederland Sportland*. VWS heeft uit dit manifest een aantal prioriteiten overgenomen betreffende sport en onderwijs, de verenigingsinfrastructuur en het topsportklimaat.

Recreatiebeleid

De gezondheid en het welzijn van mensen zijn onderliggende argumenten om recreatiebeleid te voeren. Naar de relatie tussen recreatie enerzijds en gezondheid en welzijn anderzijds is en wordt onderzoek gedaan. De gevonden effecten van recreatie op de gezondheid zijn positief; enerzijds door de hiermee gepaard gaande natuurbeleving (belevingsruimte) en anderzijds door de mate van beweging (bewegingsruimte).⁴ Het recreatiebeleid heeft zich totnogtoe met name gericht op het creëren van (meest ruimtelijke) faciliteiten en voorwaarden ten behoeve van de openluchtrecreatie in de vrije tijd. Deze ruimtelijke implicaties worden neergelegd in het Structuurschema Groene Ruimte, een Planologische Kernbeslissing (PKB). Het recreatiebeleid is daarbij steeds nauw gerelateerd aan het groen- en natuurbeleid en heeft zich in hoofdzaak geconcentreerd op het landelijke gebied. Geleidelijk is er meer oog gekomen voor de (menselijke) gebruiker van de groene infrastructuur. Dit heeft onder andere geleid tot het streven naar de vergroting van de toegankelijkheid van bossen, natuurterreinen en landbouwgrond en tot de uitbreiding van de groene infrastructuur naar het stedelijk gebied, waar immers de meeste mensen wonen.⁵

5.4 Strategie

Sport en recreatie leveren uiteraard een belangrijke bijdrage aan het vereiste niveau van gezond bewegen, maar worden zelden op alle dagen van de week beoefend. Om te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen zal sportbeoefening daarom moeten worden aangevuld met andere vormen van lichaamsbeweging zoals lopen, traplopen, fietsen, dansen, tuinieren, klussen en fysiek (huishoudelijk) werk. Het beleid zal zich daarom in aanvulling op de stimulering van recreatie- en sportdeelname óók op *bewegingsbevordering* moeten richten; in het bijzonder op de bevordering van «alledaagse» vormen van bewegen.

Breed publiek

Bewegingsarmoede strekt zich uit over alle lagen van de bevolking. Communicatie en voorlichting over het belang van beweging zijn in prin-

¹ Ministerie van VWS 1999b.

² Meer Bewegen voor Ouderen, Groninger Actief Leven Model (GALM), 55+ in Beweging!, Club Extra, Hart in Beweging en aangepaste sportvormen voor gehandicapten en chronisch zieken bij de reguliere bonden, bij de NEBAS/NSG, bij het Astmafonds en de reumapatiëntenbond.

³ Ministerie van VWS 2000a.

⁴ Ten Wolde 1999; De Vries e.a. 2000.

⁵ Daartoe is o.a. de Stimuleringsregeling Groen In en Om de Stad (GIOS) ontworpen. Deze is ingekaderd in het grote-stedenbeleid.

cipe gericht op een breed publiek. Het effect van communicatie op de korte termijn moet echter niet worden overschat. Regelmatige lichamelijke activiteit betekent voor veel burgers een verandering in *leefstijl*. Dergelijke veranderingen in leefstijl – die, geprojecteerd op grote schaal, neerkomen op verandering van de algemene opinie en van de heersende cultuur – worden dikwijls niet zonder slag of stoot bereikt. Bij gedragsverandering wordt meestal rekening gehouden met een looptijd van minstens één generatie.

Hoewel de leefstijl van de gemiddelde Nederlander nog niet kan worden gekenschetst als actief, lijkt er wel een potentieel draagvlak te bestaan voor meer (gezond) bewegen¹:

- gezondheid is voor de meeste Nederlanders de belangrijkste waarde;
- vrijwel alle Nederlanders vinden bewegen belangrijk voor de gezondheid, en overigens ook om andere redenen;
- een meerderheid van de Nederlanders is zelf van mening dat men voldoende beweegt voor de gezondheid. Echter, de cijfers spreken dit tegen.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat het in ieder geval nuttig is om gezond bewegen op de agenda te zetten en over gezond bewegen meer kennis te verspreiden, zowel bij het brede publiek als bij de intermediaire doelgroepen die het publiek in specifieke settings kunnen bereiken.

Specifieke doelgroepen

Aanvullend beleid zal vooral worden ingezet om *inactiviteit* te voorkomen en tegen te gaan. Inactiviteit is met name te vinden onder *ouderen*, *chronisch zieken* en *gehandicapten*; mogelijk ook bij andere specifieke doelgroepen waaronder uitkeringsgerechtigden en allochtone vrouwen. Belangrijke notie daarbij is dat niet-actieven uit oogpunt van gezondheid relatief meer profiteren van *enige* lichamelijke activiteit dan matig actieven van *extra* lichamelijke activiteit.² Dit rijmt met de bevindingen van het SEO-onderzoek dat het stimuleren van semi-activiteit een gunstiger kosten-batenanalyse oplevert dan het stimuleren van de norm-activiteit.³

In het algemeen is meer inzicht nodig in de achterliggende oorzaken van inactiviteit. Over het algemeen lijkt inactiviteit te worden ingegeven door tijdsgebrek. Maar bij bepaalde doelgroepen zou inactiviteit wel eens het gevolg kunnen zijn van een achterblijvende fitheid en gezondheid. Uit onderzoek is gebleken dat de (subjectieve) gezondheidsbeleving en de mate van lichamelijke activiteit in hoge mate interfereren. Zo valt bij ouderen een vrij scherpe tweedeling op: volgens de eerste meting naar de NNGB is deze groep het meest normactief én het meest inactief. Er is meer inzicht nodig in het «waarom» van deze tweedeling. Ouderen beschikken over het algemeen over meer vrije tijd en kunnen zich derhalve ook op het gebied van sport en beweging verder ontplooiën. Onder andere een mindere gezondheid zou wel eens een barrière kunnen opwerpen tegen het ontwikkelen of behouden van een actieve leefstijl.⁴

Behalve bij ouderen wordt ook inactiviteit verondersteld bij mensen met een chronische aandoening of een functionele beperking. Dat is betreurenswaardig, temeer omdat beweging een gunstig effect kan hebben op het beloop van ziekten. Hieraan wordt in hoofdstuk 6 meer aandacht besteed. Het ontbreken van een actieve leefstijl heeft bovendien niet alleen gevolgen voor de gezondheid, maar kan ook consequenties hebben voor de betrokkenheid bij maatschappelijke processen en de mogelijkheden om zelfstandig te kunnen functioneren.

¹ Hildebrandt e.a. 1999.

² Afvlakkende dosis-respons curve; zie bijlage

...

³ Stam e.a. 1996.

⁴ Bol e.a. 1998.

In het belang van de gezondheid én de mogelijke neveneffecten daarvan zal de vicieuze cirkel (afnemende fitheid en gezondheid, leidend tot minder activiteit, leidend tot een afnemende fitheid en gezondheid) moeten worden doorbroken.

Maar ook om andere redenen dan de prevalentie van inactiviteit kan het belangrijk zijn een onderscheid te maken naar doelgroepen. Dat geldt in ieder geval voor *jeugd en jongeren*: vanwege de preventie van chronische ziekten op latere leeftijd, vanwege het aanleren van een actieve en gezonde leefstijl (gewoontegedrag) voor de rest van het leven en vanwege het belang van een goede motorische ontwikkeling – een belang dat in onze huidige maatschappij lijkt te worden onderschat wanneer dit wordt vergeleken met de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Een bewegingsachterstand opgelopen in de jonge jaren blijft de rest van het leven merkbaar. Afgaand op de ervaringen binnen het project *Jeugd in Beweging* is het overigens wel de vraag of «gezondheid» in het algemeen het juiste argument is om jongeren op aan te spreken.

Extra aandacht voor *werknemers* lijkt gerechtvaardigd omdat uit nadere beschouwing van de onderzoeksresultaten van de TNO-monitor blijkt dat arbeidssituatie een groot deel van de verschillen in de gevonden mate van beweging zou kunnen verklaren. Waar de werksituatie het dagelijkse leven domineert is blijkbaar minder gelegenheid voor bewegen. De toenemende automatisering en informatisering zullen deze ontwikkeling in de meeste branches versnellen. Hoger opgeleiden (beeldscherm) zijn immers minder vaak normactief zijn dan laag opgeleiden (fysieke arbeid), de mid life groep scoort op normactiviteit lager dan ouderen, en werkenden bewegen minder dan huisvrouwen. De context van de arbeidssituatie wordt dermate belangrijk geacht, dat hieraan apart aandacht wordt besteed in hoofdstuk 7. De setting van de werkplek kan niet alleen worden benut om de gezondheid van de grote groep werknemers te bevorderen, maar kan ook een bijdrage leveren aan de bestrijding van het arbeidsverzuim en de WAO-instroom.

Doelgroepen	Vindplaats beleidsvoornemens
Breed publiek	Paragraaf 5.5.2 en 5.5.4
Inactieven, w.o. ouderen en chronisch zieken (preventie)	Paragraaf 5.5.1 en 5.5.3
Jeugd, jongeren	Paragraaf 5.5.3
Chronisch zieken en gehandicapten (curatie, revalidatie)	Hoofdstuk 6
Werknemers (preventie en curatie)	Hoofdstuk 7

Gezond Leven

Bewegingsbevordering past naadloos in de strategie voor de stimulering van een gezonde leefstijl. Op titel van beweging kan in de beweegsetting (sportvereniging, fitnessclub, buurthuis) heel goed aandacht worden geschonken aan andere aspecten van gezondheidsbeleid. De relatie tussen beweging en voeding is bijvoorbeeld belangrijk in verband met de energiebalans en het voorkomen van overgewicht, een veelvuldig voorkomend motief om iets aan beweging te gaan doen. Ook zijn er duidelijke relaties aanwijsbaar tussen beweging en roken en tussen beweging en alcohol. Roken en alcoholgebruik verminderen enerzijds de fysieke conditie die benodigd is om te bewegen; anderzijds zijn dit een veel voorkomende «bijzaak» in de vrijetijdssetting van sport en beweging. De indruk bestaat dat de combinaties tussen de verschillende factoren van gezond leven beter kunnen worden benut. Onderzocht zal worden in hoeverre «beweging» een titel is waarop ook andere aspecten van gezond gedrag onder de aandacht van het publiek kunnen worden gebracht en in hoeverre de beweegsetting hierbij zelfs een voortrekkersrol kan vervullen.

De voornemens gericht op het bevorderen van een actieve leefstijl, die in de volgende paragraaf worden beschreven, richten zich op:

- het creëren van meer vraag naar sport en beweging, onder andere door over de gezondheidseffecten van sport en beweging meer kennis te verspreiden via de massamedia en via intermediairs;
- het creëren van meer aanbod in sport en beweging, met name voor wat betreft de aangepaste bewegingsvormen (voor ouderen, chronisch zieken, kinderen met een motorische achterstand e.d.) en het verbeteren van de toegankelijkheid van dit aanbod;
- het afstemmen van vraag en aanbod via «community based interventions»;
- het creëren van voldoende, geschikte bewegingsruimte en mogelijkheden voor langzaam verkeer.

5.5. Voornemens

5.5.1. Sport- en bewegingsaanbod

PACE

In de Verenigde Staten hebben de Centres of Disease Control en de San Diego State University een methode ontwikkeld waarin de zogenaamde *states of change* centraal staan: PACE, Physician Assisted Counseling for Exercise, bedoeld voor gebruik door artsen in de eerstelijnszorg. Door middel van PACE worden individuen gestimuleerd beweging te integreren in het dagelijks leven. De methode is even effectief gebleken als een «ouderwetse» fitnessstraining.

(Van Mechelen 2000)

Er bestaat in Nederland een rijk geschakeerd palet van sporten bewegingsvormen. Wanneer een burger in het kader van een (meer) gezonde leefstijl wil bewegen, dan kan deze overal en nergens terecht: in de sportsector (sportvereniging, sportschool, fitnesscentrum), op het werk (bedrijfsfitness), in de welzijnssector (sport- en buurtwerk) of bij initiatieven gelieerd aan de (bedrijfs-)gezondheidszorg zoals «de gezonde zaak», de rugadviescentra, fysiosport, bewegingsprogramma's gelieerd aan de GGD of een zorginstelling, en fitplannen van zorgverzekeraars. Natuurlijk kan men ook besluiten zelf, dus zonder begeleiding, iets aan sport of beweging te doen (fitness thuis, wandelen, joggen, fietsen, zwemmen).

Het palet van bewegingsvormen is in de afgelopen jaren uitgebreid en niet alleen gericht op jonge, gezonde, sportieve en bemiddelde burgers, maar ook op degenen die om welke reden dan ook op aangepaste wijze kunnen, willen of moeten bewegen. De gehandicaptensport is een goed voorbeeld van hoe jarenlange investeringen zich uitbetalen. Inmiddels is voor mensen met een handicap of een functionele beperking een gevarieerd aanbod beschikbaar van sport en beweging binnen revalidatiecentra, bij fysiosportcentra, bij sportverenigingen voor aangepaste sporten én bij reguliere sportverenigingen. Via de regioconsulenten van de NEBAS/NSG en de provinciale sportraden wordt dit sportaanbod voor de doelgroep ontsloten. Met 13 van de 25 revalidatiecentra is een intensieve samenwerking opgezet waarbij voor mensen die revalideren of binnenkort zijn uitgerevalideerd en hierin interesse hebben, een passend sportaanbod wordt gezocht. Met ondersteuning van ZON worden door middel van een uitgebreid wetenschappelijk onderzoek momenteel de (gezondheids-)effecten van de programma's «Revalidatie & Sport» en «Actief na Revalidatie» onderzocht. In opdracht van NEBAS/NSG zijn overigens ook andere producten ontwikkeld, waaronder «Club Extra» voor kinderen met een motorische achterstand.

Op vergelijkbare wijze heeft de sportsector laten weten zich te willen gaan inzetten voor de ontwikkeling en implementatie van een sportaanbod voor (uitbehandelde, stabiele) chronisch zieken. Dit kan leiden tot een forse uitbreiding van het huidige sportaanbod voor chronisch zieken dat nu alleen nog bestaat voor hartpatiënten (*Hart in Beweging*), astma- en reumapatiënten. Het kabinet onderkent dat hier nog een groot terrein braak ligt en wil deze ontwikkeling onder strikte condities ondersteunen. Daarbij zal de sportsector worden verzocht samenwerking te zoeken met de gezondheidszorg (zie verder hoofdstuk 6).

Ook voor 55+ers en jongeren zijn op het snijvlak van sport, bewegen en gezondheid alternatieve producten ontwikkeld, veelal in het kader van *Nederland in Beweging!*. Voor ouderen betreft dit onder andere *Meer Bewegen voor Ouderen*, het *Groninger Actief Leven Model (GALM)*, *Gezond & Vitaal*, *Sportief Wandelen*, *Thuisbewegen* en het AVRO-televisieprogramma *Nederland in Beweging*. Alternatief bewegingsaanbod voor jongeren (*Fit en Fun*; *Kies voor Hart en Sport*; sportbuurtwerk; sport en beweging voor chronisch zieke jeugd) heeft een flinke stimulans gekregen in het kader van het project *Jeugd in Beweging*. Daarbij is de laatste jaren een accent gelegd op jeugdparticipatie, de sleutel voor succes met oog op een structurele sportdeelname door jongeren.

Ook aan het bedrijfsleven heeft de sportsector veel te bieden. Daarbij moet niet alleen worden gedacht aan bedrijfsfitness, maar bijvoorbeeld ook aan kennismakingsabonnementen voor werknemers bij sportverenigingen of sportscholen, aan het organiseren een bedrijfscompetitie binnen het verband van de georganiseerde sport of aan andere sportactiviteiten waaronder een sportdag of een dagje uit op de fiets.

Van succesvolle concepten en experimenten op het gebied van sport en beweging bestaan inmiddels de nodige voorbeelden. In de meeste gevallen betreft dit sport- en bewegingsvormen die als vorm van (vrije-)tijdsbesteding worden aangeboden in een georganiseerd (groeps-)verband en onder (deskundige) begeleiding. In veel mindere mate is er aandacht geweest voor ongeorganiseerde bewegingsstimulering, tijdens dagelijkse activiteiten in een alledaagse omgeving.

Meer nadruk op veiligheids- en gezondheidseffecten

Soms ligt bij het geboden sport- en bewegingsaanbod een accent op de gezondheidseffecten, dikwijls echter op een zinvolle en aangename (vrije-)tijdsbesteding en/of op maatschappelijke participatie, integratie en andere (welzijns-)doelstellingen. Deze zaken zijn uiteraard niet met elkaar in tegenspraak en kunnen elkaar zelfs versterken; wel zullen conceptontwikkelaars en aanbieders in de toekomst worden gestimuleerd om aan gezondheid en veiligheid meer expliciete aandacht te besteden.

Hoewel iedere vorm van beweging een bijdrage levert aan de gezondheid, is enige vorm van deskundig advies en professionele begeleiding te prefereren, zeker als de patiëntmede- om gezondheidsredenen en op (para-) medische indicatie beweegt. De plausibele aanname is dat deskundige begeleiding in ieder geval de gezondheidsrisico's ten gevolge van sport en bewegen beperkt, maar een professionele aanpak kan ook het gezondheidseffect optimaliseren.

De sportmedische begeleiding bij deelname aan het sport- en bewegingsaanbod vindt idealiter plaats in de onmiddellijke nabijheid van het individu – door de trainer, instructeur, (sport-)fysiotherapeut, sportbuurtwerker – maar kan ook op enige afstand worden geboden door bijvoorbeeld het sportmedisch adviescentrum (SMA). Het is derhalve niet alleen zaak om (para-)medici meer kennis bij te brengen over

gezondheidswinst en gezondheidsrisico's van sport en bewegen, maar ook om het (sport-)kader goed voor een taak op het snijvlak van sport en gezondheid uit te rusten.

Aandacht voor implementatievraagstukken

Grote vraagstukken dienen zich aan bij de (landelijke) implementatie van succesvolle experimenten. Daarvoor wordt in de regel toch gezocht naar duidelijke kaders die gevonden kunnen worden in de infrastructuur van de georganiseerde sport, het (sport-)buurtwerk, de school maar ook bijvoorbeeld de openbare gezondheidszorg. Binnen het programma *Nederland in Beweging!* wordt gewerkt met regionale netwerken van professionals. Dergelijke implementatievraagstukken zullen zich ook aandienen wanneer wordt ingezet op innovatieve producten gericht op het stimuleren van beweging in de dagelijkse omgeving. Beweging is immers niet (perse) gebonden aan georganiseerde kaders. Ook de uitvoering van huishoudelijke taken, tuinieren, klussen, traplopen, recreatie of transport op de fiets of te voet (woon – werkverkeer, boodschappen doen, halen en brengen van kinderen op school en op de clubs) en beweging op de werkplek dragen bij aan het bewegingspatroon en daarmee aan de gezondheid.

Met de stimulering van dagelijkse bewegingsactiviteiten is in Nederland nog maar beperkt ervaring opgedaan. Een voorbeeld is de *Beweegwijzer*, een interactieve CD-rom, die mensen in staat stelt hun eigen beweeggedrag te analyseren. Voorwaarde voor de productontwikkeling van bewegingsaanbod is dat er bij relevante intermediairs ook belangstelling bestaat voor de implementatie ervan, en dat aan de producten kwaliteitseisen kunnen worden verbonden. Intermediaire organisaties zullen een «loketfunctie» voor burgers moeten hebben waar plaats is voor advisering en begeleiding, individueel of in groepsverband. Een goed voorbeeld van bewegingsadvies aan individuen is de *Nationale GezondheidsTest (NGT)*, een landelijke actieweek waarin Nederlanders hun conditie gratis kunnen laten testen en op basis daarvan een beweegadvies krijgen. Het doel van de NGT is tweeledig: gegevensverzameling over de gezondheid, fitheid en lichamelijke activiteit van volwassen Nederlanders – met name de beroepsbevolking – en inzicht verwerven in de effectiviteit van individuele advisering (BOM, bewegingsadvies op maat; vergelijk PACE in het bovenstaande kader). Deze test biedt vele mogelijkheden: de uitbouw naar een nationale actieweek door de inschakeling van een groot netwerk aan intermediairs, de verdieping van de actie naar specifieke doelgroepen of (achterstands-)wijken, de «bench marking» van gegevens binnen of tussen gemeenten, beroepsgroepen en dergelijke.

Sportief Wandelen

Het aantal wandelgroepen opererend onder de vlag *Sportief Wandelen* (een product van *Nederland in Beweging!*) breidt zich steeds verder uit en in hetzelfde stevige tempo groeit ook het volume van opgeleid kader (500 begeleiders en 110 testleiders) en het register van begeleiders (230). Diverse partners waaronder de KNAU, de KNGU, Fit!Vak, het Meer Bewegen voor Ouderen en de Stichting Hart in Beweging bieden de cursus aan de achterban aan.

Verbetering informatievoorziening

Burgers zullen zelf hun weg moeten vinden in het lokale sport- en bewegingsaanbod.

Maar met de informatievoorziening op dit gebied is het over het algemeen niet best gesteld. Het lokale sportaanbod is meestal nog wel te vinden, maar alternatieve bewegingsvormen of -faciliteiten onttrekken zich voor de burger en voor relevante intermediairs dikwijls aan het oog. Er zal geïnvesteerd moeten worden in digitale «kaartjes» van het aanbod van algemene en aangepaste vormen van sport en beweging (deels reeds

beschikbaar bij de diverse landelijke organisaties), ontsluiting hiervan op een centrale website en/of aansluiting op bestaande websites. Belangrijk is het daarbij om het sport- en bewegingsaanbod ook te kunnen karakteriseren in termen van (sport-)medische belastbaarheid voor specifieke doelgroepen, waaronder mensen met een handicap of chronische aandoening. De informatie kan mede ten behoeve van intermediairs worden uitgebreid met informatie over sportzorg, opleidingen, bijschollingsaanbod en dergelijke.

Deze informatievoorziening zal moeten worden ondersteund door de instelling van loketfuncties op landelijk, provinciaal/regionaal en lokaal niveau. Daarbij zal worden aangesloten op de resultaten van het project SPIN (Sportinfrastructuur) dat in dergelijke loketfuncties beoogt te voorzien. Echter, ook de mogelijkheden voor loketfuncties in de gezondheidszorg en op het snijvlak van sport en gezondheidszorg zullen daarbij nadrukkelijk worden beschouwd (GGD-en, SMA's e.d.).

Financiering

De deelname aan sport en beweging zullen burgers in de regel zelf moeten betalen, met uitzondering van de fitplannen die enkele verzekeraars aanbieden (derde compartiment). Soms wordt het aanbod mede gefinancierd door lokale overheden, werkgevers of fondsen. De gemeentelijke overheid kan erop toezien dat er voor specifieke doelgroepen (zoals uitkeringsgerechtigden) voldoende betaalbare mogelijkheden bestaan voor sport en beweging. Het kabinet zal onderzoek doen naar mogelijke oplossingen voor (onredelijk hoge) meerkosten voor sport- en bewegingsprogramma's waarmee specifieke doelgroepen zich zien geconfronteerd (chronisch zieken, gehandicapten). Daarnaast heeft het kabinet besloten om sportaccommodaties onder te brengen onder het lage BTW-tarief. Wanneer dit voordeel aan de consument wordt doorberekend, dan wordt daarmee de financiële drempel voor de sportdeelname verlaagd.

De voornemens op een rij:

- de stimulering van de ontwikkeling of aanpassing van het sport- en bewegingsaanbod zodanig dat expliciete gezondheidseffecten worden nagestreefd (en gezondheidsrisico's worden voorkomen);
- de facilitering van de *ontwikkeling* van sport- en bewegingsaanbod voor specifieke doelgroepen (chronisch zieken, werknemers) voor zover hiaten worden gesignaleerd;
- de ondersteuning van de *implementatie* (spreiding, bereikbaarheid) van het sport- en bewegingsaanbod voor specifieke doelgroepen waaronder chronisch zieken, gehandicapten en kinderen met een motorische achterstand. Aan de ontwikkeling en implementatie van het aanbod voor deze kwetsbare doelgroepen worden strikte voorwaarden verbonden (zie verder hoofdstuk 6);
- de facilitering van de ontwikkeling van innovatieve producten, zoals het Bewegingsadvies op Maat en de Nationale GezondheidsTest, onder voorwaarde van een kansrijke implementatie;
- de ontsluiting van het algemene en aangepaste regionale sport- en bewegingsaanbod door de ontwikkeling van een via internet toegankelijke digitale databank (landkaart);
- de kwaliteitsborging (gezondheid, veiligheid) van nieuwe vormen van beweging door middel van de ontwikkeling, subsidiëring en/of erkenning van opleidingen en bijscholingen (sport, onderwijs, gezondheidszorg, sportgezondheidszorg) en door middel van certificering van producten.

5.5.2. Campagnevoering

Televisieprogramma Nederland in Beweging!

Het televisieprogramma «Nederland in Beweging!» (een co-productie van NOC*NSF en de AVRO) dat in 2000 voor het eerst op alle werkdagen van 9:05 tot 9:20 op Nederland 1 werd uitgezonden, blijkt goed te worden bekeken. Het programma bevat een mix van beweegoefeningen, kijkersvragen en tips en weet thans gemiddeld 130 000 kijkers te trekken, een stijging van 20% ten opzichte van 2000. Daarmee heeft het programma een groot marktaandeel in het aanbod van televisieprogramma's op hetzelfde tijdstip. Uit de resultaten van een telefonisch onderzoek door TNO blijken kijkers het programma positief te waarderen en zich aangesproken te voelen om mee te doen met de oefeningen. Circa 11% van de onvoldoende actieve 55+ers wordt met het programma bereikt.

Er bestaan grote verschillen tussen de aanbevolen minimale hoeveelheid beweging (Nederlandse Norm Gezond Bewegen) en de mening van de bevolking over hoeveel beweging goed (genoeg) is voor de gezondheid. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (ontwikkeld in 1998) is echter nog «jong» en veel communicatie met het grote publiek is hierover nog niet geweest. Campagnes op het gebied van bijvoorbeeld veilig verkeer (twee uur rijden, één kwartier rust) tonen aan dat goed mogelijk is om een «norm» te verkopen.

Campagnevoering dient meerdere doelen. Allereerst de doelen van agendasetting en bewustwording (van het belang van bewegen) bij een breed publiek én bij relevante intermediairs. Ten tweede kennisvermeerdering over de gezondheidswinst van bewegen bij – en in het verlengde de actiebereidheid van – een breed publiek, verdieping van deze kennis per relevant thema en per prioritaire doelgroep (deelcampagnes). Algemeen wordt aangenomen dat «kennis» een voorwaarde (maar tegelijkertijd ook geen garantie) is voor verandering van attitude en gedrag. Ten derde kan campagnevoering bevorderen dat er meer bekend wordt over het sport- en bewegingsaanbod op regionaal en lokaal niveau, wederom zowel voor een breed publiek als voor specifieke doelgroepen (*aangepast* sport- en bewegingsaanbod).

Een vierde (impliciet) doel is dan ook om door middel van campagnevoering alle landelijke organisaties én de regionale en lokale aanbieders en ondersteuners van sport en beweging ten behoeve van de gezondheidsdoelen van sport en beweging te binden.

Een grote spin off gaat uit van een landelijke campagne die breed inzetbaar is maar die ook een paraplu biedt voor deelcampagnes gericht op thema's en/of doelgroepen; die gebruikt kan worden voor massamediale activiteiten én voor gerichte acties via intermediaire kanalen; die landelijke uitstraling heeft maar ook navolging kan krijgen op lokaal niveau, en die geschikt is om – voor en achter de schermen – een groot aantal instellingen en organisaties te verenigen.

Het kabinet wil de voorwaarden voor de uitvoering van een campagne nader onderzoeken. De mogelijkheden om daarbij voort te borduren op de (netwerk-)campagne *Nederland in Beweging!* zullen daarbij tegen het licht worden gehouden. Mogelijk kan een campagne over beweging in een later stadium worden ingepast in een campagne over Gezond Leven.¹ Allereerst moeten de belangrijkste partners in het veld het met het kabinet eens zijn dat er van een gezamenlijke campagne een meerwaarde kan uitgaan. Bij de uitvoering van de (deel-)campagne(s) zal worden gestreefd naar een public-private partnership. Ten tweede moet het mogelijk zijn om een «noemer» of «drager» (motto/logo) te ontwikkelen die geschikt is voor een publiekscampagne én voor deelcampagnes. Er zal één (hoofd-)boodschap moeten kunnen worden gevonden: bijvoorbeeld meer

¹ In het kader van het programma Stimulering Gezond Leven wordt door ZorgOnderzoek Nederland onderzocht of het totale concept van Gezond Leven zich leent voor campagnevoering.

bewegen, gezond bewegen, verantwoord bewegen of de promotie van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Ten derde zal er bij het (mogelijk) oproepen van meer *vraag* naar sport en beweging ook voldoende en toegankelijk *aanbod* moeten zijn of worden gerealiseerd (zie paragraaf 5.5.1). Voor de *timing* zijn campagnes hiervan zelfs afhankelijk.

Afhankelijk van de vervulling van de randvoorwaarden is het mogelijk dat vooruitlopend op de uitvoering van een brede publiekscampagne onder de (nieuwe) noemers alvast deelcampagnes starten, gericht op specifieke doelgroepen of thema's (bijvoorbeeld een deelcampagne voor ouderen, een campagne ter promotie van het fietsgebruik of de uitvoering van de Nationale GezondheidsTest voor werknemers).

5.5.3. Community based interventions

Een «community based intervention» houdt in de benadering van «homogene» groepen (communities) in een groter sociaal en/of fysiek (geografisch) verband, waarbij de participatie van groepsleden van groot belang wordt geacht. Kenmerk van de aanpak is de integrale en intersectorale benadering van de doelgroep. In praktijk is deze aanpak vooral op achterstandsgroepen toegepast.

Deze benadering levert een belangrijke aanvulling op de campagnevoering gericht op een breed publiek en de deelcampagnes over thema's en voor specifieke doelgroepen. Meerwaarde is dat een groep individuen in hun onderlinge samenhang wordt aangesproken. Door sociale processen en controlemechanismen kan dit een groter effect opleveren dan bij het aanspreken van ieder individu op zich.

Vorrang zal worden gegeven aan de community benadering in *wijken* (met name achterstandswijken waar sociaal-economische gezondheidsverschillen worden geconstateerd), *zorginstellingen* (met name ouderen) en *scholen* (jongeren). Bij de communities is vaak sprake van een duidelijk aanspreekpunt: het wijkcentrum, het bestuur of de directie van de instelling of de school en op overkoepelend niveau de gemeente.

Voor verschillende «communities» is of wordt een traject uitgestippeld. Dit traject behelst in ieder geval het opzetten van samenwerking met landelijke intermediaire organisaties; het verzamelen en uitdragen van good practices (databank); het – binnen bestaande kaders – stimuleren van de realisering van het sport- en bewegingsaanbod in de genoemde settings en het wegnemen van eventuele belemmeringen daarbij.

5.5.3.1. Wijken

Een omweg naar de sport

Zeventig procent van de inwoners van de Utrechtse wijk Kanaleneiland zijn van niet-Nederlandse afkomst. Ongeveer de helft van deze allochtonen is van Marokkaanse afkomst. Bepaalde chronische ziekten, zoals diabetes en maag- en darmstoornissen, komen onder hen vaker voor dan onder autochtonen. Ook het aantal inspanningsklachten, zoals migraine en pijn in de schouders, is relatief hoog onder deze groep. De verklaring voor deze aandoeningen is soms niet moeilijk te vinden. Zo houdt het hogere percentage diabetesgevallen waarschijnlijk verband met het traditioneel gesuikerde dieet van de Marokkanen, terwijl werkloosheid en opvoedingsproblemen hun tol eisen in de vorm van psycho-somatische klachten, vooral bij de vrouwen. Juist bij dit soort aandoeningen kunnen patiënten veel zelf doen om hun klachten te verlichten (oefeningen, massage, houding). In samenwerking met verschillende sectoren en met inschakeling van een Marokkaanse zorgconsulente en voorlichtster heeft de Utrechtse GGD een pilot-project «Gezond Leven en Bewegen» opgezet voor Marokkaanse vrouwen. Tijdens acht themabijeenkomsten werd voorlichting gegeven en werden oefeningen gedaan onder leiding

van een fysiotherapeute. Gaandeweg werden de vrouwen steeds enthousiaster over de fysio-gym. Gezien de enthousiaste reacties op een demonstratie van een sportdocente in een buurthuis, zijn de deelnemende vrouwen veel positiever tegenover sport en beweging gaan staan.

13 van de 15 Marokkaanse vrouwen hebben de eerste cursus afgemaakt.

(Landelijk Contact, Augustus 2000)

In Nederland bestaat een uitgebreide sociale infrastructuur die gemeenten dooradert tot op het niveau van wijken en buurten en die bestaat uit verschillende gezondheids-, welzijns- en andere publiekvoorzieningen. Ook sport en beweging vervullen in de opbouw van buurten en wijken een belangrijke functie. Dit betreft niet alleen het reguliere sportaanbod, maar ook bijvoorbeeld het sportbuurtwerk dat is ingekaderd in het welzijnsbeleid of projecten over gezond bewegen die voortkomen uit de openbare gezondheidszorg.

Afgaand op de lokale situatie op het gebied van de gezondheid en de mate van beweging door de inwoners, zouden gemeenten een gerichte buurt- en wijkgerichte bewegingsimpuls kunnen geven. GGD-en, het welzijnswerk, de sportverenigingen en de scholen kunnen in de uitvoering een rol spelen; de gemeente zal over het algemeen echter zelf moeten investeren in onderzoek, professioneel kader en de «hardware» (de fysieke infrastructuur, zie verder paragraaf 5.5.4). Vanuit het lokale sociale beleid, het lokale jeugdbeleid, de breedtesportimpuls en de openbare gezondheidszorg worden gemeenten tal van handreikingen gedaan om een integrale wijkgerichte benadering mogelijk te maken.

De verwachting is dat de mate van beweging (of bewegingsarmoede) niet één op één zal corresponderen met de traditionele gezondheidsverschillen binnen gemeenten, die meestal vooral te maken hebben met verschillen in de sociaal-economische status van de wijkbewoners. Met name zal moeten worden gekeken naar wijken waar – op grond van het gesignaleerde (beperkte) aanbod van sport-, spel- en recreatiemogelijkheden – bewegingsarmoede kan worden verwacht.

Om bewegingsarmoede of inactiviteit op lokaal niveau te kunnen opsporen wil het kabinet investeren in de ontwikkeling van een bewegingsmonitor, die (later) onderdeel kan uitmaken van een algemene gezondheidsmonitor. Deze bewegingsmonitor moet geschikt zijn om lokaal toe te passen maar ook om gegevens beschikbaar te maken voor vergelijking op landelijk niveau. De bewegingsmonitor zou in eerste instantie met een selectie van belangstellende gemeenten kunnen worden uitgetest (zie ook hoofdstuk 11 en paragraaf 12.2).

5.5.3.2. Zorginstellingen

Fitness in het verzorgingshuis

In verzorgingshuis Overvest te Enkhuizen biedt men sinds februari 1999 een aangepast fitnessprogramma aan. Er zijn meer verzorgingshuizen waar men fitnessfaciliteiten voor de bewoners heeft; bijzonder is hier, dat de fitness niet alleen aan de bewoners van het huis wordt aangeboden, maar ook voor omwonenden uit de wijk is opengesteld. Verder is er veel aandacht besteed aan de begeleiding tijdens de fitness en de keuze van de apparatuur. De apparatuur in de fitnessruimte is aan de mogelijkheden van de gebruikers aangepast en de fitnessuren worden begeleid door een fysiotherapeut en twee vrijwilligers. Het is een kleinschalig project, waaraan zo'n 30 ouderen deelnemen. Het project wordt mede mogelijk gemaakt door steun vanuit de gemeente en een zorgverzekeraar.

Inmiddels is het fitnessaanbod van Overvest tevens één van de settings waar het EMGO-instituut van de VU Amsterdam onderzoek verricht naar:

- de effectiviteit van fitheidstraining voor inwoners van een verzorgingshuis op diverse fitheids- en gezondheidsvariabelen, en
- de kosteneffectiviteit van een zo'n trainingsprogramma.

Oogmerk van de initiatiefnemers is te bewerkstelligen dat een dergelijk aanbod in de nabije toekomst in alle Westfriese verzorgingshuizen beschikbaar is.

Chronische ziekten en beperkingen doen zich meer voor bij ouderen dan bij andere doelgroepen. Bij het ouder worden kan men last krijgen van spieren en gewrichten, evenwichtstoornissen en/of een teruglopende conditie. Dat kan afbreuk doen aan de kwaliteit van hun leven en aan de zelfredzaamheid. Lichamelijke activiteit en sportdeelname kunnen bij ouderen daarom leiden tot een relatief grote gezondheidswinst. Dit is enerzijds te danken aan de directe effecten van lichaamsbeweging op de gezondheid, maar anderzijds ook aan de mogelijkheden die dergelijke activiteiten bieden om afleiding te zoeken, met anderen in contact te komen en betrokken te blijven bij allerlei gebeurtenissen in de directe omgeving.

Niet alle ouderen achten zichzelf nog in staat tot sportbeoefening. Het imago van sport – jong, sportief, flitsend – en de mogelijke gezondheidsrisico's lijken hen af te schrikken. Bewezen is echter dat voldoende beweging -en met name de specifieke bewegingsprogramma's gericht op het verbeteren van de balans- de valongevallen onder ouderen juist helpen voorkomen.¹

Er is al een aantal succesvolle producten ontwikkeld inspelend op de behoefte van ouderen (in verschillende leeftijdscategorieën) om op aangepaste wijze te bewegen: *Meer Bewegen voor Ouderen*, het *Groninger Actief Leven Model (GALM)*, *Gezond & Vitaal* (voorheen «Goed Oud Worden»), *Fysiosport en Sportief Wandelen*. Ook het televisieprogramma *Nederland in Beweging!* (Thuisbewegen) sluit goed aan bij deze doelgroep. Momenteel wordt door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen het product *Bewegen en Gezondheid* ontwikkeld, een combinatie van korte cursussen met een informatieve en een actieve component gericht op de vermindering van verouderingsklachten.

Het kabinet wil de ontwikkeling en implementatie van het bewegingsaanbod voor minder actieve doelgroepen, waaronder ouderen, bevorderen (paragraaf 5.5.1). Een manier om dit aanbod dicht bij de doelgroep te brengen, kan zijn via de zorg (verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg). Onder de noemers van activiteitenbegeleiding en fysiotherapie vindt binnen de zorginstellingen al het nodige plaats; vanuit de beoogde gezondheidswinst wil het kabinet dit een extra accent geven. Enerzijds kunnen ouderen binnen deze kaders (communities) worden voorgelicht over de gunstige effecten van beweging op de gezondheid, kunnen hun handreikingen worden gedaan om gezond en veilig te bewegen en kunnen zij worden geadviseerd over – en zo mogelijk toegeleid naar – het beschikbare en geschikte bewegingsaanbod. Anderzijds kunnen zorginstellingen ook zelf een functie vervullen door sport- en bewegingsaanbod in huis te organiseren en toegankelijk te maken voor de eigen bewoners én voor de zelfstandig wonende ouderen in de buurt.

Het kabinet wil het belang van sport en beweging als vorm van zinvolle én gezonde tijdsbesteding bij de zorginstellingen (en in het verlengde ook de zorgverzekeraars) onder de aandacht brengen. Voor de organisatie

¹ Walters e.a. 1999.

hiervan zal een beroep worden gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen en de creativiteit van de markt.

5.5.3.3. Onderwijs

Vrijbuiten

In opdracht van de VOG, de ondernemersorganisatie voor de kinderopvang, en mede gesubsidieerd door VWS, zijn twee boeken uitgegeven met tips voor de inrichting van de buitenruimte. *Het Buitenland* richt zich op buitenspeelruimten van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen (0–4 jaar), en *Vrijbuiten* op buitenspeelruimten van buitenschoolse opvang en basisscholen (4–12 jaar). Volgens de auteurs zijn bestaande speelplaatsen (binnen en buiten de kinderopvang) te klein en bovendien oersaai. Kinderen moeten kunnen rommelen en hun fantasie kunnen uitleven, aldus de auteurs. Het creëren van uitdagende speelplaatsen heeft nog meer voordelen. Zo heeft een zorgverzekeraar in Duitsland ontdekt dat kinderen die op uitdagende plaatsen spelen, later minder ongelukken krijgen. Wie ervaring heeft met avontuurlijke ondernemingen, kan later de risico's beter inschatten.

In de leerplichtige leeftijd brengen – alle – kinderen en jongeren een groot deel van de dag door op school. Daarnaast maakt een groeiend percentage kinderen gebruik van diverse vormen van kinderopvang (0–4 jaar) en naschoolse opvang (4–12 jaar). In de fase hierna (voortgezet onderwijs, 12+) staat de vrije tijd van jongeren onder druk ten gevolge van de studie-last, de mogelijkheden op de krappe arbeidsmarkt voor bijverdiensten en uiteraard ook door het – niet altijd even *actieve* – concurrerende vrijetijds-aanbod (televisie, computer, uitgaan en dergelijke).

Daardoor is de school (en de directe omgeving) tijdens de gehele schoolperiode van kinderen en jongeren de belangrijkste vindplaats om:

- jongeren elementaire vaardigheden aan te leren op het gebied van sport en beweging alsmede hun motorische ontwikkeling, fitheid en gezondheid te bevorderen;
- jongeren te informeren over het belang van sport en beweging nu en in de toekomst, en
- jongeren te bereiken in verband met het sport- en bewegingsaanbod buiten schooltijd.

Scholen en instellingen voor naschoolse opvang functioneren uiteraard pas als een belangrijke setting wanneer zij aan sport en beweging letterlijk en figuurlijk de ruimte kunnen en willen bieden, de benodigde expertise in huis halen en hierin investeren. Opnieuw kan de gemeente een belangrijke randvoorwaardelijke rol spelen.

In het recente verleden en in het heden vinden politieke en maatschappelijke discussies plaats over de verplichting voor scholen om een vakleerkracht aan te stellen voor het bewegingsonderwijs en bijvoorbeeld ook over de verplichtstelling van het schoolzwemmen.

Voor wat betreft de inzet van vakleerkrachten ligt er op dit moment een wetsvoorstel ter behandeling aan de Tweede Kamer. Daarmee wordt de aanstelling van een *vakleerkracht* in het basisonderwijs een feit, waarbij onder vakleerkracht dient te worden verstaan: een leerkracht met een afgeronde ALO-opleiding of met een afgeronde PABO-opleiding waarbij een bijzondere applicatie is gevolgd. Een groepsleerkracht zonder deze applicatie is niet langer bevoegd om het bewegingsonderwijs te geven.

Voor wat betreft het schoolzwemmen heeft het kabinet tot dusverre geoordeeld dat een mogelijke verplichting niet past in de decentralisering van verantwoordelijkheden aan gemeenten en de scholen zelf. Schoolzwemmen wordt niet verplicht gesteld; wel stelt het kabinet een vangnetconstructie voor, met name bedoeld voor de achterblijvende zwem-

vaardigheid bij allochtone leerlingen. De ontwikkelingen op dit gebied worden nauwlettend door het kabinet gevolgd.

Tevens heeft het kabinet de afgelopen jaren geïnvesteerd in de ontwikkeling van vernieuwend beleid dat erop gericht is om de sport- en bewegingsmogelijkheden voor de jeugd – binnen en buiten de bestaande kaders van het bewegingsonderwijs en de sportvereniging – een impuls te geven. Onder de vlag van het project *Jeugd in Beweging (1996–2001)* zijn zeer succesvolle campagnes gevoerd, experimenten opgezet, producten ontwikkeld en samenwerkingsverbanden aangegaan die meest gericht waren op de driehoek school, buurt en sportvereniging. Sommige producten, waaronder het pakket «Fit en Fun» ter introductie van de schoolsport in het voortgezet onderwijs, raken steeds verder ingeburgerd.

Na 2001 worden de activiteiten van Jeugd in Beweging voortgezet via het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en op specifieke terreinen via NOC*NSF. Eén van deze activiteiten betreft de ontwikkeling van een beleidsplan *School & Sport* – samen met onder andere NOC*NSF, LC en de KVLO voor de periode 2001–2005. *School & Sport* is tevens één van de prioriteiten uit het Manifest *Nederland Sportland* van NOC*NSF. Het kabinet wil deze ontwikkelingen graag ondersteunen.

Het beleidsplan *School & Sport* beoogt bij leerlingen uit het basisonderwijs en voortgezet onderwijs een sportieve levensstijl én een gezond bewegingspatroon te ontwikkelen door de leerlingen op en via school een «sportieve omgeving» te bieden. De volgende speerpunten worden in een aantal gemeentelijke en provinciale pilots getoetst:

- de introductie van de landelijke beweegnorm op scholen (NNGB);
- de integratie van lichamelijke opvoeding en (school-)sport, onder andere door de harmonisatie van onderwijs- en sportopleidingen (zie paragraaf 13.3);
- de aanstelling van «bewegingsmanagers» op scholen, die zorgen voor het gewenste evenwicht tussen de vraag naar en het aanbod van sport en beweging in de school en de (directe) omgeving.

Huiswerk en hockey

Na schooltijd naar de sportclub: huiswerk maken en dan voetballen, tennissen of hockeyen. Bij hockeyclub Kampong is dit al mogelijk. Huiswerkbegeleiding behoorde al enige tijd tot de mogelijkheden bij de club, en vanzelfsprekend biedt de club ook voldoende ruimte en mogelijkheden om de kinderen te laten sporten. Maar op dit moment is de vereniging samen met de gemeente bezig aan de voorbereidingen voor professionele buitenschoolse opvang (4–12 jaar). En wat bij Kampong kan, moet bij meer sportverenigingen mogelijk worden. Daarmee worden minstens twee vliegen in één klap geslagen. De club profiteert mogelijk door ledenaanwas en komt te beschikken over faciliteiten die ook ten behoeve van de eigen leden op zaterdag en zondag kunnen worden geëxploiteerd. De gemeente is gebaat bij iedere oplossing voor het nijpende gebrek aan accommodaties voor kinderopvang en buitenschoolse opvang. Maar het belangrijkste is dat deze ontwikkeling meer variëteit brengt in de opvang en mogelijkheden biedt voor sport en beweging, niet alleen voor de kinderen, maar ook voor hun ouders.

Interessante ontwikkelingen zijn er ook op het gebied van kinderopvang, naschoolse opvang en de sport. De enorme uitbreiding van het aantal kindplaatsen in de komende jaren noopt vele gemeenten om voortvarend op zoek te gaan naar alternatieve locaties. Sommige sportaccommodaties zouden zich voor de kinderopvang en buitenschoolse opvang uitstekend kunnen lenen en bieden bovendien volop mogelijkheden voor sport en beweging. In de huidige pilotfase (zie kader) ondersteunt het kabinet een aantal samenwerkingsverbanden op lokaal niveau. In de evaluatie

daarvan zal worden gezien op welke wijze deze ontwikkeling landelijk kan worden uitgebreid.

Ook kan in dit kader worden gerefereerd aan de ontwikkelingen rond «De Gezonde School». Er is een groeiende aandacht voor het gezondheidsbeleid op scholen, in al zijn facetten. Gefaciliteerd door VWS en ZON vinden productontwikkeling en implementatie plaats onder andere via het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het Trimbos Instituut (betreffende «De Gezonde School en Genotmiddelen», zie ook paragraaf 10.4.1). Bewegingsbevordering kan in dit beleid worden ingepast.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat de setting van de school niet alleen belangrijk is voor de leerlingen. Door de spreiding en ligging kunnen scholen een centrale functie vervullen in buurten en wijken. De faciliteiten van de school – het speellokaal, het gymnastieklokaal, het schoolplein – kunnen ook worden gebruikt door de buurt, de naschoolse opvang of sportverenigingen. In sommige gemeenten is het beleid gericht op multifunctioneel gebruik van het gymnastieklokaal en wordt deze niet (alleen) als onderwijsvoorziening, maar (ook) als sportaccommodatie aangemerkt. Dit stelt extra eisen aan het volume (oppervlakte en hoogte) en de inrichting van de gymnastieklokalen (zie verder paragraaf 5.5.4).

5.5.4. Facetbeleid

Parkbezoek komt uit de buurt

Uit onderzoek in de gemeente Utrecht is gebleken dat het parkbezoek nauw samenhangt met de kwaliteit (aantrekkelijkheid) van het park, maar ook met de afstand van de woning tot het park. Een kwalitatief minder park trekt geen bezoekers uit een straal van meer dan 1 km, maar ook bij een kwalitatief hoogwaardig park woont de meerderheid van de bezoekers dicht in de buurt (55% binnen 1 km; 92% binnen 3 km). De frequentie van het parkbezoek neemt aanzienlijk toe met de kwaliteit daarvan. (Bervaes e.a. 1997)

5.5.4.1. Gezondheidseffectscreening

Halverwege het jaar 2000 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies uitgebracht over het belang van het voeren van facetbeleid ten behoeve van de volksgezondheid: *Gezond zonder zorg*. In het najaar van 2001 zal de Tweede Kamer worden geïnformeerd over het kabinetsstandpunt bij het RVZ-advies.

De RVZ concludeert dat er voor de volksgezondheid nog een grote winst te behalen valt door het beleid mede van toepassing te verklaren op andere terreinen. Ook op gemeentelijk niveau is het facetbeleid nog niet goed uitgekristalliseerd. Een middel om het facetbeleid te ondersteunen is de uitvoering van gezondheidseffectscreeningen (GES), echter, deze moeten in de optiek van de RVZ niet (wettelijk) worden verplicht.

Op dit moment wordt door de NSPH in opdracht van VWS een gezondheidseffectscreening (GES) uitgevoerd van de *ontwerp-nota Wonen*.¹ Deze screening richt zich met name op de eventuele consequenties van het woonbeleid voor de mate van beweging én voor de veiligheid van burgers (i.c. het voorkomen van privé- en sportongevallen). De resultaten van deze GES worden begin 2002 verwacht. Voornemens zijn er om een vergelijkbare actie te ondernemen bij de *Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening*.² Op de uitkomsten van deze gezondheidseffectscreeningen zal het kabinet zich beraden.

¹ Ministerie van VROM 2000.

² Ministerie van VROM 2001.

5.5.4.2 Bewegingsruimte

Voor een voldoende mate van bewegen zijn de beschikbaarheid, bereikbaarheid en inrichting van *bewegingsruimte* van cruciaal belang.¹ Met oog op de stimulering van een voldoende mate van bewegen zullen maatregelen met name gericht moeten zijn op het geschikt maken van de directe woonomgeving voor sport, spel, bewegen en voor langzaam verkeer. Voldoende ruimte om en nabij de woning in de vorm van «grijs» en «groen», een goede bereikbaarheid van (betaalbare, private maar ook publieke) voorzieningen, een fijnmazige infrastructuur voor het langzaam verkeer en het bevorderen van verkeersveiligheid en sociale veiligheid zijn daarbij belangrijke thema's.

De bereikbaarheid van specifieke sport- en recreatievoorzieningen is belangrijk, maar omdat van deze voorzieningen meestal niet dagelijks gebruik wordt gemaakt, zal men hiervoor in de regel wel enige afstand willen overbruggen.² Voor mensen met een beperking is het dan overigens wel belangrijk dat er mogelijkheden bestaan om de voorzieningen te bereiken.

Voor een *dagelijkse* portie beweging (indachtig de Nederlandse Norm Gezond Bewegen) moeten mensen echter in staat zijn thuis activiteiten te ondernemen of in de directe omgeving, en op een tijdstip dat het hun uitkomt. Bij bewegingsruimte moet daarom niet alleen worden gedacht aan parken en sportvelden. Beweging vindt ook plaats in de woning en de «openbare» bewegingsruimte begint bij de deur.

Om enig effect te sorteren op de mate waarin Nederlanders bewegen, is *voldoende, geschikte* en *veilige* ruimte nodig. Uit buitenlands onderzoek is gebleken dat een park van enige kwaliteit (combinatie van verschillende functies voor divers publiek) minstens 2 ha. moet beslaan (1 ha. per 1000 inwoners). Daarnaast zijn kleinere locaties wenselijk voor het gebruik door kinderen. Voor kinderen, ouderen en gehandicapten (in het algemeen: burgers met een beperkte actieradius) kan de afstand tot een dergelijke plek niet veel groter zijn dan 250 meter.³

In recent Nederlands onderzoek, uitgevoerd in opdracht van VWS, wordt een norm berekend van 1 ha. sportterrein per 10 ha. woningen, of ook wel 1 ha. bewegingsruimte (voor sport, spel, recreatie) per 5 ha. woningen.⁴ De cruciale afstand van de woning naar de bewegingsruimte is daarbij niet berekend, echter bij centrale planning van de bewegingsruimte ten opzichte van de woningen is de afstand gemiddeld niet meer dan 250 meter. Met oog op de landelijke behoefte aan bewegingsruimte zijn op macro-niveau *ruimteclaims* berekend voor onder andere de functies «sport» en «recreatie», en in de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening vastgelegd.⁵

Voorzieningen op VINEX-locaties

Uit recent onderzoek naar voorzieningen op VINEX-locaties (uitgevoerd in opdracht van VROM) is gebleken, dat het gehalte aan «bewegingsruimte» in praktijk veel lager is dan de hierboven beschreven norm van 1 ha. bewegingsruimte per 5 ha. woningen. Met name bij de kleinere locaties (< 2 500 woningen) wordt er doorgaans vanuit gegaan dat de nieuwe bewoners profiteren van reeds bestaande voorzieningen in andere wijken. Bij een gemiddelde woningdichtheid van 25 woningen per ha. en een gemiddelde woningbezetting van 2,4 bewoners per woning zou voor een VINEX-locatie van 2 500 woningen (100 ha., 6000 inwoners) ca. 20 extra ha. voor bewegingsruimte moeten worden uitgetrokken. Op basis van de gerapporteerde onderzoeksgegevens wordt dit in praktijk bij lange na niet gerealiseerd.

Realisering ruimteclaim

In de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening is een ruimteclaim neergelegd

¹ Harrison e.a. 1995, Elzinga e.a. 1996, Van der Poel 2001.

² Duijvestein en Schipper 1998, De Vries 1999, Van der Poel 2001.

³ Harrison e.a. 1995.

⁴ Van der Poel 2001.

⁵ Ministerie van VROM 2001.

voor sport en recreatie.¹ Het is zaak deze landelijke ruimteclaim te vertalen naar het lokale niveau. Immers, dáár wordt de beschikbaarheid, bereikbaarheid en de inrichting van de bewegingsruimte concreet vormgegeven. Omdat de relatie tussen ruimtelijke ordening enerzijds en sport en recreatie anderzijds nog niet vanzelfsprekend wordt gelegd, wil het kabinet de lokale praktijk ondersteunen:

- door de ontwikkeling van een bewegingsmonitor (zie paragraaf 5.5.3.1) waarmee ook de geschiktheid en beschikbaarheid van de bewegingsruimte kan worden beoordeeld;
- door het stimuleren van het opstellen van lokale en regionale infrastructuurplannen voor bewegingsruimte;
- door het stimuleren van het ontstaan van gemeentelijke fondsen ter realisering van deze plannen (grondbeleid);
- door het ontwikkelen van landelijke richtlijnen (benchmarks, normen) waaraan gemeenten deze plannen kunnen toetsen. Deze richtlijnen zijn met name van belang bij nieuwbouwprojecten, waaronder VINEX-locaties;
- door het stimuleren van intensief (multifunctioneel) ruimtegebruik. Combinaties kunnen worden nagestreefd van bijvoorbeeld onderwijs, kinderopvang, welzijnswerk, zorg, sport, recreatie en groenvoorzieningen;
- en tenslotte door de bewonersparticipatie in lokale plannings- en ontwerp-processen te vergroten. De bewonersparticipatie, waaronder ook de jeugdparticipatie, biedt een eenvoudige garantie voor de benodigde kwantiteit en de gewenste kwaliteit van de lokale bewegingsruimte.

Gebouwde omgeving

Niet alleen de openbare ruimte, maar ook de gebouwde omgeving dient voldoende mogelijkheden te bieden voor sport en beweging. De gebouwde omgeving is nodig om specifieke vormen van sport en beweging te kunnen bieden in optimaal veilige omstandigheden (verkeersveilig, sociaal veilig) waarvan in principe alle doelgroepen kunnen profiteren, maar met name ook doelgroepen die afhankelijk zijn van een aangepast sport- en bewegingsaanbod. Bovendien biedt de gebouwde omgeving continuïteit in het sport- en bewegingsaanbod onder wisselende (weers-) omstandigheden.² Het is de vraag in hoeverre de gebouwde omgeving zich in het algemeen leent voor vormen van sport en beweging, en of er voldoende gebouwde voorzieningen in de buurt van burgers worden gerealiseerd. Bij de voornemens betreffende de realisering van de ruimteclaim (zie hierboven) zal de gebouwde omgeving nadrukkelijk worden betrokken.

In het algemeen kan worden gesteld dat er voor sport en beweging in de gebouwde omgeving nauwelijks geschikte ruimtes worden gerealiseerd anders dan door het realiseren van specifieke sportvoorzieningen en de gymnastieklokalen van onderwijsvoorzieningen. In sommige buurtcentra is ruimte beschikbaar voor (beperkte) vormen van beweging. In verpleeghuizen is ruimte beschikbaar voor fysiotherapie en revalidatie. In het verzorgingshuis biedt de recreatieruimte soms soelaas. De *gymnastieklokalen* kennen over het algemeen een zeer specifieke onderwijsfunctie, soms een gedeelde functie voor onderwijs en sport. De *sportvoorzieningen* zijn door hun ligging, aard en gebruik lang niet altijd voor iedereen goed bereikbaar (veiligheid voor fietsers; ontbreken infrastructuur openbaar vervoer) en mede hierdoor niet voor iedereen geschikt.

¹ Ministerie van VROM 2001.

² Vergelijk de verschillen in de mate van beweging onder invloed van de seizoenen, paragraaf 5.2: volgens de TNO-monitor is in de winter 40% van de bevolking normactief en in de zomer 53%.

Momenteel loopt in opdracht van LC en gefinancierd door VWS een onderzoek naar de kwaliteit van het huidige bestand gymnastieklokalen. Aan de hand van de conclusies van dit onderzoek wil het kabinet onder

andere beziën op welke wijze het multifunctionele gebruik van gymnastieklokalen verder kan worden verbeterd.

5.5.4.3. Langzaam verkeer

Nederlands leren op de fiets

Learning Language in Sports is een initiatief van de gemeente Amsterdam, stadsdeel Oost/Watergraafsmeer en het Montessori College Oost. Het project kent verschillende doelen: jeugdparticipatie, de verbetering van de motorische vaardigheden en van de Nederlandse taal. Twee groepen van 15 meiden tussen 12 en 16 jaar, relatieve «nieuwkomers» in Nederland, krijgen 15 weken lang fietsles van twee vakdocenten en een lerares Nederlands. Tijdens het congres Matchmakers van Jeugd in Beweging (in 2000) heeft een jongerenpanel het project beloond met een aanmoedigingsprijs. (Nieuwsbrief Jeugd in Beweging nr. 9/2001)

Het stimuleren van het transport te voet of op de fiets is een aantrekkelijke, laagdrempelige methode om de dagelijkse portie beweging structureel te verhogen. Fietsers en voetgangers nemen al een belangrijk deel van de verplaatsingen voor hun rekening; als hoofdvervoerswijze is dit respectievelijk 27 en 18%. Bij werknemers blijkt het woon – werkverkeer een belangrijke bijdrage te leveren aan de dagelijkse portie beweging.¹ Vooral op afstanden tot de kritische grens van 7,5 km is de fiets een goede concurrent van de auto (snel in met name verstedelijkte gebieden, «door-to-door», geen fileen parkeerproblemen, belangrijk middel in de vervoersketen). Maar niet iedereen lijkt zich dit te realiseren. Circa de helft van de werknemers woont binnen de kritische grens van het werk, maar slechts een kwart verplaatst zich op de fiets. Een derde van de verplaatsingen onder de 7,5 km wordt met de auto gedaan.²

Het fiets- en voetgangersbeleid is verregaand gedecentraliseerd aan gemeenten. Het transport te voet en met de fiets wordt door gemeenten om verschillende motieven gestimuleerd: economische bereikbaarheid, veiligheid, milieu, maatschappelijke participatie, recreatieve doeleinden – maar ook omwille van de gezondheid. Uit onderzoek is gebleken dat de conditie van mensen die regelmatig naar het werk fietsen al snel met 13% toeneemt.³

Het belangrijkste argument voor gemeenten om te investeren in een infrastructuur voor het langzame verkeer is het bereikbaar houden van (het centrum van) de stad. Een auto neemt twaalf (stilstaand) tot dertig keer (rijdend) zoveel ruimte in als de fiets; een verkeerslicht kan zes keer zoveel fietsers verwerken als auto's. De doorstroming van het langzaam verkeer is dus aanzienlijk beter en dichtslibbing van het wegennet wordt hiermee voorkomen. De angst dat een verminderde bereikbaarheid voor auto's leidt tot een lagere omzet van het plaatselijke midden- en kleinbedrijf, berust op een misvatting.⁴

Het Ministerie van Verkeer en Waterstaat ondersteunt het beleid door op projectmatige wijze bij te dragen aan de instandhouding van een landelijke infrastructuur van verkeersorganisaties en door de kennisontwikkeling en transfer te bevorderen (kennisplatform Verdi). De Ministeries van EZ, VenW en VROM ontwikkelen gezamenlijk beleid om het aantal korte ritten met de auto (< 7,5 km) verder terug te dringen. Het Ministerie van LNV ondersteunt de totstandkoming en het beheer van de lange-afstandsroutes (wandelen, fietsen, paardrijden, recreatietoerisme) voor recreatief gebruik. De voornemens ter uitbreiding van de groen-blauwe dooradering van Nederland zijn vastgelegd in de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening en zullen verder gestalte krijgen in het Structuurschema Groene Ruimte II.

¹ Proper e.a. 2000a en 2000b.

² Ministerie VenW 2000.

³ Hendriksen 1996.

⁴ Ministerie VenW 2000.

Ook vanuit gezondheidsperspectief kan het de moeite waard zijn om in het fietsbeleid te investeren. Voor een actief fiets- en voetgangersbeleid blijkt in de regel een groot draagvlak (gemiddeld 85%) te bestaan onder de bevolking. Een groot draagvlak is zeker ook te verwachten voor het vergroten van de mogelijkheden voor sport en beweging op de openbare weg. De langzaam verkeer-infrastructuur moet zich dan wel lenen voor andere vormen van sport en beweging dan lopen en fietsen alleen (denk aan skaten/skeelers, joggen, steppen, skateboarden) en ook voor *aangepaste* vormen van beweging of transport (met de rolstoel, rollator, driewieler, skelter, kinderfiets en dergelijke). Wanneer de infrastructuur hierop niet is berekend, kunnen verschillende vormen van langzaam verkeer elkaar in dat opzicht danig in de weg zitten en kunnen verkeersgevaarlijke situaties ontstaan – zelfs op de stoep!

Door middel van een pilot wil het kabinet laten onderzoeken hoe de lokale infrastructuur kan worden verbeterd ten behoeve van de verschillende vormen van langzaam verkeer, inclusief de vormen waarbij niet de nadruk ligt op het transport maar op sport en beweging. Daarbij zal tevens aandacht zijn voor de veiligheid en de aantrekkelijkheid van langzaam verkeer routes.

Fietsen naar het werk

In opdracht van de Nederlandse Hartstichting heeft TNO-Arbeid bij drie bedrijven onderzoek gedaan naar het effect van fietscampagnes. De fietscampagne bleek vooral het bestaande fietsgebruik te reguleren maar daarnaast ook de verdere groei van het fietsgebruik te stimuleren. Van de inactieve werknemers werd (op basis van vrijwillige deelname) een percentage van 3 à 12% bereikt. De onderzoekers bevelen werkgevers aan de stimulering van het fietsgebruik te plaatsen in een algemeen beleid gericht op de bewegingsstimulering. (Proper e.a. 2000b)

Verschiedende organisaties hebben als oogmerk het fietsgebruik te stimuleren. Gesteund door het particulier initiatief lopen dit jaar naar alle waarschijnlijkheid maar liefst drie verschillende campagnes om het woonwerkverkeer op de fiets te promoten.¹ Ook de recreatieve doeleinden van het fietsen worden gepromoot, met name vanuit recreatie- en sportorganisaties.²

Het kabinet wil de samenwerking onder gelijkgestemde organisaties graag bevorderen en hierbij behalve werkgevers ook de sport- en recreatiesector betrekken, mede gelet op de potentiële gezondheidswinst door het fietsgebruik.

5.5.5. Onderzoek

Er is een grote behoefte aan onderzoek om de beleidsontwikkeling en -uitvoering ter bevordering van een actieve leefstijl verdergaand te stimuleren.

De geconstateerde onderzoeksbehoefte zal in hoofdstuk 14 worden vergeleken met het advies van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek voor het onderzoeksterrein en de infrastructuur inzake sport, beweging en gezondheid. Aansluitend wordt daarbij een standpunt ingenomen.

- Allereerst is er behoefte om trends en ontwikkelingen in de mate van beweging en het energieverbruik beter en blijvend te kunnen volgen. Het is in ieder geval wenselijk tweede en volgende, uitgebreidere metingen uit te voeren op basis van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), met meer onderscheid naar bewegingsvormen, bewegingssettings en bevolkingskenmerken (waaronder uitbreiding van de steekproef onder 16 jaar en naar sociaal-economische kenmerken). Voor wat betreft de monitoring van het energieverbruik zou aansluiting kunnen worden gezocht bij de voedselconsumptiepeilingen

¹ «Fiets je fit tot je VUT» (Stichting Fietsend naar het werk? Doen), «Trap eens wat vaker naar je baas» (Centrum voor internationale samenwerking (COS) Nederland) en «Vrijdag fietsdag; afgesproken werk» (Stichting Fiets!). Bij de COS-campagne sponsort de werkgever iedere kilometer die de werknemers fietsen ten behoeve van de ontwikkelingshulp.

² Onder de vlag van Nederland in Beweging is de folder «Pak de fiets en geniet» uitgebracht. Deze wordt dit jaar opnieuw uitgegeven onder de nieuwe titel «Fiets je fit».

naar de energie-*inname*. Gegevens kunnen enerzijds worden geïnventariseerd door middel van enquêtes (indirecte meting) maar anderzijds is er ook behoefte aan objectieve onderzoeksresultaten (directe meting), bijvoorbeeld aan de hand van een bewegingsmonitor.

- Er is meer inzicht nodig in determinanten van lichamelijke activiteit én van inactiviteit, naar bevolkingskenmerken (leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, etniciteit e.d.) maar ook naar de gezondheidstoestand (gezond, ziek, handicap). Er is behoefte aan verklarend onderzoek naar fasen van gedragsverandering (adoptie, behoud en terugval) en naar de belemmeringen voor lichamelijke activiteit bij specifieke doelgroepen of in specifieke situaties. Daarbij dient ook de sociale en fysieke omgeving van het individu in ogenschouw te worden genomen (bewegingsarmoede in relatie tot de «community», de beschikbare en bereikbare bewegingsruimte en de veiligheid).
- Daarnaast is en blijft er onderzoek nodig naar de gezondheidswinst van sport en bewegen: de gezondheidsbevorderende en preventieve werking van lichamelijke activiteit, beweging en sport op de fysieke én geestelijke gezondheid. Dit geldt met name voor de preventie van ouderdoms- en welvaartsziekten (zie ook hoofdstuk 6), in het bijzonder de ziekten die in de toekomst meer zullen voorkomen, en de preventie van arbeidsrelevante aandoeningen (aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische klachten; zie ook hoofdstuk 7). Daarbij zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de bijdrage van beweging aan de gezonde levensverwachting.¹ Om de langetermijneffecten (de effecten op de *volksgezondheid*) beter in beeld te brengen is en blijft longitudinaal onderzoek nodig.
- Ten slotte is er onderzoek nodig ter voorbereiding en evaluatie van beleidsmaatregelen, interventies en implementatievraagstukken. Daaruit kunnen de noodzakelijke conclusies worden getrokken voor de vervolgbeleid.

Er is niet alleen behoefte aan de vergroting van de (wetenschappelijke) kennis op het gebied van sport, bewegen en gezondheid, maar ook aan verwerking, monitoring en overdracht hiervan aan alle actoren die hiermee hun voordeel kunnen doen: de rijksoverheid en andere overheden, de sportsector, de gezondheidssector, het onderwijs enzovoorts.

¹ Uitgedrukt in een afname van het aantal DALY's (disability adjusted life years) of een toename van het aantal QALY's (quality adjusted life years).

6. CURATIE EN REVALIDATIE MET BEHULP VAN SPORT EN BEWEGING

Sport en beweging kunnen het beloop en het herstel van een aantal chronische ziekten en beperkingen gunstig beïnvloeden. Was voorheen «rust» het meest gegeven advies aan patiënten, thans raakt de gezondheidszorg er meer van doordrongen dat ook of juist «beweging» heilzaam kan zijn. Deze inzichten worden met name gebruikt in de behandeling van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, maar mondjesmaat ook bij therapieën ter behandeling van psychische klachten, bij revalidatiemethoden (bijvoorbeeld van kankerpatiënten) en met oog op tertiaire preventie (bijvoorbeeld bij hartpatiënten). Het streven van het kabinet is erop gericht om te bevorderen dat bewegingselementen in curatieve behandelmethoden worden opgenomen indien dit effectief en doelmatig is gebleken. Daarnaast wil het kabinet zich sterk maken voor de ontwikkeling en implementatie van een algemeen bewegings- en sportaanbod voor chronisch zieken, niet alleen vanwege het mogelijk gunstige effect op de gezondheid, maar ook om daarmee de maatschappelijke participatie van chronisch zieken te bevorderen en uitsluiting van het sport- en bewegingsaanbod te voorkomen. De samenwerking tussen de gezondheidszorg en de sportsector zal worden gestimuleerd ten einde een vloeiende overgang te bewerkstelligen van «therapie» naar «sportbeoefening».

6.1. Doelstellingen

Doelstelling is de inzet van sport en beweging te bevorderen in het kader van de curatie, de revalidatie en de tertiaire preventie van chronische aandoeningen en beperkingen.

Deze doelstelling zal nog nader moeten worden geoperationaliseerd. Dit kan door een percentage te benoemen waarmee de ernst en de gevolgen van chronische aandoeningen en beperkingen kunnen worden vermindert, (tevens) uitgedrukt in besparingen op de kosten voor de gezondheidszorg. De kennis van de wetenschap laat een dergelijke kwantificering op dit moment echter niet toe.

Eén van de eerste activiteiten in dit kader zal derhalve moeten zijn: het laten uitvoeren van een studie naar de mogelijke gezondheidswinst en de economische winst van het inzetten van sport en beweging ten behoeve van de curatie, revalidatie en tertiaire preventie van chronische aandoeningen en functionele beperkingen binnen het verstrekkingenpakket. Daarbij zal rekening worden gehouden met de (bewezen) effecten van sport en beweging bij de betreffende ziekte, aandoening of beperking; de doelmatigheid (kosteneffectiviteit) van de behandelmethode; de omvang van de patiëntengroep (nu en in de toekomst), en het draagvlak onder de betreffende specialisten en patiëntenverenigingen om de bestaande behandelmethoden aan te passen. De resultaten van dit onderzoek zullen vervolgens breed worden verspreid onder relevante intermediaire doelgroepen.

6.2. Trends en determinanten

Chronisch zieken

De doelgroep van chronisch zieken is omvangrijk en divers. De omvang van het aantal gevallen van chronische ziekten wordt geschat op meer dan 3 miljoen. Het aantal personen met een chronische ziekte ligt waarschijnlijk lager, omdat een individu meer dan één chronische aandoening kan hebben.¹ Echter, aan de andere kant wordt rekening gehouden met forse onderrapportages, bijvoorbeeld voor CARA, diabetes en reumatoïde artritis.

¹ NCCZ 1999.

Binnen de groep chronisch zieken bestaat een grote variëteit aan aandoeningen en daarmee samenhangende gezondheidsklachten, beperkingen en/of sociaal-economische problemen. Uit CBS-gegevens blijkt dat met de leeftijd het aantal personen met een chronische aandoening toeneemt en een cumulatie van aandoeningen optreedt. Heeft onder de jeugd (0–14) 20% één of meer chronische aandoeningen, bij de groep ouderen (64+) is dit ruim 70%. Door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal in de komende jaren het aantal mensen met een chronische ziekte of een functionele beperking absoluut en relatief sterk toenemen.¹ Ook wordt een toename van het aantal klachten aan het bewegingsapparaat verwacht.²

Tussen inactiviteit en chronische ziekten blijkt een hoge correlatie te bestaan. Lichamelijk *inactieven* ervaren hun gezondheid significant vaker als «minder dan goed» dan lichamelijk *actieven*; ca. 45% maakt melding van één of meer chronische aandoeningen. Andersom blijkt dat het percentage lichamelijk *inactieve* personen toeneemt met het aantal chronische aandoeningen: van de personen met één chronische aandoening is circa één derde *inactief*, van de personen met drie of meer aandoeningen ongeveer de helft.³

6.3. Huidig beleid

SCALA

Vanaf 1997 wordt door de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om mensen met een chronische aandoening te activeren. Geïnspireerd op het Groninger Actief Leven Model (GALM) heeft dit geleid tot een Stimuleringsstrategie voor mensen met een Chronische Aandoening: een Leven Lang Actief (SCALA). In samenwerking met het NISB, NEBAS/NSG, het Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Noord-Nederland en enkele patiëntenverenigingen, provinciale sportraden, gemeenten en (para-) medici zijn lokale pilotprojecten uitgevoerd voor chronisch zieke jongeren (12–25 jaar) en sedentaire ouderen tussen 55 en 64 jaar. In de eerste fase van een dergelijk project worden leden van de doelgroep via het bevolkingsregister geselecteerd, aangeschreven en persoonlijk benaderd. In de tweede fase kunnen geïnteresseerden deelnemen aan een sportvaardigheidstest waarmee niet de fitheid, maar de functionele vaardigheden worden gemeten. Op basis van de functionele status worden bewegingsgroepen samengesteld die een wekelijks terugkerend bewegingsprogramma volgen. Professioneel kader verzorgt daarbij een gevarieerd en veelzijdig sport- en spelaanbod. De eerste 12 weken worden afgesloten met een evaluatie. Daarna kan nog een tweede programma worden gevolgd van 30 weken (derde fase). Tijdens het programma staan het plezier in bewegen en de sociale contacten voorop, maar er wordt zeker ook toegewerkt naar de verbetering van de fitheid en de gezondheid. Volgend op het pilot-project wordt door de betrokken partijen getracht een blijvend bewegingsaanbod te creëren, binnen een reguliere sportvereniging of als eigenstandige bewegingsgroep.

Chronisch zieken- en patiëntenbeleid

In 1994 werd onder de verantwoordelijkheid van de toenmalige Nationale Commissie Chronisch Zieken de tijdelijke stuurgroep «Sport en bewegen chronisch zieken» geïnstalleerd. Deze stuurgroep heeft onderzoek gedaan naar *de vraag naar en het aanbod van sport en beweging voor chronisch zieken*. De stuurgroep constateerde een lage participatiegraad van chronisch zieken aan bewegingsactiviteiten en tegelijkertijd een grote behoefte aan specifieke, aangepaste activiteiten. In de sportsector bleek een gebrek aan kennis: over de omvang van de doelgroep, over de betreffende ziekten, over de mogelijkheden voor een verantwoorde wijze van sportbeoefening en deelname aan bewegingsactiviteiten. De stuurgroep concludeerde dat het vanwege de gezondheidswinst van belang was de deelname aan een verantwoord aanbod van sport- en bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken te vergroten, echter onder een aantal voorwaarden:

¹ RIVM 1997.

² Dit heeft geleid tot een offensief van medische beroepsgroepen verenigd in het «Decennium van het bewegingsapparaat». Een actieplan is in mei 2001 aan VWS aangeboden.

³ Bol e.a. 1997.

op een gecoördineerde wijze, leidend tot een transparante structuur en met aandacht voor voldoende kwaliteit en effectiviteit.

Nadien is met ondersteuning van VWS, rechtstreeks en via het programma Chronisch Zieken van ZorgOnderzoek Nederland (ZON), een eerste impuls gegeven aan het sport- en bewegingsstimuleringsbeleid voor chronisch zieken.¹ Inmiddels zijn voor diverse patiëntengroepen activiteiten gerealiseerd waaronder voorlichting, kaderopleidingen, de ontwikkeling van richtlijnen en (pilot-)projecten op het gebied van sport- en bewegingsstimulering.²

Naast organisaties uit de sportsector (NISB, NEBAS/NSG en NOC*NSF) hebben patiëntenorganisaties en het Werkverband Overleg Chronisch Zieken (WOCZ) daarin een belangrijke rol gespeeld.

Gehandicaptenbeleid

Voor mensen met een handicap wordt reeds langer een intensief (sport-) beleid gevoerd. Het accent daarbij ligt op welzijnsdoelstellingen (participatie en integratie). Verbetering van de fitheid en de gezondheid is in de meeste gevallen een – gewenst – neveneffect. De restfuncties worden ontwikkeld en op peil gehouden en secundaire gezondheidsrisico's worden door sport en beweging voorkomen of verminderd. In samenwerking met de landelijke gehandicapten sportorganisatie NEBAS/NSG, de georganiseerde sport (NOC*NSF, landelijke sportorganisaties en de provinciale sportraden) en de revalidatiecentra (VRIN) is een infrastructuur opgezet voor een divers en gevarieerd sportaanbod op regionaal niveau. Vanuit scholen voor speciaal onderwijs en vanuit revalidatiecentra worden jongeren en volwassenen met een handicap toegeleid naar een passend sporten bewegingsaanbod.³ Sport en beweging worden in die gevallen niet aangeboden *in het kader van*, maar *naast of volgend op* de revalidatie. Tijdens het revalidatietraject is uiteraard ook veel aandacht voor de verhoging van de mobiliteit.

In samenwerking met NEBAS/NSG stimuleert het Ministerie van VWS de landelijke sportorganisaties om meer aandacht te besteden aan sport voor gehandicapten, waarbij het streven is de gehandicapten sport zoveel mogelijk te integreren in het reguliere sportaanbod.

Voor kinderen met een motorische achterstand is «Club Extra» ontwikkeld. Ook hierbij is het oogmerk dat de betreffende kinderen op termijn doormoeten naar het reguliere sportaanbod.

6.4. Strategie en voornemens

Fit uit je dij

De afdeling Preventie van psycho-medisch centrum Parnassia in Den Haag verzorgt twee gratis cursussen voor jongeren van 15 tot 20 jaar met licht depressieve klachten. In beide cursussen leren jongeren somberheid te overwinnen door middel van diverse activiteiten zoals skaten, lopen en klimmen. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan vaardigheden als «anders leren denken» en «opkomen voor jezelf».

(De Posthoorn 2 mei 2001.)

De doelgroepen van mensen met een chronische ziekte, beperking of handicap (waaronder veel ouderen) zijn soms niet exact af te bakenen. Het maken van een onderscheid is in het kader van deze nota minder relevant:

- sport en beweging kunnen bij deze doelgroepen een (extra) belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheid: niet alleen uit oogpunt van preventie maar ook in het kader van de curatie, revalidatie of tertiaire preventie;
- voor de deelname van deze doelgroepen aan sport en beweging is de intermediaire en liefst actieve rol van de gezondheidszorg heel belangrijk;

¹ Programma Sport en Bewegen voor Chronisch Zieken (LOSB), Sport en Beweging voor chronisch zieke jeugd (NOC*NSF/Jeugd in Beweging), Gezond in Beweging II (NOC*NSF/NISB 2000).

² Specifieke activiteiten zijn ontwikkeld voor reuma-, hart-, CVA-, dementie-, Parkinson-, MS-, epilepsie- en nierpatiënten. Daarnaast is er in het kader van Nederland in Beweging een folderreeks uitgebracht voor 55+ers met een chronische ziekte. Per folder wordt het ziektebeeld beschreven. Vervolgens worden tips gegeven hoe op een verantwoorde en vooral ook plezierige wijze kan worden bewogen.

³ NEBAS 1999.

- door aandoeningen, functionele beperkingen en handicaps doen zich bij de deelname aan sport en beweging vergelijkbare drempels voor;
- in de meeste gevallen zal het sport- en bewegingsaanbod (verregeand) moeten worden aangepast aan de mogelijkheden van de doelgroepen, zal de nadruk moeten liggen op een veilig en verantwoord aanbod en is deskundige begeleiding gewenst, zowel in medisch als in sport-technisch opzicht.

Het kabinet is van mening dat het bewegingsbeleid voor mensen met een chronische aandoening of een beperking moet steunen op twee pijlers: welzijn én gezondheid. Enerzijds is de beleidsinspanning erop gericht onnodige en onvrijwillige «chronische inactiviteit» te voorkomen en de drempels voor sportdeelname te verlagen, onder andere door het creëren van een passend sport- en bewegingsaanbod en/of de juiste omstandigheden voor deelname door mensen met een chronische aandoening of een handicap. Daarmee wordt uiteraard beoogd een zinvolle vorm van (vrije-)tijdsbesteding aan te bieden en zodoende een bijdrage te leveren aan de emancipatie, integratie en maatschappelijke participatie van mensen met een chronische aandoening. Daarbij kan lering worden getrokken uit de gehandicaptensport: gebleken is dat sport een focus legt op het *potentieel* van de gehandicapte in plaats van op de handicap. Door sport worden mensen gestimuleerd de eigen mogelijkheden te onderzoeken en te vergroten. Zodoende helpt sport psychische problemen het hoofd te bieden en de eigenwaarde en het zelfbeeld te versterken. Het is met name de verbeterde eigenwaarde die de kans op maatschappelijke participatie vergroot.

Anderzijds kunnen de gezondheid en fitheid van mensen met een chronische aandoening of een handicap worden verbeterd door regelmatige beweging en sport. Of andersom gesteld: er moet voor worden gewaakt dat inactiviteit de gezondheidstoestand van chronisch zieken en gehandicapten niet (verder) verslechtert. Van sport en beweging kan een (bewezen) gunstig effect uitgaan op het beloop van een aantal chronische ziekten (zie paragraaf 4.1). Andere chronische ziekten of handicaps zullen door sport en beweging niet worden genezen, maar secundaire gezondheidsrisico's kunnen er wel mee worden voorkomen of uitgesteld.

De gezondheidswinst bij chronische ziekten of handicaps kan enerzijds worden verbeterd door bewegingselementen in te bedden in curatieve behandel- en revalidatiemethoden.

Anderzijds kan een aangepast sport- en bewegingsaanbod worden ontwikkeld dat de patiënt – voor eigen rekening of mogelijk via een aanvullende verzekering – parallel aan of volgend op de behandeling of revalidatie kan volgen.

Om dit te realiseren heeft het kabinet de volgende voornemens:

- het laten uitvoeren van onderzoek gericht op het aantonen van de noodzaak, effectiviteit en doelmatigheid (kosten-baten) van bewegingsprogramma's ten behoeve van de curatie, revalidatie en tertiaire preventie van chronische ziekten, te beginnen met een top-5 of top-10 van ziekten waarbij een (zeer) gunstig effect van beweging is bewezen en een grote groep patiënten kan worden bereikt;
- het – in samenspraak met de medische beroepsgroepen – ontwikkelen van richtlijnen en protocollen met oog op de inbedding van sport- en bewegingselementen in curatieve behandelingen en revalidatiemethoden;
- het ontwikkelen van richtlijnen voor een (para-)medisch verantwoord sport- en bewegingsaanbod in de sportsector voor uitbehandelde of -gerevalideerde patiënten en het stimuleren van de implementatie daarvan.¹ Voor wat betreft de gehandicaptensport en Club Extra zal het succesvolle beleid worden gecontinueerd en zo mogelijk geïntensi-

¹ Voor vele handicaps en chronische gezondheidsproblemen zijn specifieke bewegingsadviezen ontwikkeld (Mosterd e.a. 1996, Leurs en Coumans 1998). Deze zijn echter niet gestandaardiseerd of op andere wijze door de gezondheidszorg gecertificeerd.

veerd (uitbreiding van het aantal samenwerkingsprojecten), voor chronisch zieken zal dit de komende jaren worden ingevuld. Het kabinet zal stimuleren dat daarbij samenwerkingsverbanden ontstaan tussen de sportsector en de gezondheidszorg. Er zullen hoge eisen worden gesteld aan de kwaliteit en veiligheid van het aanbod (de omstandigheden en de deskundigheid van het kader);

- het stimuleren van de ontwikkeling van een opleiding voor een professionele bewegingsleider voor mensen met een chronische aandoening of beperking. Onderzocht zal worden welke mogelijkheden de onderwijs-, sport- en gezondheidszorgopleidingen (bijvoorbeeld de fysio-, oefen- en ergotherapie) voor implementatie bieden (zie ook paragraaf 13.3);
- het onderzoeken van de mogelijkheden om de meerkosten van sport- en bewegingsprogramma's voor chronisch zieken en gehandicapten (zoals de kosten voor extra begeleiding en vervoer) te financieren.

7. SPORT EN BEWEGING BIJ ARBEIDSRELEVANTE AANDOENINGEN

Wat geldt voor chronische aandoeningen en beperkingen in het algemeen (hoofdstuk 6), geldt ook voor arbeidsrelevante aandoeningen. Binnen een multidisciplinaire aanpak kunnen sport en beweging arbeidsrelevante aandoeningen helpen voorkomen of genezen. Dat geldt allereerst voor klachten aan het bewegingsapparaat, maar mogelijk ook voor psychische klachten. De resultaten van preventieve en curatieve bewegingsprogramma's kunnen een zichtbare bijdrage leveren aan de verhoging van de inzetbaarheid (belastbaarheid) van werknemers; de bestrijding van ziekteverzuim ten gevolge van arbeidsrelevante aandoeningen, en het bevorderen van de arbeidsreïntegratie van arbeidsongeschikten.

7.1. Doelstelling

Doelstelling is de inzet van sport en beweging te bevorderen op en rond de werkplek, met name in het kader van de curatie, revalidatie en tertiaire preventie van arbeidsrelevante aandoeningen. In het kader van de Nationale GezondheidsTest (NGT) zal een nulmeting onder werknemers worden uitgevoerd. Vooralnog wordt als doelstelling opgenomen:

- een toename van het aantal werknemers dat beweegt ter preventie en reductie van arbeidsrelevante aandoeningen met 5% in 2005 en 10% in 2010.

7.2. Trends en determinanten

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Na een aanvankelijke daling ten gevolge van de stelselwijziging in 1993 neemt het aantal arbeidsongeschikten sinds 1996 weer toe. In 2000 zijn er 900 000 arbeidsongeschikten in Nederland waarvan 75% volledig arbeidsongeschikt. Sinds 1997 stijgt de WAO-instroom en daalt de -uitstroom. In 1999 bedroeg de WAO-instroom 106 000 mensen en verlieten 84 000 mensen de WAO.¹

Arbeidsrelevante aandoeningen

Arbeidsrelevant zijn aandoeningen die al dan niet veroorzaakt worden door het werk, maar in alle gevallen het functioneren op het werk nadelig beïnvloeden, met andere woorden *relevantie* hebben ten aanzien van de arbeid. Arbeidsrelevante aandoeningen kunnen ontstaan door psychische en fysieke belasting of omgevingsfactoren op het werk. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden voor ongeveer één derde van de gevallen veroorzaakt door klachten aan het bewegingsapparaat (90% klachten aan de wervelkolom) en voor één derde door psychische klachten.²

Klachten aan het bewegingsapparaat, zoals Repetitive Strain Injury (RSI) en lage rugklachten, komen niet alleen voor bij werknemers die fysiek zwaar werken verrichten, maar ook bij werknemers die vaak dezelfde bewegingen maken en langdurig in dezelfde houding zitten of staan, zoals het geval is bij beeldschermwerk. Van de beroepsbevolking heeft in 1999 43% klachten ondervonden aan het bewegingsapparaat (rug, nek, schouders of armen). In verband daarmee was 21% ziek.³ Bijkomende factoren zoals werkdruk, stress, gebrekkige begeleiding of een slechte lichamelijke conditie kunnen de kans op klachten aan het bewegingsapparaat vergroten.⁴

Stress en werkdruk vormen een belangrijke achtergrond van het ontstaan van psychische klachten. Werken in een hoog tempo of onder hoge tijdsdruk zijn in ieder geval belangrijke indicatoren van werkdruk; 47% van de werknemers in Nederland had hiermee in 1999 te maken. Bijna een kwart

¹ Ministerie van SZW 2000; Van Mechelen 2000.

² Van Mechelen 2000.

³ Ministerie van SZW/CBS 2000.

⁴ Gezondheidsraad 2000.

van de werknemers zegt in 1999 lichamelijke of psychische klachten te hebben gehad als gevolg van werkdruk; één op de vijf werknemers is hierdoor ziek thuis gebleven.¹

Mensen met psychische klachten (zoals burn out) vormen een grote groep in de WAO. Bovendien belandt van deze groep mensen een grote meerderheid in de hoogste categorie van arbeidsongeschiktheid; de uitstroom van psychisch arbeidsongeschikten blijft achter bij de uitstroom van andere categorieën.²

Sport en beweging door werknemers

Op grond van de eerste meting naar de Nederlandse Norm Gezond Bewegen wordt in hoofdstuk 5 verondersteld, dat de arbeidssituatie van (grote) invloed is op de mate waarin burgers zich bewegen. Dit wordt bevestigd door de resultaten van de Nationale GezondheidsTest (NGT) in 1999 en 2000.³ Het gemiddelde fitheidsniveau van beroepsgroepen vertoont een samenhang met de mate van lichamelijk belastende arbeid in het werk. Daarnaast blijkt dat het woon-werkverkeer voor de helft van de deelnemers aan de NGT een belangrijke bron vormt van lichaamsbeweging. Het potentieel is echter nog groter; ruim een kwart van de deelnemers die met de auto naar het werk komen, wonen op loop- of fietsafstand van het werk. Belemmeringen voor werknemers om in het algemeen meer aan sport en beweging te doen zijn volgens eigen zeggen vooral «geen tijd», maar ook de kans op blessures wordt veelvuldig genoemd. De grootste belemmeringen om te bewegen op het werk is de werkdruk en het gebrek aan faciliteiten.

7.3. Huidig beleid

Werkgevers en werknemers hebben de afgelopen jaren steeds meer belang gekregen bij goede arbeidsomstandigheden en bij het terugdringen van ziekteverzuim en WAO-intrede, onder andere vanwege financiële incentives in de sociale verzekeringen, de striktere handhaving door de Arbeidsinspectie en fiscale facilitering van arbovriendelijke bedrijfsinvesteringen. Voorts is met de wetwijzigingen van de afgelopen jaren een vrijwel dekkend systeem van arbozorg en arbodienstverlening tot stand gebracht.

Met de nieuwe Arbowet, die op 1 november 1999 van kracht werd, is de eigen verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers voor het arbeidsomstandighedenbeleid in hun bedrijf verder versterkt. De rijksoverheid heeft een verantwoordelijkheid op het gebied van normstelling en handhaving en voert een voorwaardenscheppend en stimulerend preventiebeleid. Onderdeel daarvan zijn kwaliteitsimpulsen voor sociaal-medische begeleiding en arbodienstverlening, alsmede de totstandkoming van «arboconvenanten nieuwe stijl» met hoog-risico-bedrijfstakingen. In de periode 1999–2002 worden convenanten met resultaatgerichte en zo mogelijk kwantitatieve afspraken afgesloten met bedrijfstakingen waar arbeidsomstandigheden nu nog grote gezondheidsrisico's voor werknemers met zich mee (kunnen) brengen (tillen, RSI, werkdruk, geluid en gevaarlijke stoffen).

Op grond van wettelijke verplichtingen vervullen arbodiensten onder meer een belangrijke functie in de verzuimbegeleiding van zieke werknemers. In individuele gevallen, met name waar het klachten aan het bewegingsapparaat betreft, wordt tijdens de *curatie* verwezen naar bestaand bewegingsaanbod (tweedelijns arbozorg: Rug Advies Centra, de Gezonde Zaak, Fysiosport). Weliswaar nog mondjesmaat worden ook groepsgewijze therapieën gegeven. Ter *preventie* van arbeidsrelevante aandoeningen worden sport en beweging echter nog maar zelden ingezet.

¹ Ministerie van SZW/CBS 2000.

² Ministerie van SZW 1999.

³ Proper e.a. 2000a en 2001 (in voorbereiding).

7.4. Strategie

Bij het voorkomen en genezen van arbeidsrelevante aandoeningen zijn zowel werkgevers als werknemers gebaat. Sport en beweging kunnen hieraan een bijdrage leveren op grond van de eerder besproken gezondheidswinst: sport en beweging dragen bij aan gezondheidsbevordering, ziektepreventie, revalidatie en hebben een gunstig effect op het beloop van ziekten (zie hoofdstuk 4).

Een toename van de lichamelijke activiteit van werknemers, privé en op het werk, kan arbeidsrelevante klachten helpen voorkomen en het herstel ervan gunstig beïnvloeden. Dat geldt allereerst voor arbeidsrelevante klachten aan het bewegingsapparaat. Gericht bewegingsprogramma's (bijvoorbeeld in het kader van fysio- of ergotherapie) kunnen de klachten verhelpen en een herhaling van klachten voorkomen. Sport en beweging naast en op het werk hebben daarnaast mogelijk ook een gunstig effect op factoren die ten grondslag liggen aan psychische klachten, omdat zij het werk onderbreken (vermindering werkdruk) en de werknemers helpen zich (tussentijds) te ontspannen (stressreductie).

Sporters zijn gezonde werknemers

Uit onderzoek blijkt dat er een significante relatie bestaat tussen sporten in de vrije tijd en een verhoogd welbevinden en een verlaagd objectief geregistreerd ziekteverzuim van werknemers. Gebleken is dat werknemers die in hun vrije tijd aan sport doen significant vaker een goede gezondheid rapporteren dan degenen die in hun vrije tijd niet aan sport doen. Tevens zijn onder de sportende werknemers significant minder stress-symptomen gevonden dan onder de niet-sporters en is gebleken dat sporters minder verzuimen dan niet-sporters, ook als daarbij het verzuim ten gevolge van sportblessures wordt inbegrepen.¹

In een systematische review is gekeken naar de effecten van bewegingsprogramma's op gezondheidsmaten en bedrijfsgebonden uitkomstmaten. Geconcludeerd wordt dat bewegingsprogramma's positieve effecten hebben op aandoeningen aan het bewegingsapparaat en op de duur van het ziekteverzuim. In diverse onderzoeken is bovendien een trend zichtbaar waarbij bewegingsprogramma's een positieve invloed hebben op psychische klachten.²

Belasting en belastbaarheid

Conform de Arboret is de werkgever verplicht een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid te voeren. Voor een aantal expliciete taken, waaronder het opstellen van de verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie, de begeleiding van zieke werknemers en het uitvoeren van arbeidsgezondheidskundig onderzoek, dient de werkgever zich te laten bijstaan door een gecertificeerde arbodienst. Bij het voeren van arbobeleid zijn veel werkgevers zich ervan bewust dat (onder andere) fysieke overbelasting en een teveel aan monotone bewegingsvormen kunnen leiden tot klachten aan het bewegingsapparaat. Dat ook bewegingsarmoede («onderbelasting») kan leiden tot gezondheidsklachten is in mindere mate bekend. Bij de preventie en curatie van arbeidsrelevante aandoeningen is het van belang om te bezien of er niet alleen mogelijkheden zijn om de *belasting* van werknemers te verminderen, maar ook om de *belastbaarheid* te verhogen en bewegingsarmoede tegen te gaan. Sport en beweging kunnen daarbij een belangrijke rol vervullen.

Reïntegratie van (arbeids-)gehandicapten

Bij de reïntegratie van «arbeidsgehandicapten» is een parallel te trekken met de reïntegratie van «gehandicapten». Een belangrijke «les» uit het gehandicaptenbeleid is dat sociale activiteiten, arbeidsactiviteiten en vrije-tijdsactiviteiten bij sportende gehandicapten aanzienlijk meer aanwezig blijken te zijn dan bij niet-sportende gehandicapten. Parallel aan

¹ Dawson e.a. 1998.

² Proper e.a. 2000a en Hildebrandt en The 2001 (aangeboden).

of direct volgend op de fase van revalidatie wordt een groot percentage gehandicapten toegeleid naar sportactiviteiten. Sport legt een focus op het *potentieel* van de gehandicapte in plaats van op de handicap en versterkt de eigenwaarde en het zelfbeeld. Het is met name de verbeterde eigenwaarde die de kans op maatschappelijke participatie vergroot (zie ook paragraaf 6.4).¹

Voor arbeidsgehandicapten zou een vergelijkbaar revalidatietraject kunnen worden uitgestippeld dat uiteindelijk leidt tot de gewenste reïntegratie. Sport en beweging zouden een rol kunnen spelen omwille van de vergroting van de fitheid, de belastbaarheid en de eigenwaarde. Het kabinet wil de mogelijke rol van sport en beweging bij reïntegratie verder onderzoeken.

7.5. Voornemens

Budget voor veiligheid en gezondheid

Het elektronicabedrijf Siemens Nederland heeft een apart budget beschikbaar voor activiteiten ter bevordering van veilige en gezonde werkomstandigheden en ter bevordering van de gezondheid van medewerkers. De stress en de hoge werkdruk worden aangepakt. Het deelnemen aan fitness en sport wordt sterk gestimuleerd. De 3000 werknemers zijn over het beleid zeer te spreken. Het ziekteverzuim daalde met een kwart tot onder de 3%, het aantal bedrijfsongevallen daalde eveneens met een kwart.
(Website Centrum GezondheidsBevordering op de Werkplek, maart 2001)

In de strategie gericht op het voorkomen en behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen zijn drie fasen te onderscheiden:

- het voorkomen van het ontstaan van ziekteverzuim ten gevolge van arbeidsrelevante aandoeningen door preventieve maatregelen;
- het nemen van maatregelen die leiden tot een snelle reïntegratie (binnen het eerste jaar van ziekteverzuim) en de instroom in de WAO voorkomen;
- het nemen van maatregelen die leiden tot vergroting van de *uitstroom* uit de WAO.

In deze fasen is een aantal overeenkomstige actoren te onderscheiden die ieder voor zich maatregelen kunnen (laten) nemen om arbeidsrelevante klachten te voorkomen dan wel de gevolgen daarvan te beperken.

7.5.1. *Werknemers*

De werknemer heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn of haar gezondheid en een zekere mate van belastbaarheid, die mede door sport en beweging gunstig kunnen worden beïnvloed. Het is belangrijk dat werknemers zich ervan bewust zijn dat sport en bewegen een preventieve en curatieve werking hebben op het ontstaan van ziekten in het algemeen en arbeidsrelevante klachten in het bijzonder, zoals lage rugpijn, RSI en psychische klachten. Voorlichting kan daaraan een bijdrage leveren. Het stimuleren van sport en bewegen bij werknemers, nu al onderdeel van de campagne *Nederland in Beweging!*, zal daarom worden gecontinueerd. Daarnaast wordt de uitvoering van de Nationale GezondheidsTest (NGT), die zich onder meer richt op werknemers (zie paragraaf 5.5.1), door het kabinet ondersteund. Uit de resultaten van de NGT worden over beweging door werknemers ook belangrijke monitoringgegevens betrokken.

7.5.2. *Werkgevers*

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid brengen voor de werkgever grote kosten met zich mee. Een werknemer die ziek wordt en uiteindelijk

¹ Baken (overzichtsstudie) 1997.

arbeidsongeschikt raakt, kost een werkgever enkele tonnen. Het kabinet wil werkgevers er graag van overtuigen dat sport en bewegen aan de preventie en het herstel van arbeidsrelevante aandoeningen kunnen bijdragen. Bovendien kunnen er goede resultaten worden geboekt met sport en bewegen bij de begeleiding van het ziekteverzuim en in het reïntegratietraject dat een werknemer doorloopt. Niet onbelangrijk is ook dat werkgevers zich met een «actief» beleid in de krappe arbeidsmarkt kunnen onderscheiden.

Ten behoeve van het afsluiten van arbo-convenanten met de sociale partners heeft SZW de belangrijkste arbeidsgebonden risico's in kaart laten brengen.¹ Waar relevant (bijvoorbeeld bij het voorkomen van RSI) wordt het nut van bewegingsprogramma's onder de aandacht gebracht van sociale partners.

Ook bij revalidatie en sociale activering kan het zinvol zijn om sport en beweging toe te voegen aan het reïntegratietraject dat door bedrijfsartsen en andere reïntegratiespecialisten samen met de arbeidsgehandicapte wordt uitgestippeld. In het geval dat sport of bewegingsaanbod in een reïntegratietraject passend wordt geacht, kan dit gefinancierd worden uit de bestaande regeling Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (REA).

Voorts zal in samenwerking met sociale partners, de arbodiensten en bedrijfsartsen en andere relevante partijen worden bezien op welke wijze sport en beweging op de werkplek kunnen worden gestimuleerd als vormen van afwisseling en ontspanning; ter reductie van werkdruk en stress, ter voorkoming van «onderbelasting» en ter verhoging van de belastbaarheid.

7.5.3. Arbodienstverlening

Arbodiensten hebben een aantal wettelijke taken toebedeeld gekregen. Daarnaast staat het arbodiensten vrij aanvullende diensten te ontwikkelen en aan te bieden om zodoende «arbozorg op maat» te kunnen leveren. In het kader van de preventie en het herstel van arbeidsrelevante aandoeningen is het van belang arbodiensten te attenderen op bewezen gunstige effecten van bedrijfsbewegingsprogramma's alsmede individueel gerichte bewegingsinterventies en de effectiviteit daarvan op ziekteverzuim, werktevredenheid en werkstress.

Arboprofessionals maken op dit moment nog maar op beperkte schaal gebruik van bewegingsprogramma's ter preventie en curatie van arbeidsgerelateerde klachten van werknemers. Er is nog niet altijd voldoende bekend over de effectiviteit en doelmatigheid (inclusief kosten-baten) van sport en beweging in relatie tot specifieke arbeidsrelevante aandoeningen, zowel op individueel niveau als op het niveau van de groep. Het kabinet zal daarom onderzoek naar het effect van sport en beweging op het voorkomen en herstellen van arbeidsrelevante aandoeningen stimuleren (zie ook 7.5.5).

Daarnaast wil het kabinet stimuleren dat bedrijfsartsen in samenspraak met huisartsen, medisch specialisten en paramedici (arbo-curatieve samenwerking) op basis van de beschikbare kennis richtlijnen ontwikkelen met oog op de inbedding van sport- en bewegingselementen in preventieve activiteiten, curatieve behandelingen, revalidatie- en reïntegratiemethoden.

7.5.4. Sport- en bewegingsaanbod

Er bestaan «good practices» van werkgevers die met succes sport en

¹ Ministerie van SZW 1999.

beweging hebben geïntroduceerd binnen de organisatie. Eveneens bestaan er goede voorbeelden van hoe bedrijfssport een onderdeel kan zijn van het reguliere sportbeleid van sportbonden en -verenigingen. Er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden: de realisering van bedrijfsfitness in huis, reductie op faciliteiten buiten de deur, maar ook het opzetten van een bedrijfscompetitie in samenwerking met de betreffende sportbond is een optie.

Het kabinet wil de samenwerking tussen het bedrijfsleven en de sportsector stimuleren en de ontwikkeling van een op de werknemers aangepast aanbod vanuit de sportsector ondersteunen. Daarbij zal met name aandacht moeten zijn voor de mogelijkheden voor het midden- en kleinbedrijf. Uit een recent onderzoek blijkt dat gezondheidsbevordering en bewegingsstimulering deze groep werkgevers (nog) niet aanspreekt. Tweederde van de werkgevers in het midden- en kleinbedrijf meent dat werknemers geen behoefte hebben aan bewegingsstimulering; de werknemers geven echter aan tijdens en buiten het werk wél meer te willen bewegen.¹

7.7.5. Onderzoek

Het kabinet neemt zich voor het onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van sport en bewegingsprogramma's verder te verbijzonderen met oog op de preventie en curatie van veel voorkomende arbeidsrelevante aandoeningen, met name aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische klachten. Onderzoek zal zich richten op zowel de interventies op individueel niveau als op groepsactiviteiten en op de functies van sport en beweging bij zowel de preventie van ziekte, de begeleiding van ziekteverzuim, de revalidatie en de reïntegratie van arbeidsrelevante aandoeningen. Ten behoeve van de kennistransfer van wetenschap naar praktijk zal gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden van bestaande kenniscentra.

Een belangrijke bron van gegevensverzameling en monitoring is de Nationale GezondheidsTest. In samenwerking met (nieuwe) partners zal worden bezien of de deelname aan de test kan worden vergroot, onder andere door hierbij deelname van werkgevers en arbodiensten te bewerkstelligen.

¹ Urlings e.a. 2001.

DEEL III, DE VERMINDERING VAN DE GEZONDHEIDSRISICO'S

Dit deel handelt over de vermindering van de gezondheidsrisico's bij sport en beweging. Hoewel de gezondheidswinst door sport en beweging het gezondheids«verlies» bij sport en beweging ruimschoots compenseert, is het toch belangrijk hieraan aandacht te besteden. Door vermindering van de gezondheidsrisico's bij sport en beweging kan immers ook een (eigenstandige) bijdrage worden geleverd aan de vergroting van de gezondheidswinst. De veiligheid rond sport en beweging kan nog aanzienlijk worden verbeterd door de preventie en adequate curatie van blessures en andere sportgerelateerde aandoeningen (hoofdstuk 8 en 9) en de preventie van dopinggebruik (hoofdstuk 10).

8. PREVENTIE VAN SPORTGERELATEERDE AANDOENINGEN

8.1. Doelstellingen

De veiligheid van sporten en bewegen kan allereerst worden vergroot door de preventie van blessures, de meest voorkomende vorm van sportgerelateerde aandoeningen. De doelstelling hiervoor kan als volgt worden geconcretiseerd:

- de vermindering van de omvang en de incidentiedichtheid van blessures uitgedrukt in een afname van het risico op een blessure (per sporter/per jaar) van 13% naar 11% in 2005 en 10% in 2010.¹

8.2. Trends en determinanten

Sportblessures

Jaarlijks doen zich in Nederland ongeveer 2,3 miljoen sportblessures voor: 2 miljoen acute blessures en 300 000 blessures die ontstaan door overbelasting. Circa 1,3 miljoen van deze gevallen moet medisch worden behandeld en 180 000 geblesseerden komen terecht op de eerste hulp.² De kans die een sporter op een blessure loopt is thans 13%; voor topsporters zelfs ca. 60%.³ In de registratie van sportblessures zijn overigens niet opgenomen de blessures die ontstaan ten gevolge van andere vormen van beweging dan sport (denk aan fietsen, wandelen, tuinieren, traplopen e.d.).⁴

De *omvang* van de blessureproblematiek wordt doorgaans gemeten in absolute aantallen en in incidentiedichtheidscijfers (aantal blessures per 100 000 inwoners dan wel per aantal uren sportbeoefening). De *ernst* van de blessures wordt gemeten aan de hand van de gestelde diagnose en de directe medische kosten.

In de periode 1990–1999 is het aantal spoedeisende behandelingen na een sportongeval gedaald met 11%. Deze daling wordt allereerst veroorzaakt door de terugloop van het aantal voetbalblessures. Ook het aantal ongevallen tijdens volleybal, hockey, tennis en zwemmen laat een sterke daling zien. Hiertegenover staat een stijging van het aantal ongevallen tijdens skaten/skeeleren en karten.

Verschillen in blessures kunnen behalve voor takken van sport ook worden geconstateerd voor kenmerken van de sporters zelf. Zo nemen jongeren (10–29 jaar) circa tweederde van alle spoedeisende-hulpbehandelingen (acute blessures) voor hun rekening. Daartoe behoren ook de SEH-behandelingen die ontstaan ten gevolge van het bewegingsonderwijs (17 000, evenredig verdeeld over het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs). Overbelasting (geleidelijk ontstane blessures) komt meer voor bij volwassenen. Mannen nemen aanzienlijk meer blessures voor hun rekening dan vrouwen. Trends wijzen erop dat de prevalentie van blessures stijgt bij de jeugd (0–14 jaar) en bij ouderen (55+), en dat het aandeel geleidelijk ontstane blessures stijgt ten opzichte van de acute blessures.

De trends in blessures lijken grotendeels samen te hangen met veranderingen in de sportbeoefening: de toenemende of afnemende deelname aan een specifieke tak van sport en toename of afname van een specifieke doelgroep aan sport.

Andere sportgerelateerde aandoeningen

Sportgerelateerde aandoeningen doen zich vooral voor als blessures. Maar op kleinere schaal komen ook andere aandoeningen voor die mogelijk aan endogene en exogene factoren van (te) intensief bewegen kunnen

¹ Deze doelstelling is relatief. In de Zorgnota 2001 wordt een absolute doelstelling gehanteerd: een gelijkblijvend aantal ongevallen. De doelstellingen zijn echter niet tegenstrijdig: bij de realisering van een toename van de mensen met een actieve leefstijl (hoofdstuk 5) en de realisering van een gelijkblijvend aantal ongevallen vermindert uiteraard ook de kans op een blessure.

² Den Hertog e.a. 2000.

³ Oijen 1998.

⁴ Deze letsels worden geregistreerd onder andere rubrieken (privé-ongevallen, verkeersongevallen). Aan veel letsels ligt een vorm van beweging ten grondslag. Hoewel hierover geen cijfers bekend zijn, mag worden verondersteld dat er meer blessures ontstaan ten gevolge van intensieve activiteiten dan door matig intensieve activiteiten. In deze nota is ervoor gekozen het beleid te richten op de vermindering van blessures ten gevolge van sport (intensieve beweging).

worden toegeschreven: eet- en groeistoornissen, inspanningsastma, maag- en darmstoornissen, hersenbeschadiging, hartritmestoornissen en gevallen van plotse dood. Precieze cijfers over deze aandoeningen zijn niet voor handen. De signalen geven in ieder geval aanleiding om in het algemeen meer aandacht te besteden aan mogelijke andere negatieve effecten van (te) intensief bewegen dan blessures alleen.

8.3. Huidig beleid

Onderzoek

Cijfers over sportblessures worden in hoofdzaak ontleend aan drie onderzoeken: aan het Letsel InformatieSysteem (LIS, voorheen Privé Ongevallen Registratie Systeem, PORS) van Consument en Veiligheid, dat gegevens ontleent aan de behandeling van blessures bij een steekproef van 10% van de SEH-afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen; aan de survey Ongevallen in Nederland, waarin gegevens worden verzameld op basis van de enquêtering van een representatieve steekproef van 65 000 personen, en het Permanent Onderzoek Leefsituatie, POLS (voorheen Gezondheidsenquête) van het CBS, waarbij een ondergrens wordt gehanteerd van 16 jaar.

Preventiebeleid

In 1998 verscheen de nota *Veilig Thuis*. Deze nota schetst het beleid van Ministerie van VWS op het gebied van de veiligheid in en om de woning, bij sport en recreatie. Preventie van zogenaamde privé-ongevallen levert een bijdrage aan het verlengen van de gezonde levensverwachting en het voorkómen van vermijdbare sterfte en is daarmee een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid.

De nota definieert drie mogelijke aangrijpingspunten voor beleidsinterventies:

- het gedrag van de consument (voorlichting, educatie);
- de veiligheid van de omgeving en van georganiseerde activiteiten waar de consument aan deelneemt (inrichtingseisen, keurmerken, protocollen), en
- de veiligheid van consumentenproducten (wetgeving, normalisatie).

Het beleid zoals neergelegd in *Veilig Thuis* maar ook in *Wat sport beweegt* heeft geleid tot de nodige activiteiten op het gebied van blessurepreventie. Via VWS en ZON is de afgelopen jaren het programma *Sport Blessure Vrij* ondersteund, waaraan inmiddels meer dan twintig bonden deelnemen.

Kwaliteitseisen voor sportscholen en fitnesscentra zijn verankerd in een erkenningregeling (LERF). Verder hebben de organisaties in de zwembadbranche een plan van aanpak opgesteld om te komen tot een certificeringssysteem voor zwembaden; veiligheid en preventie van ongevallen maken daar nadrukkelijk onderdeel van uit. De Nederlandse Hippische Sportbond (NHS) voert in samenwerking met de ministeries van LNV en VWS een soortgelijk initiatief uit voor maneges.

Sport Blessure Vrij

Sinds 1988 wordt door NOC*NSF in samenwerking met de Stichting Consument en Veiligheid het programma Sport Blessure Vrij (SBV) uitgevoerd. Dit programma heeft tot doel «het reduceren van het aantal, de ernst en de gevolgen van sportblessures». In de periode van 1988 tot 1997 is een ontwikkeling doorgemaakt waarbij steeds meer (risicovolle) sporten zijn betrokken.

Aanvankelijk werd vooral het publiek (de sporter zelf) benaderd door middel van campagnes. Tegenwoordig richten de activiteiten zich ook op intermediairs zoals trainers, beroepsgroepen in de (sport)gezondheidszorg en sportwinkels. In de periode 1988 t/m

1996 hebben de volgende campagnes in het kader van blessurepreventie plaatsgevonden:

- Blessures, blijf ze de baas (1988/1992);
- Topteams zetten blessures buitenspel (1993/1995);
- 'n Sportblessure. Vervelender dan je denkt (1995/1996).

Uit evaluatie blijkt dat deze campagnes wel zorgen voor kennisvermeerdering, maar een echte gedragsverandering op basis van deze campagnes alleen kan moeilijk worden aangetoond.

In 1997 is voor het eerst een kwantitatieve doelstelling gesteld: *te komen tot een reductie (10% in vijf jaar) van het aantal, de ernst en de gevolgen van sportblessures*. Het (relatief) aantal blessures wordt afgemeten aan de incidentiedichtheid (aantal blessures per 1000 uren sport). De ernst en de gevolgen worden geoperationaliseerd in de vorm van (al dan niet) medische behandeling, duur van het sportverzuim en duur van het arbeidsverzuim in dagen. In 2002 zal de doelstelling aan de hand van de ongevalsregistratie worden geëvalueerd.

Productveiligheid

Productveiligheidsmaatregelen kunnen effectief zijn ter verhoging van de veiligheid. Voortvloeiend uit Europese richtlijnen zijn ten aanzien van een aantal sportproducten eisen geformuleerd. Dit betreft met name de persoonlijke beschermingsmiddelen (voet- en beenbescherming, helmen en gebitsbeschermers). Ook bestaan er richtlijnen voor sporttoestellen. Voor de overige sportproducten zijn geen specifieke eisen neergelegd (algemene Warenwet).

Speeltoestellen vallen onder het Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen (Wet op de gevaarlijke werktuigen). Onder speeltoestellen vallen bijvoorbeeld ook de *halfpipes* voor skates en skateboards. De toestellen mogen geen gevaar opleveren voor de veiligheid en de gezondheid; de eigenaar heeft hiertoe een zorgplicht.

De veiligheid van sportaccommodaties wordt geregeld door middel van het Bouwbesluit. De voorschriften zijn echter algemeen en niet opgesteld met oog op de specifieke sportactiviteiten die in deze accommodaties plaatsvinden.

Arbowet

Ter verhoging van de veiligheid voor *werknemers* heeft het Ministerie van SZW per 1 januari 2000 de arbo-regelgeving aangescherpt. Met branches waarin bepaalde arbeidsrisico's zich in zekere mate voordoen, worden arbo-convenanten afgesloten (zie ook hoofdstuk 7).

De sportsector is niet geïdentificeerd als zo'n risicogevoelige branche. De arbo-regelgeving is uiteraard wel van toepassing, maar zal in de regel niet substantieel bijdragen aan de veiligheid van de sportbeoefening aangezien de regelgeving zich richt tot het *kader* en niet tot de sporters zelf. Hoogstens kan van geval tot geval – afhankelijk van hoe de arbeidsverhoudingen zijn geregeld – worden beargumenteerd dat de arbo-regelgeving zich ook richt op topsporters.

Op grond van de Arbowet zijn óók vrijwilligersorganisaties verplicht een risico-inventarisatie en -evaluatie uit te voeren en geïdentificeerde risico's preventief en planmatig aan te pakken. Vrijwilligersorganisaties – waaronder sportverenigingen – met minder dan 40 uur betaalde arbeid per week hebben bij de inwerkingtreding van de Arbowet tot 1 januari 2002 vrijstelling gekregen van de verplichte inschakeling van een Arbodienst.¹ Vervolgbeleid van SZW op dit punt is mede afhankelijk van de resultaten van een evaluatie naar de implementatie van de Arbowet in de loop van 2001.

¹ NOV 1999 en 2000.

8.4. Strategie

Uit ongevalsregistraties blijkt dat blessures veranderen in aard, omvang en ernst. Vergrijzing en een toenemende sportdeelname onder 55+-ers, individualisering, hypes (modetrends) in het aanbod en de hang naar «extreem» gedrag hebben hiermee ongetwijfeld te maken. Ontwikkelingen in sportdeelname en -keuze leiden bijvoorbeeld tot een toename van blessures onder ouderen, een toename van blessures onder ongeorganiseerde sporters (meest individuele sporten) en een toename van blessures ten gevolge van gevaarlijke sporten en ragesporten.

Risicosporten

Op verzoek van VWS heeft Stichting Consument & Veiligheid een aantal sporten geïdentificeerd waarvoor uit epidemiologisch oogpunt extra aandacht gewenst is.¹ De informatie is gebaseerd op het Letsel Informatie Systeem (spoedeisende behandelingen; minder acute blessures en blessures door overbelasting zijn daarbij derhalve niet betrokken). Bij de analyse is gekeken naar de *ernst*, (*absolute*) *omvang*, *incidentiedichtheid*, *medische kosten* en *trends* van de sportblessures. Prioritaire takken van sport zijn veldvoetbal, skeeleren/skaten, schaatsen, paard- of ponyrijden, motorsport, bewegingsonderwijs, autosport (karten), zaalvoetbal, hockey, zwemmen, skiën, tennis en volleybal. In het beleid zal prioriteit worden gegeven aan deze risicosporten.

Ongeorganiseerde sporten

In de top-10 van sporten met een hoge incidentiedichtheid staat ook een aantal meest ongeorganiseerd beoefende sporten (skaten/skeeleren, schaatsen, paardrijden, karten, skiën en zwemmen). Beoefenaren van deze takken van sport zijn doorgaans moeilijk te bereiken. Toch zijn er wel mogelijkheden, bijvoorbeeld langs de weg van accommodaties, evenementen, detailhandel, recreatie-ondernemers, reisbureaus, scholen of de gezondheidszorg. Primair zal worden gekeken naar de mogelijke intermediaire rol van aanbieders van sportproducten en -diensten.

De veiligheid van evenementen heeft speciale aandacht nodig. Uit onderzoek van de stichting Consument & Veiligheid is gebleken dat het risico op een blessure tijdens een evenement groter is dan tijdens de reguliere sportbeoefening. Enerzijds kan dat komen omdat de (vele) deelnemers niet altijd even goed zijn geoefend. Anderzijds is het terrein waar het evenement wordt georganiseerd meestal niet speciaal hiervoor aangelegd.

Ook de georganiseerde sport kan een rol van betekenis spelen door activiteiten te ondernemen waarvan niet alleen de leden, maar ook de ongeorganiseerde sporters van de betreffende tak van sport kunnen profiteren.

Veilig Skaten

Een voorbeeld van hoe de georganiseerde sport de ongeorganiseerde sporters ten dienste staat, betreft de oprichting van de Skate Bond Nederland in 1999. In vergelijking tot het enorme aantal recreatieve skaters kent deze bond slechts een gering aantal leden. Maar toch vervult de bond een belangrijke rol, juist met oog op de veiligheid van de ongeorganiseerde skaters. Het project «Veilig Skaten» heeft als doel het ontwikkelen van een rijksrekenende opleiding tot skate-instructeur en het ontwikkelen van een skatevaardigheidsbewijs. Ook wordt een protocol en handleiding ontwikkeld voor het organiseren van skate-toertochten en wedstrijden.

Ragesporten

Bijzondere aandacht is nodig voor ragesporten. Trends in sport en beweging lijken elkaar in steeds hoger tempo op te volgen. Soms hebben deze trends geen gevolgen voor de veiligheid van de beoefenaren (vergelijk de

¹ Blankendaal en Schoots 2001.

diverse vormen van fitness en aerobics), maar soms komen nieuwe producten in zwang (skates, stepjes, karting, fitnessapparatuur voor thuisgebruik) die, afgaand op de eerste signalen, wel degelijk gevolgen kunnen hebben voor de veiligheid en gezondheid van de gebruikers. Op rages is een *snel* antwoord nodig: er is geen tijd om registraties en analyses af te wachten of in Europees verband normen te ontwikkelen. Om snel te kunnen signaleren is continue nationale en internationale monitoring nodig, zowel in Europees verband als in relatie tot «trendsettende» landen zoals de Verenigde Staten.

Bewegingsonderwijs

Uit onderzoek onder leerkrachten en docenten blijkt dat ondeskundig gebruik van toestellen, de slechte staat van toestellen en het ontbreken van een vakleerkracht worden genoemd als belangrijkste oorzaken van blessures in het bewegingsonderwijs, zowel in het basisonderwijs als in het voortgezet onderwijs. Als andere oorzaken noemt men ruw gedrag van kinderen, het aantal kinderen in de groep (met betrekking tot de zaalgrootte) en gebrekkige concentratie en motorische vaardigheden van kinderen.¹

Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat slechts 22% van de docenten bewegingsonderwijs in de laatste vijf jaar een nascholingscursus heeft gevolgd waarin aandacht wordt besteed aan veiligheid. Onder de docenten lichamelijke opvoeding en leerkrachten basisonderwijs bestaat een duidelijke behoefte aan een pakket «veiligheid bewegingsonderwijs» met daarin protocollen, checklists, voorlichtingsmateriaal voor leerlingen en een handleiding voor het gebruik van de diverse producten en toestellen. Het kabinet acht het wenselijk om – in samenspraak met de beroepsgroep – aan deze behoefte tegemoet te komen.

Risicogroepen

Prioritaire doelgroepen voor veilig bewegen zijn *jongeren* en *ouderen*. Jongeren (grote sportdeelname, risicogedrag) nemen het leeuwendeel van de blessures voor hun rekening; het aantal spoedeisende behandelingen ten gevolge van sportblessures in de groep 0–14 jaar is de laatste jaren gestegen. Maar ook het aantal blessures onder ouderen boven de 55 jaar stijgt. Deze stijging houdt gelijke tred met de toenemende sportdeelname. Hierbij past overigens de opmerking dat sport en beweging ook bij ouderen bijdragen aan de coördinatie (evenwicht, balans) en zodoende privé-ongevallen kunnen helpen voorkomen. Er zijn speciale bewegingsprogramma's ontwikkeld met oog op valpreventie. Vanwege de demografische ontwikkelingen (vergrijzing), de verwachte toename van de sportbeoefening door deze doelgroep én de gevolgen – ernstiger dan bij de jeugd – is voor ouderen de komende jaren extra aandacht nodig.

Van specifieke doelgroepen zoals gehandicapten en chronisch zieken is op dit moment niet bekend in hoeverre de veiligheid bij sport en beweging in het geding is, maar voor dergelijke kwetsbare groepen is uiteraard wel extra aandacht nodig. Het blessurerisico voor lichamelijk gehandicapte sporters wordt bijvoorbeeld groter geacht dan bij niet-gehandicapte sporters, omdat het onderscheid tussen pijn ontstaan door vermoeidheid en pijn ontstaan door overbelasting vaak moeilijk is te maken. Aan het passieve bewegingsapparaat wordt pijn überhaupt niet waargenomen.² Hiernaar zal nader onderzoek moeten worden gedaan, met name in verband met het ontwikkelen van een verantwoord sport- en bewegingsaanbod.

Preventie én curatie

Voorkomen is beter dan genezen, en dat geldt natuurlijk ook voor blessures. Het beleid zal zich daarom allereerst moeten richten op de

¹ Stichting Consument & Veiligheid 2001 (in voorbereiding).

² Hoeberigs 1994 in: Baken 1997.

preventie van blessures en andersoortige aandoeningen. Effectieve preventie maatregelen dienen zo spoedig mogelijk en op grote schaal in de sport te worden geïmplementeerd. Aan implementatievraagstukken zal meer aandacht moeten worden besteed. Uit de kennis over blessurepreventie dient lering te worden getrokken voor een verantwoorde wijze van sportbeoefening, met name bij risicogroepen. Daarnaast dient structurele aandacht te worden besteed aan de curatie van blessures. Een effectieve behandeling van blessures kan immers de ernst van de gevolgen (voor de gezondheid, de economie en voor de maatschappelijke participatie) aanzienlijk beperken (zie hoofdstuk 9).

8.5. Voornemens

8.5.1. Risicosporten

Effectieve preventieve maatregelen

Recent is door NOC*NSF en de stichting Consument en Veiligheid onderzoek gedaan naar de effectiviteit van blessurepreventie maatregelen. In het algemeen moet worden geconcludeerd dat er weinig gecontroleerd epidemiologisch onderzoek beschikbaar is over de effectiviteit van blessurepreventie maatregelen. Maar tussen wetenschappers bestaat wel consensus over de effectiviteit van een aantal preventieve maatregelen met name gericht op het voorkomen van acute sportblessures.

Bewezen effectief zijn het gebruik van enkeltape ter preventie van recidief enkelletsel en enkelbraces ter preventie van nieuw en recidief enkelletsel, het dragen van een fietshelm en het dragen van polsbeschermers bij skaten.

Waarschijnlijk effectief zijn een sportspecifieke warming up, enkeltape ter preventie van nieuw letsel, een patellatape en brace ter preventie van geleidelijk ontstaan letsel, sportschoenen met goede schokdemping, gebits-, oog-, scheen-, en elleboogbeschermers (van hard materiaal).

Nog onvoldoende bekend is de preventieve werking van onder andere rekoefeningen, een cooling-down, een sportspecifieke keuring, kniebeschermers, opvulstukken. (Stichting Consument & Veiligheid 2001)

Implementatie effectieve maatregelen

Een aantal maatregelen in het kader van blessurepreventie lijkt vruchten af te werpen. Hoewel de effectiviteit van deze maatregelen nog niet in alle gevallen is bewezen, bestaat er onder experts wel consensus over de werking ervan.¹ Deze maatregelen zouden allereerst kunnen worden geïmplementeerd bij de onderscheiden risicosporten. Daarbij moet de focus worden gelegd op de sportbeoefening door jeugd (4–12 jaar) en jongeren (12–18 jaar), de grootste risicogroep (en mogelijk de groep met het grootste risicogedrag).

Naar de effectiviteit van maatregelen moet overigens meer onderzoek worden gedaan. Daarnaast moet er worden geïnvesteerd in verdere kennisontwikkeling en de kennisoverdracht aan het veld (sporters en intermediairs). Tenslotte is aandacht nodig voor (actuele) normstelling voor producten, toestellen en accommodaties die bestemd zijn voor sportgebruik.

Georganiseerde sport

Het kabinet wil de implementatie van maatregelen in de georganiseerde sport stimuleren door een combinatie van faciliterend en voorwaardenstellend beleid aan bonden, zoals dit ook – met succes – wordt gevoerd op het gebied van doping. Beleid inzake blessurepreventie zal worden opgenomen als criterium bij de subsidiëring van sportmedisch beleid door VWS (zie paragraaf 13.2). Vertrekpunt voor sportbonden is een risico-inventarisatie van de eigen tak van sport. Zowel de fysieke omgeving (accommodatie en producten), de sport zelf (spelregels en organisatie) als

¹ Stichting Consument & Veiligheid 2001.

het gedrag van sporters kunnen aan een dergelijke inventarisatie worden onderworpen. Deze analyse kan leiden tot mogelijke oplossingen voor gevonden risico's: aanpassing van gebruikte materialen, invoering van beschermende maatregelen of zelfs de aanpassing van spelregels. Ook zal worden gestimuleerd dat bonden (m.n. risicosporten) een registratiesysteem opzetten voor de eigen tak van sport. Uiteindelijk zal het beleid zijn uitwerking moeten krijgen op *verenigingsniveau*. Veiligheid moet onderdeel uitmaken van de invoering van kwaliteitszorg.

Ongeorganiseerde sport

Implementatie van maatregelen in de ongeorganiseerde sport vraagt om maatwerk. Per sport zal moeten worden bekeken welke «contactmomenten» er bestaan met de sporter: het moment van aankoop van producten (skates, step, wintersportvakantie), de momenten waarop gebruik wordt gemaakt van een bepaalde accommodatie (schaatsen, kartbaan) of bijvoorbeeld de deelname aan evenementen (hardlopen). Voor de ongeorganiseerde sport zal een aanvullend programma worden ontwikkeld waarbij de *georganiseerde* sport zal worden uitgenodigd een actieve rol te spelen.

Aan evenementen op niet permanente sportterreinen moet apart aandacht worden besteed. In aansluiting op de wedstrijdreglementen en draaiboeken kunnen richtlijnen worden opgesteld om de veiligheid van deze evenementen te vergroten. Het kabinet wil bevorderen dat dergelijke (actuele) richtlijnen worden ontwikkeld. De verantwoordelijkheid voor de implementatie van deze richtlijnen ligt bij de evenementenorganisaties, de betreffende tak-van-sport-bonden en de gemeenten waar de evenementen plaatsvinden. Gemeenten kunnen regelend optreden, bijvoorbeeld door middel van vergunningverlening. Organisaties zoals Service Médical kunnen hoogwaardige medische ondersteuning verlenen bij mobiele sportevenementen. Het kabinet is een groot voorstander van de inschakeling van dergelijke dienstverlening en zal de ontwikkeling van het aanbod op landelijk niveau ondersteunen.

De georganiseerde sport kan een belangrijke rol spelen in het bereiken van de ongeorganiseerde sporters. In sommige takken van sport gebeurt dit al, maar de kennis en expertise in de georganiseerde sport kan over het algemeen veel beter worden geëxploiteerd. Bonden zouden als voortrekker kunnen fungeren van een veiligheidsbeleid dat zich richt op óók de ongeorganiseerde sporters van hun tak van sport door gemeenten en evenementenorganisaties gevraagd en ongevraagd te adviseren en te ondersteunen, informatie te genereren voor een breed publiek (bijvoorbeeld via internet), enzovoorts. Daarbij snijdt het mes aan twee kanten, want de georganiseerde sport voorkomt op die manier een mogelijk negatief imago van de betreffende tak van sport door blessures en ongevallen, en bovendien komen ongeorganiseerde sporters zodoende in aanraking met het aanbod van de georganiseerde sport.

8.5.2. Ragesporten

Op ragesporten is een snel antwoord nodig. Dat is alleen mogelijk wanneer letsels en blessures worden gemeten aan de hand van een *doorlopende* registratie en een structurele inventarisatie van signalen uit de praktijk. Rages ontstaan dikwijls aan de hand van de verkoop van nieuwe producten. In sommige gevallen kan het zinvol blijken normen te ontwikkelen en eisen te stellen ten aanzien van de productveiligheid. Hiertoe is Europese samenwerking nodig, óók op het gebied van registratie en signalering. De ontwikkeling van richtlijnen vindt altijd plaats in Europees verband. De ontwikkeling en implementatie van richtlijnen volgt echter

een lange weg, te lang om adequaat te kunnen inspelen op sommige rages. Wel kan de branche worden gestimuleerd tot het nemen van eigen maatregelen (certificering) en kunnen consumentenorganisaties producten testen, hierover de publiciteit zoeken en voorlichting geven aan het publiek. Het kabinet wil een strategie (crisisscenario) laten ontwikkelen waarmee in voorkomende gevallen over veiligheidsrisico's van sport- en spelproducten een breed publiek kan worden benaderd.

8.5.3. Kwetsbare doelgroepen

Keurmerk 55+

Met ondersteuning van VWS voert Fit!Vak in samenwerking met TNO, Stichting Consument en Veiligheid en de Rijksuniversiteit Groningen een vooronderzoek uit naar de mogelijkheden om de bruikbaarheid van fitnessapparatuur, de toegankelijkheid en veiligheid van fitnessaccommodaties en de geschiktheid van bewegingsprogramma's voor 55+ers te verbeteren. Fit!Vak wil nagaan in hoeverre het mogelijk is veiligheids- en kwaliteitscriteria te ontwikkelen die kunnen leiden tot een keurmerk. Een dergelijk keurmerk kan de doelgroep informatie geven over de mate waarin het fitnessaanbod is afgestemd op hun specifieke behoeften.

Ten behoeve van kwetsbare doelgroepen zoals ouderen, chronisch zieken en gehandicapten (afnemende belastbaarheid; toenemende ernst van de gevolgen van letsels) zal meer aandacht moeten uitgaan naar het ontwikkelen van een sport- en bewegingsaanbod dat goed is toegesneden op de belastbaarheid van het soms kwetsbare gestel, en dat eventuele risico's zoveel mogelijk uitsluit. Deze doelgroepen zijn prioritair bij de bestrijding van inactiviteit (hoofdstuk 5) of vanwege de belangrijke rol die sport en beweging kunnen spelen in de curatie van aandoeningen (hoofdstuk 6). In praktijk blijken voor deze doelgroepen behoorlijke hoge drempels te bestaan om überhaupt aan sport- en bewegingsactiviteiten deel te nemen. Mogelijke veiligheids- en gezondheidsrisico's moeten deelname dan niet in de weg staan.

Te allen tijde zal moeten worden gestreefd naar een passend aanbod, veilige omstandigheden en deskundige begeleiding bij bewegingsprogramma's voor kwetsbare doelgroepen. Naar de eventuele gezondheids- en veiligheidsrisico's van sport en beweging door ouderen, chronisch zieken en gehandicapten zal nader onderzoek worden gedaan. Er zal overleg met het veld worden gevoerd over de mogelijkheid om een opleiding (kopstudie) te ontwerpen ten behoeve van een (professionele) functie van bewegingsleider voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten (zie verder paragraaf 13.3).

8.5.4. Bewegingsonderwijs

Het kabinet is van mening dat de veiligheid in het bewegingsonderwijs – waaraan in principe *alle* kinderen en jongeren in de schoolgaande leeftijd deelnemen ongeacht aanleg, interesse en vaardigheden – moet worden gewaarborgd. Samen met de Koninklijke Vereniging van Leraren Lichamelijke Opvoeding (KVLO) zal worden gezien welke mogelijkheden er zijn om de deskundigheid van leerkrachten bewegingsonderwijs en docenten lichamelijke opvoeding te vergroten waar het gaat om de veiligheid van de lessen (door middel van opleidingen, handleidingen, voorlichtingsmateriaal e.d.). Verder zal het Ministerie van OCenW aandacht besteden aan de veiligheid van gymnastiektoestellen in het basisonderwijs en in het voortgezet onderwijs.

Eetstoornissen

NOC*NSF heeft recent onderzoek gedaan naar eetstoornissen bij (top)sporters.¹ De conclusie uit dit onderzoek is dat eetstoornissen zeker voorkomen bij (top)sporters, maar niet meer dan onder andere bevolkingsgroepen. De meest bepalende factoren voor het ontstaan van eetproblemen in de sport zijn de gewichtsklassen en het esthetische aspect van bepaalde sporten in combinatie met een extreme wil om te presteren én de druk van buitenaf om te presteren. Verder blijkt dat sporters regelmatig kampen met (meer in het algemeen) voedingsproblemen of eetproblemen. Het onderwerp «eetstoornissen» dient dan ook in een breder perspectief gezien te worden en zal worden betrokken in de voorname op het gebied van gezondheidsvoorlichting aan topsporters en talenten (zie paragraaf 8.5.6).

Maagdarmklachten

Maagdarmklachten lijken op grote schaal voor te komen, vooral bij duursporten.² Door een uitgebalanceerde voeding, zowel voor als tijdens de inspanning, kan het optreden van maagdarmklachten worden verminderd, zonder dat dit ten koste gaat van het prestatievermogen. Preventieve maatregelen om de balans tussen voeding en beweging te verbeteren zullen door het kabinet worden gestimuleerd. Het effect van het gebruik van voedingssupplementen daarbij zal nader moeten worden onderzocht, temeer omdat sommige voedingssupplementen in verband worden gebracht met doping (zie paragraaf 10.4.3). Vanuit de sportgezondheidszorg is het initiatief genomen om voor de handhaving van het gewicht en het gebruik van voedingssupplementen door sporters een multidisciplinaire richtlijn op te stellen.

Hersenletsel

Traumatisch hersenletsel kan worden opgelopen door krachten die inwerken op de schedel of een dusdanige beweging van het hoofd teweeg brengen dat hierdoor de hersenmassa wordt verplaatst.³ Over hersenafwijkingen opgelopen in de sportbeoefening is tot op heden weinig bekend, uitgezonderd de gegevens die het LIS oplevert over *spoedeisende* blessures. Circa 1% hiervan betreft hersenletsel. Percentueel komt dit type letsel het meest voor bij wielrennen, fietscrossen, paardrijden en schaatsen; qua omvang komt hersenletsel vooral voor bij paardrijden, veldvoetbal, schaatsen, zwemmen, bewegingsonderwijs en skeeleren/skaten.⁴ De Gezondheidsraad bereidt een advies voor over hersenbeschadiging optredend bij voetbal (koppen) en bij boksen. Dit advies wordt in het voorjaar van 2002 verwacht en zal zo spoedig mogelijk na publicatie aan de Tweede Kamer worden toegezonden.⁵

Plotse dood

Onder plotse dood wordt verstaan het onverwacht intreden van de dood tijdens of vlak na de sportbeoefening. Plotse dood in de sport is zeldzaam.⁶ De belangrijkste oorzaak van plotse dood bij sporters zijn hartafwijkingen en abnormaal verlopende kransvaten.⁷ Het blijkt moeilijk om het risico op plotse dood te traceren. Als er familieleden zijn die op jonge leeftijd zijn overleden door hartklachten is er wellicht sprake van een familiale afwijking. Dit is voor sporter een reden om zich goed te laten onderzoeken, hoewel ook een goed uitgevoerde sportkeuring hierover geen zekerheid kan geven. Tevens is aangetoond dat er een correlatie bestaat tussen plotse dood tijdens de sportbeoefening en een recent doorgemaakt influenza.⁸ Tijdens het doormaken van een infectie moet men eigenlijk niet sporten, in ieder geval moet men de trainingsintensiteit reduceren. Hierover dient goede voorlichting te worden gegeven. Een trainer zou van deze aspecten op de hoogte moeten zijn om een sporter te

¹ NOC*NSF 2000a.

² Uit onderzoek naar het optreden van maagdarmklachten tijdens de Vierdaagse van Nijmegen bleek dat maagdarmklachten voorkwamen bij 24% van de wandelaars, vooral bij degenen met minder wandelervaring en degenen die vet- en eiwitrijke voeding consumerden voorafgaand aan en tijdens het wandelen (Peters 1996).

³ Woldendorp 1995.

⁴ Stichting Consument & Veiligheid 2001.

⁵ In eerdere instantie (d.d. 22 september 2000, kenmerk DBO-CB-U-2105643) is in antwoord op een schriftelijk vraag van de Tweede Kamer (d.d. 31 augustus 2000, kenmerk VWS/00/61/LD) meegedeeld dat het advies begin 2001 werd verwacht. De Gezondheidsraad heeft de werkzaamheden echter pas in het voorjaar van 2001 kunnen starten.

⁶ In Dolmans (1983) wordt een aantal genoemd van 103 doden per jaar. Dit aantal zou door de jaren heen nagenoeg gelijk zijn gebleven (Van Teeffelen, aangeboden).

⁷ Mosterd 1999.

⁸ Van Teeffelen (aangeboden).

kunnen helpen abnormale lichaamssignalen te herkennen. Dit zou onderdeel kunnen uitmaken van de kaderopleidingen.

Milieu

In sommige gevallen kan milieuverontreiniging bij (intensieve) sportbeoefening in verhevigde mate tot klachten leiden dan bij de uitoefening van normale dagelijkse bezigheden.¹ Bij nadere beschouwing gaat het om de volgende combinaties:

- luchtverontreiniging, met name smog: hinderlijk voor met name duursporters en in mindere mate ook luchtsporters; leidt tot aandoeningen aan de luchtwegen en kan leiden tot aandoeningen aan de longen;
- verontreiniging van het oppervlaktewater: hinderlijk voor watersporters, met name onderwatersporters, surfers, triatleten en langeafstandszwimmers; leidt tot oorontsteking, huidirritaties, aandoeningen aan slijmvlies, luchtwegen en maagdarmkanaal; kan in uitzonderlijke gevallen leiden tot de ziekte van Weil;
- voorkomen van chloor en chloroform in het binnenmilieu van zwembaden; hinderlijk voor zwimmers; kan leiden tot irritaties aan ogen en luchtwegen, en in uitzonderlijke gevallen tot nierbeschadiging.

Ter bescherming van de gezondheid van burgers in het algemeen zijn en worden verschillende maatregelen getroffen. De kwaliteit van zwemwater wordt geregeld in de Wet hygiëne en veiligheid zwemwater; met name in de zomermaanden vinden regelmatig controles plaats door het bevoegd gezag. Voor smog verzorgt het KNMI een speciaal weerbericht.

Uit de gegevens over de plaatselijke situatie kunnen door de sportsector in samenspraak met het bevoegd gezag conclusies worden getrokken voor de sportbeoefening in (bepaalde regio's in) Nederland: zowel voor de recreatiesport als voor de competitie en evenementen. Een dergelijke maatregel is goed vergelijkbaar met de afgelasting van wedstrijden naar de gesteldheid van de bodem door vorst, sneeuw of overvloedige neerslag. Met oog op de deelname van topsporters aan evenementen in het buitenland zouden ook dergelijke richtlijnen of adviezen kunnen worden afgegeven door de landelijke sportbonden of een gezaghebbend instituut. Voor wat betreft het gebruik van chloor in zwembaden geldt dat er allereerst kan worden gezocht naar technologische alternatieven. Een andere opmerking is dat de concentratie chloroform toeneemt met de hoeveelheid zwimmers. Dit leidt tot de aanbeveling dat het gunstig is voor sporters om van het zwembad gebruik te maken in de stille uren.

8.5.6. Topsport

De verantwoordelijkheid voor de gezondheid en veiligheid ligt – net als bij alle andere burgers – in principe bij de topsporter zelf. Echter, in de topsport is sprake van arbeidsverhoudingen of andere afhankelijkheidsrelaties waardoor de grens tussen de eigen verantwoordelijkheid en die van bijvoorbeeld de trainer, de coach, de sponsor of de sportbond niet helemaal duidelijk valt te trekken. Dit kan in sommige gevallen leiden tot niet geheel overdachte of vrijwillige keuzes. Aan de andere kant zijn topsporters vanwege hun professe geneigd tot het uiterste te gaan. In sommige gevallen zullen zij tegen zichzelf in bescherming moeten worden genomen. Dat geldt al helemaal voor (minderjarige) talenten, die in fysiek en geestelijk opzicht nog volop in ontwikkeling zijn. Een manier om hierin verbetering te brengen, is het regelmatig monitoren van de balans tussen prestaties en gezondheid van de topsporter.

In de meeste takken van sport hebben topsporters te maken met een toenemende werkdruk. Uit een (kwalitatief) onderzoek in de wielrennerij bleek dat eenderde van de respondenten gedurende hun amateurperiode één of meerdere periode(s) heeft gekend van fysieke en mentale overbe-

¹ Mercus en Coumans 1999.

lasting. Zware trainingen, vaak nog gecombineerd met drukke werk- of schoolomstandigheden, te weinig herstelmomenten, slechte communicatie over de trainingsaanpak en de stress om prestaties te moeten leveren, leidden ertoe dat deze renners meer en meer vermoeid raakten, niet meer recupereerden en daardoor minder presteerden. Zij zagen het verdere verloop van het wielerseizoen of zelfs hun wielercarrière verloren gaan.¹

Om vormen van overbelasting ten gevolge van de werkdruk te kunnen voorkomen, kan de verdere professionalisering van arbeidsverhoudingen in de topsport mede een oplossing zijn. Bij duidelijke arbeidsverhoudingen (werkgever – werknemerrelatie) kan de Arboret een instrument zijn om de arbeidsomstandigheden te verbeteren.

Topsport kan anno 2001 vanwege de gezondheidsrisico's eigenlijk niet meer worden beoefend zonder de continue beschikbaarheid van sportmedische begeleiding, met oog op zowel de preventie als de curatie van sportgerelateerde aandoeningen. Essentieel is allereerst de beschikbaarheid van de sportfysiotherapeut en in sommige takken van sport ook de sportmasseur. Tijdens wedstrijden en evenementen is ook de aanwezigheid van een (sport)arts van belang voor een eerste diagnose bij het optreden van letsel. Verder wordt voor de sportmedische begeleiding in voorkomende gevallen gebruik gemaakt van specialisten, psychologen, diëtisten en andere (para-)medische of sportgerelateerde beroepen (bijv. de inspanningsfysioloog).

Gezondheidsvoorlichting

Het is belangrijk dat topsporters zich goed bewust zijn van de noodzaak om gezond te zijn en te blijven, zowel tijdens de actieve topsportcarrière als met oog op mogelijke consequenties ná de carrière. Het kabinet wil stimuleren dat voor topsporters, aanstormende talenten en hun trainers, coaches en begeleiders een voorlichtingstraject wordt ontwikkeld over «lijf en leden». Informatie betreft allereerst het bewegingsapparaat en het voorkomen van blessures, maar ook voeding, doping en andere onderwerpen die de gezondheid van topsporters kunnen beïnvloeden.

Curriculum

Een tweede mogelijkheid om de aandacht voor de gezondheid van topsporters te verbeteren is de introductie van sportgeneeskundige keuringen die kunnen worden geregistreerd in een gezondheidscurriculum of medisch dossier. Door middel van deze keuringen kan de gezondheidstoestand van de topsporters in relatie tot de prestaties worden gevolgd. Keuringen zijn ook belangrijk voor het op verantwoorde en gezonde wijze afbouwen van de topsportcarrière. Naast persoonsgegevens zouden in het curriculum gegevens kunnen worden opgenomen over gezondheidsparameters en persoonlijke waarden, de resultaten van keuringen en reguliere controles (inspanningstesten, bloedanalyse e.d.) en de dossiers van medische behandelingen bij blessures of ziektes. Het curriculum zou zich onder voorwaarden kunnen lenen voor de opname van de resultaten van dopingcontroles en de toetsing hiervan aan de persoonlijke waarden. Een experiment op dit gebied van de KNWU wordt reeds gefaciliteerd.

Het kabinet wil de ontwikkeling van gezondheidskeuringen en een curriculum voor topsporters ondersteunen. Daartoe zal echter eerst onderzoek moeten worden gedaan naar het draagvlak en de haalbaarheid van dit voornemen (in termen van beheer, beschikbaarheid, privacy, internationale afstemming en dergelijke).

¹ Huizing 2001.

In navolging van het gezondheidsbeleid van de internationale wielervederbond UCI is de KNWU in 2000 een pilot gestart met de gezondheidsmonitoring van professionele wielrenners. Iedere renner moet jaarlijks een uitgebreid medisch onderzoek ondergaan waarbij onder andere een bloedanalyse wordt gemaakt, een cardiologietest wordt uitgevoerd en een ogentest wordt gedaan. De parameters waaraan wordt getest zullen wetenschappelijk worden onderbouwd; eventueel worden deze na de eerste testresultaten aangepast.

Arbo-regelgeving

In de topsport bestaan op dit moment zeer veel verschillende soorten arbeidsverhoudingen. Er zijn duidelijke relaties tussen sporters als werknemers en hun werkgevers (betaalde voetbal); er zijn sporters die zelf optreden als werkgever (proftennis); er zijn sporters met meer dan één «arbeidsverhouding» (sportvereniging; sportbond; sponsor en dergelijke). Naar verwachting zullen door een toenemende professionalisering vaker duidelijke arbeidsverhoudingen ontstaan. In die gevallen (topsporters als werknemers) is de Arbowet van toepassing (Arbowet art. 1, de leden 1 en 2). Te beginnen met een goede risico-inventarisatie draagt de arbo-regelgeving bij aan de veiligheid en gezondheid van topsporters. Daarbij dient voldoende rekening te worden gehouden met het grensverleggende karakter van de (top)sport.

8.5.7. Onderzoek

Onderzoek is nodig om het beleid gericht op de *preventie* van blessures een stevig fundament te geven. De geconstateerde onderzoeksbehoefte in hoofdstuk 8 zal worden vergeleken met de aanbevelingen uit het advies op dit terrein van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (hoofdstuk 14). Aansluitend wordt daarbij een standpunt ingenomen.

- Allereerst is er meer inzicht nodig in de mogelijke gezondheidsschade die kan optreden ten gevolge van een te grote belasting door sport en bewegen (te groot in vergelijking met de belastbaarheid). Er is nader onderzoek nodig naar de negatieve effecten van (met name intensief) bewegen op de gezondheid. Daarbij gaat het niet alleen om de aandoeningen aan het bewegingsapparaat (acute en – vooral – de geleidelijk ontstane blessures), maar ook om andersoortige aandoeningen. Dit onderzoek levert uiteraard belangrijke aanwijzingen op voor de wijze waarop sport en beweging dienen te worden gestimuleerd.
- Ten tweede is het noodzakelijk meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van zowel preventieve als curatieve maatregelen in relatie tot blessures (en andere aandoeningen), naar productveiligheid en naar de effectiviteit van implementatiemethoden. Het gewenste beleidsresultaat (de reductie van de kans op en de gevolgen van blessures) staat of valt immers met de effectiviteit van deze maatregelen. Over het nut van een aantal preventieve maatregelen bestaat onder experts wel consensus, maar van vele maatregelen is de effectiviteit nog niet *bewezen*.
- Op het gebied van blessures wordt al vrij veel onderzoek gedaan naar trends en ontwikkelingen. Met oog op het ontstaan – en verdwijnen – van ragesporten is het belangrijk dat deze trends door middel van een continue monitor worden bijgehouden. Zodoende kunnen ook de meest actuele ontwikkelingen worden gerapporteerd. In aanvulling op het onderzoek naar sportblessures zal worden overwogen om ook de letsels ten gevolge van andere actieve vormen van beweging in kaart te brengen (recreatieve vormen van beweging, bewegingsprogramma's en dergelijke). Ook is het belangrijk trendonderzoek uit te

breiden naar kwetsbare doelgroepen zoals gehandicapten en chronisch zieken, waarvoor veiligheidsbeleid belangrijk is in de specifieke context van sport en beweging.

- Tenslotte is er behoefte aan (kwalitatief) onderzoek naar de oorzaken van blessures: determinanten met betrekking tot het (risico)gedrag van sporters (met name jongeren en ouderen), maar ook met betrekking tot de omgeving (spelregels en naleving daarvan; de deskundigheid van het kader; de veiligheid van de accommodatie) en de sport- en spelproducten. Rapportages over oorzaken van blessures missen nu nog deze diepgang.

9. CURATIE VAN SPORTGERELATEERDE AANDOENINGEN

9.1. Doelstellingen

De doelstelling met betrekking tot de curatie van sportgerelateerde aandoeningen kan als volgt worden geoperationaliseerd:

- de vermindering van de *ernst* en de *gevolgen* van blessures uitgedrukt in een afname van de medische kosten en de duur van het verzuim van arbeid, school en sport met 5% in 2005 en 10% in 2010.

Voor andere sportgerelateerde aandoeningen dan blessures kan op basis van de huidige stand van de wetenschap geen doelstelling worden geoperationaliseerd.

9.2. Trends en determinanten

Een beschrijving van soort, omvang, vindplaats (enzovoorts) van sportgerelateerde aandoeningen kan worden gevonden in paragraaf 8.2. In deze paragraaf wordt daarnaast nog kort ingegaan op de *gevolgen* van sportgerelateerde aandoeningen.

Voor *sportblessures* zijn de gevolgen aanzienlijk: zowel voor de volksgezondheid, de economie als de maatschappelijke participatie. De directe medische kosten van sportongevallen worden geschat op f 200 miljoen per jaar.¹ In 54% van de gevallen moet men noodgedwongen enige tijd stoppen met sporten. In 28% van de gevallen ziet men zich genooddaakt (tijdelijk) te stoppen met werk of school. De kans op belemmeringen in het dagelijks leven stijgt aanzienlijk met het vorderen van de leeftijd en zijn groter bij overbelasting dan bij acute blessures. Hoewel de noodzaak tot medische behandeling is gedaald, zijn de gevolgen voor dagelijkse activiteiten (school, huishouden, werk) ernstiger geworden.

Van andere sportgerelateerde aandoeningen dan blessures zijn de gevolgen (nog) niet in kaart gebracht.

9.3. Huidig beleid

De sportgezondheidszorg is in opkomst. Sportgezondheidszorg in de meest ruime zin betreft iedere vorm van preventieve en curatieve zorg voor sporters of aspirant-sporters: sportmedische advisering, sportkeuring, diagnosticering, behandeling, sportmedische begeleiding en sport in het kader van therapieën of revalidatietrajecten. In engere zin gaat het om het vinden van oplossingen voor lichamelijke en geestelijke problemen die kunnen ontstaan *door* sportbeoefening. Dit zal in deze nota worden aangemerkt als *sportgeneeskunde*.

Activiteiten van de Vereniging van Sportgeneeskunde (VSG), het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS), de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS) en het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS) die gericht zijn op de ontwikkeling van het wetenschapsdomein worden vanuit het sportbeleid van de rijksoverheid ondersteund. Deze activiteiten betreffen bijvoorbeeld de ontwikkeling van (multidisciplinaire) richtlijnen, opleidingen en kwaliteitszorg. Ook wordt gestimuleerd dat er door de sportsector en de sportgezondheidszorg samenwerking wordt gezocht met de curatieve gezondheidszorg, bijvoorbeeld met oog op de behandeling van sportblessures.

¹ Stichting Consument & Veiligheid 1998.

9.4. Strategie en voornemens

Om verbeteringen in de diagnose, behandeling en zorg voor geblesseerde sporters te bereiken, is het belangrijk om na te gaan welke *route* een geblesseerde sporter aflegt.¹

Het grootste gedeelte van de geblesseerde sporters wordt *niet* behandeld. Voor de geblesseerde sporters die zich wel laten behandelen, vormt het startpunt van de route de plaats waar de blessure ontstaat. Bijna 22% van de sportletsels wordt ter plekke behandeld, vooral door verzorgers en EHB(S)O-ers; de verzorging ter plekke volstaat in meer dan de helft van de gevallen. Is nabehandeling gewenst, dan vormt de huisarts de meest centrale ingang. Het grootste gedeelte de medisch behandelde sportblessures wordt door of via de huisarts behandeld (37%) of in het ziekenhuis, met name bij de SEH-afdeling (18%).

Preventie en curatie van blessures dienen niet langs twee gescheiden trajecten te worden ontwikkeld. Om preventie en curatie beter op elkaar te laten aansluiten, zal ook een betere kennisoverdracht moeten plaatsvinden van de sport naar de gezondheidszorg en vice versa. Recidive blessures, vormen van structurele overbelasting en onomkeerbare aandoeningen (waarbij zelfs beperkingen kunnen ontstaan) moeten ten ene male worden voorkomen.

Nadere analyse leert dat tweede en volgende blessures dikwijls hun oorsprong kennen in eerder letsel. Met name blessures die geleidelijk ontstaan, kennen in voorkomende gevallen hun oorsprong in eerder ontstaan letsel. Blessures die geleidelijk ontstaan hebben in de regel ernstiger gevolgen dan acute blessures.² Tijdens de curatie zal aandacht moeten uitgaan naar de preventie van volgende aandoeningen. Sporters die eenmaal een blessure aan den lijve hebben ondervonden, zijn voor informatie en advies bevattelijk en vormen – via de gezondheidszorg – een goed bereikbare doelgroep voor maatregelen van blessurepreventie.

Voor de *revaliderende* sporter is het opnieuw belangrijk dat er enige vorm van kennisoverdracht plaatsvindt tussen gezondheidszorg en sport. In lang niet alle gevallen kan de sporter meteen na de behandeling of rustperiode volop zijn of haar sport beoefenen. Vanuit de gezondheidszorg zal met oog op de sportbeoefening een expliciet advies moeten worden meegegeven, en liever nog worden de behandelmethoden en de controlemomenten zodanig aangepast dat de sporter na behandeling inderdaad weer in staat is tot sportbeoefening. Van het sporttechnisch kader kan een dergelijk inzicht in de gezondheidstoestand van de sporter niet worden verwacht, maar wel kan het kader zich ervan bewust zijn dat een sporter na blessurebehandeling in het algemeen nog enige tijd moet worden ontzien.

Invoering EHBSO

Voor de sporter die een blessure oploopt, is het belangrijk dat er in de sportsetting voldoende kennis aanwezig is – niet minder en niet meer dan dat – om te constateren of de blessure ernstig of minder ernstig is. Een verregaande medische kennis en kunde *in* de sportsector acht het kabinet niet wenselijk; de diagnose en behandeling van blessures dient te worden overgelaten aan de curatieve gezondheidszorg. Ook wil het kabinet noodzakelijk bezoek aan de SEH-afdelingen van ziekenhuizen (bij sport en recreatie veelal optredend in het weekend) ontmoedigen. Alleen acute, ernstige blessures komen hiervoor in aanmerking. In andere gevallen kan de diagnose wachten tot het spreekuur van de huisarts.

De optimalisering van de *signaleringsfunctie* ter plekke kan worden verbeterd door grootschalige invoering van EHBSO in de sportsector. Het kabinet wil dit bevorderen door middel van het stellen van randvoor-

¹ P. C. de Hertog e.a., Ongevallen in Nederland 1997/1998.

² Idem.

waarden aan het sportmedisch beleid (paragraaf 13.2), de verbetering van kaderopleidingen op dat punt (paragraaf 13.3) en het mogelijk voeren van grootschalige actiecampaignedie vergelijkbaar is met de invoering van de vereisten met betrekking tot de sociale hygiëne. Bij het laatste moet, gezien de omvang van de operatie en de hiermee gepaard gaande financiering, vooralsnog een voorbehoud worden gemaakt.

Sportmedische begeleiding

Sportmedische begeleiding lijkt op dit moment voorbehouden aan een selectie van topsporters in bepaalde takken van sport. Voor vele topsporters is deze sportmedische begeleiding beperkt, afgemeten naar de beschikbare capaciteit. Dit is mede het gevolg van de huidige systematiek van subsidiëring van het sportmedisch beleid (per tak van sport). De toegankelijkheid (de beschikbaarheid voor – alle – topsporters) en de kwaliteit van de sportmedische begeleiding zou aanzienlijk kunnen worden vergroot door clustering of wellicht zelfs centralisering van het aanbod van in de sportsector aangestelde sportartsen, sportfysiotherapeuten en dergelijke. Het kabinet stelt voor naar de mogelijkheden voor clustering nader onderzoek te doen.

Topsport-deskundige extramurale en intramurale zorg

Naast sportmedische begeleiding is gedurende het (trainings)jaar voor topsporters en talenten een toegankelijk, ter zake van de sport deskundig, regionaal aanbod nodig van extramurale en intramurale zorg (huisartsen, sportartsen, specialisten, sportfysiotherapeuten enzovoorts). Via de Olympische steunpunten wordt dit aanbod voor topsporters ontsloten. Op één of meer punten in het land zou daarnaast de mogelijkheid moeten worden geboden van zeer specialistische hulp voor topsporters (topsportgeneeskunde in «centres of excellence»). Deze specialistische hulp is vooral gewenst met oog op de behandeling van gecompliceerde sportblessures en het bespoedigen van het herstel. Ook naar de mogelijke inrichting van één of meer centres of excellence zal eerst een haalbaarheidsonderzoek worden uitgevoerd. De behoefte aan topsportgeneeskundige expertise zal worden gekoppeld aan de wens om het (toegepaste) onderzoek op sportmedisch gebied voor de *breedtesport* te intensiveren (zie hoofdstuk 14).

Verzekering van de zorg

Het extra- en intramurale aanbod van gezondheidszorg voor sporters valt onder het verstrekkingenpakket voor zover daarbij sprake is van behandelingen die worden aangeboden door de curatieve gezondheidszorg (huisartsen en via doorverwijzing ook specialisten, fysiotherapeuten waaronder ook sportfysiotherapeuten). De preventieve en curatieve zorg verleend door sportartsen (een sociaal geneeskundig specialisme) is door zorgverzekeraars al dan niet ondergebracht in het derde compartiment en in vrijwel alle gevallen beperkt tot de dienstverlening die via de SMA's worden geboden. Aangenomen mag worden dat (top)sporters in voorkomende gevallen een beroep doen op elders gezetelde sportartsen (SGA's, eigen praktijk). Het kabinet wil aan de sportsector en zorgverzekeraars de vraag voorleggen of er voor (top-)sporters een aanvullende verzekering kan worden ontwikkeld die ook de behandeling door een sportarts dekt.

Huisarts en sportarts

Onderscheidt de diagnose van een sportarts zich van een huisarts? Is er onderscheid tussen de behandeling van een sportfysiotherapeut en een fysiotherapeut? De antwoorden op deze vragen lijken evident; in de medische wereld wordt aan de meerwaarde van de sportgeneeskunde echter nog wel eens getwijfeld. Om een immer oploeiende discussie met feitelijke gegevens te kunnen staven wordt in het kader van het

Onderzoek, kennisontwikkeling en -uitwisseling

De wijze waarop sportblessures worden behandeld is bepalend voor de omvang en ernst van de gevolgen daarvan. Naar de effectiviteit van curatieve maatregelen (zorginterventies in de sportgezondheidszorg) moet nader onderzoek worden gedaan.

Er zal gestreefd worden naar een verbeterde sportgezondheidszorg op alle fronten door kennisvermeerdering over sportblessures in de eerstelijns zorg en door verbetering van de ketenzorg. Het ontwikkelen van multidisciplinaire, transmurale richtlijnen voor de diagnose en behandeling van blessures is daarbij een belangrijk hulpmiddel.

10. PREVENTIE EN REDUCTIE VAN DOPINGGEBRUIK

Het gebruik van doping kan risico's met zich meebrengen voor de gezondheid. Daarom wordt ook het beleid ter preventie van dopinggebruik in de sport in deze nota beschreven. Het anti-dopingbeleid in de topsport staat in de steigers. Meer aandacht is gewenst voor de mogelijke gezondheidsrisico's in de breedtesport. Naar de prevalentie van dopinggebruik in de georganiseerde breedtesport zal onderzoek moeten worden gedaan.

10.1. Doelstellingen

De doelstellingen voor het anti-dopingbeleid kan als volgt worden geoperationaliseerd:

- de reductie van de prevalentie van het dopinggebruik in de topsport en breedtesport.

De kleine schaal waarop dopinggebruik voorkomt in de topsport en het ontbreken van kennis over dopinggebruik in de breedtesport maken het niet mogelijk om deze doelstelling te kwantificeren.

10.2. Trends en determinanten

Totnogtoe is aangenomen dat dopinggebruik in de sport zich vooral manifesteert bij twee groepen. In de eerste plaats gaat het om gebruik van prestatiebevorderende middelen in de georganiseerde sport, naar men aanneemt met name in de top en de subtop; in de tweede plaats om spierversterkende middelen onder bezoekers van sportscholen en fitnesscentra.¹

Er zijn echter ook signalen die wijzen op dopinggebruik in de georganiseerde breedtesport.

Volgens opgave van topsporters zelf zou iets minder dan 3% ooit bewust doping hebben gebruikt; nog eens 3% zegt dit te overwegen.² Een indicatie over dopinggebruik bij Nederlandse topsporters kan verder worden ontleend aan de controles die in opdracht van de georganiseerde sport worden uitgevoerd door DoCoNed. In het Olympische jaar 2000 zijn 1750 controles uitgevoerd; dit heeft 23 positieve gevallen opgeleverd inclusief weigeringen om aan de controles deel te nemen (1,3%). Internationaal schommelt dit cijfer al jaren tussen 1 en 2,5%. Tijdens de Olympische Spelen van 2000 (Sydney), waar 3600 controles hebben plaatsgevonden, was het percentage lager: 0,5%.

Er is nog geen optimaal inzicht in het gebruik van dopinggeduide middelen in de breedtesport. In vergelijking tot het gebruik van andere stimulerende middelen lijkt dopinggebruik in de samenleving niet veelvuldig voor te komen. Toch moet de groep Nederlanders die «ooit» doping gebruikte (100 000 à 134 500) ook niet worden onderschat. Bovendien manifesteert het dopinggebruik zich als tamelijk hardnekkig, dat wil zeggen dat het aantal mensen dat volhardt in dopinggebruik groter is dan bijvoorbeeld de groep die volhardt in cocaïnegebruik.³ Eerder onderzoek onder de bezoekers van sportscholen en fitnesscentra wees uit dat ruim 6% van deze bezoekers dopinggeduide middelen gebruiken. Van de krachtssporters en bodybuilders betreft het zelfs 16%, oplopend tot 80% onder wedstrijd body builders. Van de laatste groep geeft 90% aan hinder te ondervinden van bijwerkingen.⁴ Over de *georganiseerde* breedtesport zijn op dit moment geen cijfers bekend.

10.3. Huidig beleid

Het huidige overheidsbeleid ontwikkelt zich langs drie lijnen:

¹ TK 1998–1999, 26 429, nr. 8. Onder dopinggeduide middelen in de sport wordt verstaan de middelen zoals aangegeven op de lijst van het Internationaal Olympisch Comité (IOC). Ten aanzien van deze lijst draagt de Nederlandse overheid overigens een genuanceerd standpunt uit.

² De Groot e.a. 1999.

³ Abraham e.a. 1999.

⁴ Vogels e.a. 1994.

- internationale afstemming en samenwerking;
- het bijdragen aan het tegengaan van dopinggebruik in topsport en (totnogtoe) in mindere mate aan de preventie van dopinggebruik in de ongeorganiseerde breedtesport;
- het bestrijden van de illegale handel.

Internationaal

Mede ingegeven door internationale kaders wordt het dopinggebruik in de Nederlandse topsport met kracht bestreden. Oneerlijke concurrentie én gezondheidsrisico's zijn hieraan ten grondslag liggende argumenten. In internationaal verband heeft Nederland zich verplicht tot de aanpak van doping door in 1995 de Europese Anti-Doping Conventie te ratificeren.¹ Voorts ondersteunt Nederland het WADA (World Anti Doping Agency), een door het IOC opgerichte organisatie ter bestrijding van doping. Momenteel wordt WADA omgevormd tot een publiekrechtelijk orgaan, gedragen door het IOC en de landen gezamenlijk. Vanaf 2002 zal WADA door IOC en de landen gezamenlijk worden gefinancierd. Ten slotte is Nederland lid van het IADA (International Anti Doping Arrangement), waarin negen landen streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteitsstandaard van de eigen anti-dopingprogramma's en in het bijzonder de procedures rond dopingcontroles. In het algemeen leeft internationaal de wens naar meer samenwerking, harmonisatie en uniformiteit.

De deelname aan de internationale kaders doet niets af aan de eigen bevoegdheden van de Nederlandse overheid. Dat komt onder andere tot uiting in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de Nederlandse overheid en de sportsector. De verantwoordelijkheid voor de bestrijding van doping ligt bij de sport zelf; de Nederlandse overheid heeft geen wetgeving terzake ontwikkeld. Wel acht het kabinet de aanpak van de (illegale) handel in doping de verantwoordelijkheid van de overheid. Dit heeft als consequentie dat dopinggebruikers (net als drugsgebruikers) niet, maar dopinghandelaren (net als drugshandelaren) wél strafbaar zijn in strafrechtelijke zin. Nederland draagt dit standpunt internationaal uit. Een tweede illustratie van de positie van Nederland in internationale kaders betreft de vraag wat onder doppinggeduide middelen moet worden verstaan. Volgens het Nederlandse standpunt moet het gaan om middelen die prestatiebevorderend én schadelijk voor de gezondheid zijn, in plaats van prestatiebevorderend óf schadelijk voor de gezondheid. Cannabis behoort dan bijvoorbeeld niet tot de lijst met doppinggeduide middelen omdat het de prestatie niet bevordert, cafeïne niet omdat dit de gezondheid niet schaadt.

Topsport

NOC*NSF heeft recent het voortouw genomen bij het ontwikkelen van een anti-dopingbeleid in de topsport, waarbij de deelname aan de zomerspelen in Athene (2004) het voorlopige einddoel is.² In het bijbehorende plan van aanpak is een lijst prioriteiten onderscheiden waaraan de georganiseerde sport met voorrang wil werken.

De Nederlandse overheid draagt aan het antidopingbeleid bij door aan de sport voorwaarden te stellen én door voorwaarden te scheppen. Voorwaardenstellend is de overheid in het subsidiebeleid van landelijke sportorganisaties. Voeren de sportbonden geen adequaat antidopingbeleid, dan kan de overheid besluiten tot het korten van de instellingssubsidie. Het antidopingbeleid van sportbonden dient in ieder geval te bestaan uit het houden van een anti-dopingreglement, voorlichting en controles. Uitgezonderd zijn de sportorganisaties die geen wedstrijden organiseren, zoals de Nederlandse Toerfietsunie.³

¹ Raad van Europa 1989.

² NOC*NSF 2001 (in voorbereiding).

³ TK 1998–1999, 26 429, nr. 8.

Voorwaardenscheppend is de rol van de Nederlandse overheid door het mede faciliteren van de ondersteuningsfuncties van NeCeDo en DoCoNed. Het NeCeDo (Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken) levert de landelijke sportbonden ondersteuning bij het opstellen van een reglement en het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten voor topsporters en intermediaire doelgroepen. De onafhankelijke dopingcontrole-organisatie DoCoNed (Doping Controle Nederland) voert de controles in de topsport uit volgens een vooraf overeengekomen en door NOC*NSF vastgestelde verdeelsleutel. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillen in dopinggevoeligheid. De sanctionering van positieve gevallen is een verantwoordelijkheid van de betreffende sportbonden.¹ Recent is door NOC*NSF een auditcommissie opgericht om de naleving van de dopingreglementen van bonden te toetsen en hierover te rapporteren.

Het voorwaardenstellend en -scheppend beleid lijkt succesvol. Inmiddels beschikken alle hiertoe verplichte bonden over een dopingreglement, noemt het merendeel van de topsporters zich goed geïnformeerd,² en heeft DoCoNed in het jaar 2000 met instemming van de bonden en vrijwel alle atleten ruim 1750 controles uitgevoerd.

Breedtesport

Om het dopinggebruik onder bezoekers van sportscholen en fitnesscentra te voorkomen en tegen te gaan, is reeds een aantal activiteiten ontplooid. Het meerjarige project *Lijf, Sport en Middelen (LSM)* richt zich op voorlichting aan sporters, maar ook aan fitnessondernemers, sportschoolhouders en instructeurs.³ Een internetsite, een informatielijn, free publicity, publicaties, gastcolleges voor CIO's (keuzevak fitness) maar ook de gerichte benadering van sportartsen en huisartsen maken deel uit van dit project. De informatie betreft enerzijds de risico's van het gebruik van doping, maar levert anderzijds ook alternatieven om op een gezonde manier prestaties te leveren.⁴ In de loop van de tijd is het project LSM aangepast aan de positieve en de negatieve ervaringen. Na een aanvankelijk succesvolle regionale pilot in Eemland is de landelijke implementatie van soortgelijke initiatieven bijvoorbeeld achtergebleven bij de verwachtingen; dit heeft geresulteerd in het ontwikkelen van een nieuwe aanpak.

Daarnaast wordt ook door de branche zelf de nodige aandacht besteed aan de bestrijding van doping. In de Landelijke Erkenningregeling Fitnesscentra (LERF) worden door branche-organisatie Fit!Vak eisen gesteld, onder andere op het gebied van doping. Leden van Fit!Vak ondertekenen een anti-dopingconvenant. De naleving van de eisen worden periodiek getoetst door een onafhankelijke organisatie.

Over dopinggebruik in de *georganiseerde* breedtesport is nog dusdanig weinig bekend, dat hiervoor tot op heden ook nog geen beleid is ontwikkeld.

Illegale handel

De bestrijding van de illegale productie van en handel in dopinggeduide middelen wordt gerekend tot de verantwoordelijkheid van de overheid. Op 22 februari 2001 is het voorstel tot wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) en de Wet op de economische delicten (WED) behandeld in de Tweede Kamer.⁵ Deze wetswijziging heeft als oogmerk illegale productie en handel van geneesmiddelen effectiever tegen te gaan en maakt daarmee tevens een effectievere bestrijding van de illegale handel in en productie van dopinggeduide middelen mogelijk. Er zijn sterke aanwijzingen dat de illegale productie van en handel in dopinggeduide middelen toenemen.⁶ Volgens een schatting van NeCeDo is met de handel in dopinggeduide middelen thans jaarlijks meer dan f 150 tot 200 miljoen gemoeid.

¹ Idem.

² De Groot e.a. 1999.

³ Een samenwerkingsproject van NeCeDo, NOC*NSF en TNO-PG.

⁴ Dit weerspiegelt zich bijvoorbeeld in de titels van de *Lijf, Sport en Middelen* Boekenreeks: Basic Nutrition, De voedingsbasis; Drug Info, Harde feiten over doping; Slim Fit, Gezond slank zonder dieet; Work Out, Groot worden – clean blijven.

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 27 261, nrs. 1–3.

⁶ NeCeDo 1998.

De wetswijziging heeft tot gevolg dat het beschikbaar stellen of verhandelen van geneesmiddelen zonder de wettelijk voorgeschreven tussenkomst van een doktersrecept of apotheker flink wordt verhoogd (van maximaal 6 maanden hechtenis of f 10 000,- boete naar 6 jaar hechtenis of f 100 000,- boete). Bovendien worden de opsporingsbevoegdheden van inspectie, politie, Openbaar Ministerie en andere toezichthoudende diensten uitgebreid.

10.4. Strategie en voornemens

Behalve vanuit het sportethische beginsel van *fair play* ligt het in de rede doping te beschouwen vanuit gezondheidsperspectief: dopinggebruik kan onder meer leiden tot stoornissen van de leverfunctie, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en gedragsstoornissen (toegenomen agressie). Redenerend vanuit dit gezondheidsperspectief moet er in het anti-dopingbeleid meer aandacht komen voor de preventie van dopinggebruik in de breedtesport. De gezondheidsrisico's worden voor de breedtesport hoger ingeschat. In vergelijking met de topsport gaat het in de breedtesport om een veel grotere groep gebruikers. Bovendien ontbreekt het in de breedtesport aan sportmedische begeleiding. Gezondheidsschade zal daardoor minder snel worden gesignaleerd. Tenslotte is uit controles van de IGZ gebleken dat het merendeel van de dopinggeduide middelen die opduiken in de breedtesport is vervalst. Gebruikers hebben derhalve zelf niet altijd controle op het gebruik.

10.4.1. Breedtesport

Hoewel het dopingreglement onverkort geldt voor de topsport én de georganiseerde breedtesport, is het niet haalbaar of wenselijk om dopinggebruik in de georganiseerde breedtesport op dezelfde wijze aan te pakken als in de topsport (namelijk als een overtreding van de sportregels). Wel zal er aandacht moeten zijn voor een vloeiende overgang van de toplaag van de breedtesport (talenten) naar de topsport.

Onderzoek georganiseerde breedtesport

Het dopinggebruik in de georganiseerde breedtesport zal nader worden onderzocht. Met oog op de kwantitatieve gegevensverzameling kan onder meer worden aangesloten bij landelijke surveys en monitorinstrumenten. Kwalitatief onderzoek in de breedtesport zal in voorbereiding worden genomen. Op basis van de verworven inzichten kan aanvullend beleid worden geformuleerd. In het algemeen zal het anti-dopingbeleid voor de breedtesport gericht zijn op *preventie* van dopinggebruik. Daarnaast kan het beleid worden gericht op *harm reduction* ofwel het tegengaan van de schadelijke effecten van dopinggebruik op de gezondheid en op sociaal terrein (bijvoorbeeld geweld en overlast ten gevolge van agressie).

Monitoring Systeem

Het kabinet zal zich beraden op nut en noodzaak van een aanpak voor veel voorkomende dopinggeduide (spierversterkende) middelen die zich laat vergelijken met DIMS, het Drugs Informatie en Monitoring Systeem. DIMS is een monitor waarbij gebruikers van XTC en andere recreatieve drugs hun drugs kunnen laten onderzoeken aan de hand van een database en/of laboratoriumonderzoek. Voor de overheid heeft dit als bijkomend voordeel dat meer inzicht in de «markt» ontstaat en dat kan worden ingegrepen als zich extra gevaarlijke stoffen op de markt bevinden.

Lijf, Sport en Middelen en Het Gezonde Fitnesscentrum

Het hardnekkige gebruik van spierversterkende middelen in bepaalde sportcircuits vraagt om aandacht. Het inzicht in de kwantiteit en kwaliteit van dopinggebruik dient te worden verbeterd.

De activiteiten in het kader van het project Lijf, Sport en Middelen voor de bezoekers van sportscholen en fitnesscentra zullen worden gecontinueerd. In aanvulling op de huidige activiteiten – meest op het gebied van informatieverstrekking; uit onderzoek blijkt dat dergelijke activiteiten structureel bijdragen aan de kennisvermeerdering bij de doelgroep¹ – worden initiatieven ontplooid die zich richten op een daadwerkelijke attitude- en gedragsverandering bij de einddoelgroep. Onder de noemer *Het Gezonde Fitnesscentrum* is NeCeDo een project gestart om in samenwerking met intermediairs en eindgebruikers een pakket maatregelen te ontwikkelen ter preventie van dopinggebruik. Bij de opzet van dit project is veel geleerd van de eerdere pogingen om activiteiten op regionaal en lokaal niveau te implementeren. Afhankelijk van de resultaten wordt het project daarna vervolgd door effectiviteitsstudies of door (landelijke) implementatie.

Inschakeling van de zorg

Daarnaast wordt getracht de gezondheidszorg actief bij de preventie van dopinggebruik te betrekken (huisartsen, GGD-en). Uit onderzoek is gebleken dat (op jaarbasis) één op de vijf artsen te maken heeft met dopinggebruik. De kennis van huisartsen over doping is gering.² Met oog op het gebruik van anabolen is door NeCeDo een richtlijn ontwikkeld voor de wijze waarop de gezondheidszorg hiermee kan omgaan. Voor de dopinggebruikers die daadwerkelijk verslaafd raken aan dopingmiddelen zal worden bezien of het huidige aanbod van de verslavingszorg afdoende is.

ATLAS

Met oog op de preventie van het gebruik van anabole steroïden bij middelbare scholieren is in de Verenigde Staten een programma ontwikkeld onder de titel ATLAS (Adolescent Training and Learning to Avoid Steroids). Door middel van groeps- en praktijklessen wordt in dit programma niet alleen kennis overgedragen, maar worden ook sociale vaardigheden aangeleerd (leren om «nee» te zeggen) én worden alternatieven geboden voor de beoogde spierversterking (krachttraining door het gebruik van toestellen, voorlichting over voeding). De effecten van ATLAS zijn aangetoond door middel van een omvangrijke studie onder American Football teams op scholen (verhoogd risico). Positieve effecten zijn gevonden op het gebied van de kennis, attitude en sociale vaardigheden van de doelgroep, maar een effect op (verminderd) gebruik is niet aangetoond.

De Gezonde School

Voorts zal worden bezien of aansluiting kan worden gezocht bij het succesvolle project «De gezonde school en genotmiddelen». Door middel van dit project krijgen leerlingen op school gefaseerd informatie over diverse genotmiddelen (alcohol, tabak en drugs). De fasering van de informatie houdt gelijke tred met de belangstelling van jongeren voor deze genotmiddelen. Doping zou een onderwerp kunnen zijn voor de bovenbouw van het voortgezet onderwijs. Mogelijk zal bij dit project worden aangesloten.

10.4.2. Illegale handel

Het beleid gericht op het aanpakken van de illegale (productie en) handel van dopinggeduide middelen wordt geïntensiveerd. Op basis van het voorstel tot wijziging van de WOG en WED zal opsporing en vervolging van de illegale handel effectiever kunnen worden opgepakt. Om dit te realiseren, zal door het Ministerie van Justitie, de Inspectie Gezondheidszorg en het Openbaar Ministerie een plan van aanpak worden opgesteld ter intensivering van de vervolging en opsporing. Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn twee adjunct-inspecteurs

¹ Vogels 1999.

² Hartgens 1998.

aangesteld om de vervolging van de illegale handel in dopinggeduide middelen te bespoedigen.

In aanvulling op het behandelde voorstel tot wijziging van de WOG en WED zal door de minister van LNV een voorstel tot wijziging van de Gezondheids- en Welzijnswet voor dieren worden ingediend. Dit maakt het mogelijk op vergelijkbare wijze de illegale handel in diergeneesmiddelen aan te pakken.

10.4.3. Topsport

Doping kan serieuze gevolgen hebben voor de gezondheid van individuele sporters, maar ook voor de competitie tussen sporters en het imago van de sport en het betreffende land. Een slechte reputatie van het nationale beleid heeft zonder meer nadelige consequenties voor de deelname van Nederlandse topsporters in internationaal verband. Indirect kan dopinggebruik ertoe leiden dat de actieve en passieve belangstelling voor sport en bewegen afneemt (voorbeeldfunctie van topsporters). Mede daarom wil de Nederlandse overheid het antidopingbeleid in de topsport continueren.

Het is plausibel om aan te nemen dat topsporters gevoelig zijn voor het gebruik van doping in het streven naar steeds betere prestaties. Naar alle waarschijnlijkheid zijn topsporters die net tegen de top aanzitten (talenten) of net over het hoogtepunt van hun sportieve carrière heen raken extra gevoelig voor dopinggebruik, evenals zieke sporters en sporters die geveld zijn door overbelasting of blessures (medicijngebruik, bevorderen van het herstel). Talenten zijn een extra belangrijke groep uit oogpunt van preventie. De gedragsdeterminanten bij topsporters zijn echter nog niet onderzocht. Dit zou kunnen worden ondergebracht in de vierjaarlijkse enquête onder topsporters van het NeCeDo (zie ook paragraaf 10.4.5).

Het voorwaardenstellend en -scheppend beleid voor landelijke sportorganisaties is succesvol, zeker voor wat betreft het houden van een dopingreglement en de uitvoering van controles.¹ Controles hebben een preventief doel doordat dopinggebruik leidt tot een bepaalde «pakkans». Daarnaast hebben dopingcontroles ook een «vrijwaringsfunctie». Onder invloed van toenemende belangen lijkt er langzamerhand een tendens waarneembaar van omgekeerde bewijslast: de beste prestaties zijn welhaast bij voorbaat verdacht. Ook buiten de kaders van officiële procedures worden topsporters min of meer gedwongen om aan te tonen dat ze *niet* gebruiken. Waarschijnlijk is mede hierdoor het aantal controles spectaculair gegroeid en is ook het merendeel van de topsporters voorstander van een strenger dopingbeleid.² Daarentegen is het percentage positieve gevallen niet gestegen. Het kabinet is daarom van mening dat er voorlopig geen aanleiding is om het huidige aantal controles (2500) substantieel te intensiveren. Wel zal het kabinet nut en noodzaak van zogenaamde targetcontroles nader beschouwen. In de topsport kunnen zich omstandigheden voordoen waarbij gerichte dopingcontroles zinvol zijn. Ook zal worden onderzocht onder welke voorwaarden bloedonderzoek als (onderdeel) van de dopingcontrole kan plaatsvinden. In het algemeen zal er oog moeten zijn voor nieuwe vormen van dopinggebruik (nieuwe stoffen, methoden en technologieën, zoals gen-modificatie) die kunnen leiden tot nieuwe opsporingsmethoden.

Een aparte positie nemen de denksportbonden in. Op basis van onderzoek en advies van NeCeDo zullen de denksportbonden met ingang van 1 januari 2002 ook een eigen anti-dopingbeleid moeten voeren. Dit zal zijn weerslag krijgen in de subsidiesystematiek van VWS. In vergelijking tot andere bonden (fysieke sport) zullen zij wel een bijzondere positie

¹ Anno 2001 voert circa 90% van de landelijke sportorganisaties een adequaat anti-dopingbeleid. Aan zes sportbonden zijn (voorwaardelijke) kortingen opgelegd.

² De Groot e.a. 1999.

innemen. Zo zal de lijst van stoffen waarop wordt gecontroleerd beperkt zijn. Met de denksportbonden en NOC*NSF is tevens afgesproken dat in internationaal verband aandacht zal worden gevraagd voor deze benadering.

Vanuit de sportwereld wordt gesignaleerd dat de afhandeling (sanctionering) van positieve gevallen te wensen over laat. Maatregelen van de sportsector om hierin verbetering aan te brengen (zoals de recente instelling van een auditcommissie) worden toegejuicht, echter de verantwoordelijkheid daarvoor is er één voor de sportsector zelf. Ook met betrekking tot andere aspecten (zoals procedures rond dopingcontroles) is het belang van harmonisatie groot, maar zal dit in eerste instantie door de sportsector zelf moeten worden opgepakt.

In aanvulling op de reguliere energie-inname (voeding) maken (top-) sporters gebruik van voedingssupplementen en vitaminepreparaten. Ook worden bij ziekte en in herstelperiodes (alternatieve) medicijnen gebruikt. Afgezien van de vraag of deze middelen effectief werken of misschien zelfs schadelijk zijn voor de gezondheid, is het voor topsporters niet altijd duidelijk in welke gevallen (mogelijk) sprake is van dopinggeduide middelen. Hierover zal meer kennis moeten worden gegenereerd én overgedragen. Conform de toezegging aan de Tweede Kamer zal het onderzoek naar voedingssupplementen evenals de haalbaarheid van een keurmerk in voorbereiding worden genomen. Echter, ook andere opties zullen onder de loep worden genomen, mede gelet op de grootte van de doelgroep en de noodzaak tot voortdurende actualisering van deze informatie.

Mede in relatie tot (mogelijk) dopinggebruik kan ook een structurele wijze van de monitoring van de gezondheid van topsporters van belang zijn. Momenteel ondersteunt de rijksoverheid een pilot-project van de KNWU betreffende de periodieke gezondheidscontroles van een aantal wielrenners. Op basis van de uitkomsten van dit project wordt een haalbaarheidsonderzoek naar de ontwikkeling en invoering van een curriculum overwogen (zie eerder paragraaf 8.5.6).

10.4.4. Internationaal

In internationaal verband wil Nederland het eigen, genuanceerde standpunt ten aanzien van dopinggebruik handhaven en uitdragen: van dopinggeduide middelen moet pas worden gesproken als het én de prestatie bevordert én gezondheidsrisico's veroorzaakt. Daarnaast blijft Nederland zich inzetten voor internationale afstemming en samenwerking (Raad van Europa, IADA en WADA). Daarbij is vooral de ontwikkeling van WADA van groot belang. Met ingang van 1 januari 2002 is WADA een samenwerkingsverband tussen IOC en nationale overheden. Vanaf die datum zal de Nederlandse overheid structureel bijdragen aan WADA. WADA wil een stimulerende en coördinerende rol gaan vervullen in het internationale anti-dopingbeleid. Een belangrijk onderdeel daarvan is het streven naar harmonisatie, met name van dopingcontroles, procedures en sancties. De Nederlandse overheid zal zich inspannen om zoveel mogelijk evenwicht te realiseren in de activiteiten van WADA gericht op controles en de activiteiten gericht op preventie (educatie en voorlichting). Vanaf 2002 zal de Nederlandse overheid bijdragen aan de financiering van WADA.

10.4.5. Onderzoek

Ter onderbouwing en actualisering van het antidopingbeleid in de topsport en – vooral – de breedtesport is er behoefte aan het doen van nader onderzoek. In het advies van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek wordt op het thema doping nauwelijks ingegaan (zie hoofdstuk

14). Niettemin bestaat er ook behoefte aan onderzoek op het gebied van doping.

- Er is allereerst behoefte aan onderzoek naar dopinggebruik in de georganiseerde breedtesport¹: naar de prevalentie van dopinggebruik, naar de motieven van gebruikers, naar de handel in doping, naar de rol van de (medische) begeleiding, naar het soort middelen, de beschikbaarheid en de kwaliteit daarvan, naar de mogelijk optredende gezondheidsschade, enzovoorts. Enige waakzaamheid bij het uitvoeren van dit onderzoek is geboden. Aan het onderzoek dienen plausibele hypothesen ten grondslag te liggen over bijvoorbeeld de dopinggevoeligheid van de sport. Recreatieve vormen van sportbeoefening lijken dan welhaast uitgesloten, evenals sporten waarin aspecten van fitheid (kracht, uithoudingsvermogen, coördinatie en lenigheid) geen rol spelen. Mogelijk kunnen, net als bij het beleid inzake blessurepreventie, een aantal risicosporten worden onderscheiden waar het onderzoek zich op kan richten.
- Er is behoefte aan onderzoek naar gedragsdeterminanten van topsporters en talenten bij dopinggebruik. Bezien zal worden op welke wijze dit een plek kan krijgen in de vierjaarlijkse enquête van het NeCeDo.
- In internationaal verband is er behoefte aan meer kennis over de effecten van dopinggeduide middelen op de prestatie en de gezondheid, naar trends in dopinggebruik en gerelateerde middelen (medicijnen, voedingssupplementen²), naar nieuwe vormen van doping, nieuwe technologieën (lichaamsmateriaal), nieuwe vormen van distributie (internet) en de consequenties hiervan voor het beleid in het algemeen en de opsporingsmethoden (waaronder bloedonderzoek en targetcontroles) in het bijzonder.
- Er is behoefte aan onderzoek naar de effectiviteit van maatregelen om dopinggebruik in de topsport en breedtesport tegen te gaan. Onderzoek naar beleidsinterventies in de ongeorganiseerde breedtesport hebben daarbij prioriteit.
- Er is behoefte aan monitoring van trends. In het onderzoek naar de prevalentie van het gebruik van middelen (alcohol, tabak, drugs e.a.; Nationaal Prevalentie Onderzoek) is doping reeds opgenomen.

¹ Tijdens de behandeling van de wetswijziging WOG/WED d.d. 22 februari 2001 is dit onderzoek toegezegd.

² Idem.

DEEL IV, DE VERSTERKING VAN DE INFRASTRUCTUUR

In dit deel wordt de infrastructuur beschreven die van belang is voor de uitvoering van het gewenste beleid. Tot deze infrastructuur behoren de overheden (hoofdstuk 11), de gezondheidszorg in al zijn facetten (hoofdstuk 12), de sportsector (hoofdstuk 13) en ook de wetenschap (hoofdstuk 14). Om het beschreven beleid te kunnen realiseren bepleit het kabinet om deze infrastructuur op onderdelen te versterken.

11. OVERHEDEN

Gemeenten

Gemeenten spelen een sleutelrol in de realisering op lokaal niveau van het beleid dat gericht is op de vergroting van de gezondheidswinst door sport en bewegen. In het kader van de volksgezondheid heeft de gemeente expliciete taken op het gebied van preventie. Dit kan zowel in relatie worden gebracht met de preventieve werking van sport en beweging (bevorderen actieve leefstijl; bestrijding van inactiviteit) als met de vergroting van de veiligheid bij sport en beweging. Daarnaast voeren gemeenten lokaal sportbeleid, dat sinds 1999 wordt gestimuleerd door middel van de zogenaamde breedtesportimpuls, mede in relatie tot lokaal sociaal beleid, jeugdbeleid, gehandicaptenbeleid, ouderenbeleid, enzovoorts. Tenslotte heeft de gemeente regie- en uitvoeringstaken op vrijwel alle genoemde beleidsterreinen van het facetbeleid (wonen, ruimtelijke ordening, verkeer, recreatie, groen, onderwijs, enzovoorts; zie paragraaf 5.5.4). De provincies spelen op deze terreinen een sturende of ondersteunende rol en stimuleren de intergemeentelijke samenwerking.

Provincies

Taken van provincies die in het licht van deze nota relevant zijn, betreffen met name de ondersteuning van de lokale breedtesportimpuls, de ondersteuning van het lokale welzijnsbeleid, de gehandicaptensport en de uitvoering van taken betreffende het facetbeleid (waaronder ruimtelijke ordening en verkeer). Bij de uitvoering van de breedtesportimpuls in de provincie Groningen speelt de provincie een zeer actieve bemiddelende rol. Naar dit voorbeeld overweegt het kabinet een (in omvang bescheiden) provinciale stimuleringsregeling te ontwerpen. Naar analogie van de gehandicaptensport zal worden onderzocht welke ondersteunende rol de provincies kunnen uitvoeren bij de ontwikkeling en implementatie van een sport- en bewegingsaanbod voor chronisch zieken.

Aanscherping Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Het voornemen is om via een aanscherping van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) gemeenten op te dragen om (uiterlijk) vanaf 2003 iedere vier jaar een nota vast te stellen over het te voeren lokale gezondheidsbeleid. Daarbij betrekken gemeenten kennis van de GGD uit de regio. Zich baserend op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) stelt het kabinet eveneens periodiek een nota op met landelijke prioriteiten. Er wordt uitgegaan van een zogenaamd groeimodel, waarbij het landelijk beleidskader mede gevoed zal worden door lokale gezondheidsplannen en omgekeerd. In het algemeen is het streven in het gezondheidsbeleid erop gericht het aantal *ongezonde* levensjaren terug te dringen en vermijdbare (sociaal-economische) gezondheidsverschillen te voorkomen.

Bij Algemene Maatregel van Bestuur behorende bij de WCPV zal na behandeling van de wetswijziging in het parlement nadere invulling worden gegeven aan de gemeentelijke taken op het gebied van de collectieve preventie. Deze taken betreffen de gezondheidsbevordering en -bescherming, infectieziekten, medische milieukunde, jeugdgezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg en hygiëne. Aanknopingspunten voor het bewerkstelligen van gezondheids- en veiligheidseffecten door en bij sport en bewegen kunnen met name worden gevonden in de taken op het gebied van gezondheidsbevordering en bescherming en de jeugdgezondheidszorg. Het kabinet wil bevorderen dat dit zijn weerslag krijgt in de lokale gezondheidsplannen.

Jeugdgezondheidszorg

Momenteel is een proces in gang gezet ter modernisering van de jeugd-

gezondheidszorg, onderdeel van de openbare gezondheidszorg. In de gemeentelijke gezondheidsnota's zal aan de jeugdgezondheidszorg aandacht worden besteed, maar ook zijn gemeenten op deze manier in staat gestalte te geven aan integraal lokaal jeugdbeleid. Uitvoerende instanties van de jeugdgezondheidszorg zijn de GGD-en en de consultatiebureaus (thuiszorg). In de WCPV wordt een basistakenpakket jeugdgezondheidszorg verankerd met een uniform deel en een deel maatwerk. Met uitzondering van de vaccinatie- en screeningprogramma's zal het basistakenpakket niet langer worden gefinancierd via de AWBZ. Het uniforme deel wordt voorlopig gefinancierd via een specifieke regeling; het deel maatwerk blijft gefinancierd via het Gemeentefonds.

In de jeugdgezondheidszorg is zowel aandacht voor de sociale, cognitieve, psychische als fysieke ontwikkeling van kinderen. Aandacht voor sport en beweging in de jeugdgezondheidszorg is relevant, bijvoorbeeld in het geval van een achterblijvende motorische ontwikkeling of het zich voordoen van risico-indicatoren (zoals overgewicht), chronische aandoeningen of beperkingen. In dat geval is actieve doorverwijzing en begeleiding vanuit de jeugdgezondheidszorg gewenst. In het kader van de ontwikkeling van het integrale jeugdbeleid zullen gemeenten zorg moeten dragen voor het opvangen van de vraag naar specifieke vormen van sport en beweging (gezondheids-georiënteerd, toegesneden op een doelgroep die sport en beweging niet altijd bij uitstek «leuk» zal vinden), bijvoorbeeld door hiervoor een aantal sportverenigingen binnen de gemeenten toe te rusten of een adequaat aanbod binnen de naschoolse opvang te creëren.

Ondersteuning Openbare Gezondheidszorg

De uitvoering van de WCPV wordt ondersteund door het afsluiten van een Nationaal Contract voor de openbare gezondheidszorg dat op 22 februari 2001 is ondertekend, het uitvoeren van monitoring en toezicht en het instellen van een Stimuleringsfonds openbare gezondheidszorg. In 2000 is eenmalig f 50 miljoen in het fonds gestort.¹ Het Stimuleringsfonds heeft als doel innovatie mogelijk te maken op het gebied van de gezondheidsbevordering en -bescherming, onder andere door het tijdelijk ondersteunen van de beleidsvoering op lokaal niveau. Innovatieve maatregelen kunnen ook de bewegingsbevordering betreffen of de vergroting van de veiligheid.

Handvatten voor gemeenten

Het kabinet wil intersectorale samenwerking op lokaal niveau stimuleren. Een dergelijke stimulans gaat al nadrukkelijk uit van de breedtesportimpuls. Maar ook de openbare gezondheidszorg kan zich door intersectorale samenwerking versterken.

Over het algemeen zal er in het lokale gezondheidsbeleid en de openbare gezondheidszorg nog veel behoefte zijn aan kennis over het onderwerp beweging, bewegingsarmoede en inactiviteit, veiligheid en andere onderwerpen uit deze nota. Het kabinet wil de gemeenten, GGD-en en provincies op dit punt versterken door concrete handvatten aan te reiken, onder meer door de ontwikkeling van een database met «good practices» en de ontwikkeling van een «bewegingsmonitor». Het voornemen is op landelijk niveau een bewegingsmonitor te ontwikkelen die op lokaal niveau kan worden toegepast. Mogelijk zal deze bewegingsmonitor onderdeel uitmaken van een gezondheidsmonitor. De bewegingsmonitor kan door een individuele gemeente of regio worden toegepast, maar ook kan bij een selectie van gemeenten een vorm van bench marking worden uitgevoerd.

¹ Ter vergelijking: volgens cijfers van CBS gaven gemeenten in 1998 zelf f 455,5 miljoen uit aan de GGD-en.

12. GEZONDHEIDSZORG

12.1. Algemeen

De gezondheidszorg kan een belangrijke rol spelen bij enerzijds het stimuleren van beweging, zodanig dat dit een gunstig effect oplevert voor de volksgezondheid, en anderzijds het verminderen en opvangen van de gezondheidsrisico's die gepaard kunnen gaan met sport en bewegen.

Lichamelijke inactiviteit (bewegingsarmoede) is een risicofactor die – na roken – het meest bijdraagt aan de morbiditeit en mortaliteit in Nederland. Andersom gesteld: beweging is een van de belangrijkste factoren van een gezonde leefstijl. Een meerderheid van de bevolking komt niet toe aan voldoende bewegen en ca. 12% is zelfs volledig inactief. In het algemeen, maar zeker bij het optreden van bepaalde risicofactoren (zoals overgewicht, verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte, verlaagde glucosetolerantie) of een bepaald ziektebeeld (lage rugklachten, psychische klachten, hart- en vaatziekten, enzovoorts), zal de gezondheidszorg (meer) alert moeten zijn op een voldoende mate van bewegen door de patiënt.

Daarnaast vormen sportblessures een voor de gezondheidszorg niet te onderschatten probleem (2,5 miljoen blessures op jaarbasis, waarvan 1,3 miljoen medisch worden behandeld). Dit vraagt om aandacht voor preventie én behandeling van blessures. In de preventie van blessures kan de gezondheidszorg zeker een rol spelen: enerzijds door in de bewegingsadviezen rekening te houden met *verantwoord* bewegen (afgestemd op de situatie van de patiënt, denk bijvoorbeeld aan specifieke bewegingsadviezen voor ouderen) en anderzijds door voorlichting en advies te geven in het kader van blessurepreventie. Patiënten die voor sportblessures worden behandeld en al in aanraking zijn gekomen met de gezondheidszorg, vormen een doelgroep bij uitstek.

Ten behoeve van deze nota wordt een aantal categorieën van gezondheidszorg onderscheiden:

- openbare gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg;
- arbozorg;
- huisartsen en specialisten;
- sportgezondheidszorg.

12.2. Openbare gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg

De openbare gezondheidszorg heeft belangrijke taken op het gebied van preventie en monitoring. In het verlengde van het gemeentelijke beleid worden deze taken de komende jaren geïntensiveerd en gedeeltelijk gestandaardiseerd. Op lokaal niveau worden de taken met name uitgevoerd door gemeenten in samenwerking met hun GGD-en. De openbare gezondheidszorg benadert de lokale bevolking niet rechtstreeks, maar werkt meest via intermediaire organisaties. In de jeugdgezondheidszorg is wel voorzien in een aantal contactmomenten.

Uitgaande van de (potentiële) gezondheidswinst van sport en beweging zal de komende tijd vooral moeten worden geïnvesteerd in het agenderen van dit thema op lokaal niveau en het integreren ervan in de diverse bestaande taken en activiteiten. Voornemens daartoe betreffen:

- het in de onderzoeksprogrammering opnemen van effectiviteitsstudies naar interventies van de openbare gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg, mogelijk in de vorm van (lokale) pilots (zie hoofdstuk 14);
- het ontwerpen en introduceren van een bewegingsmonitor. Een dergelijke

- lijke monitor kan door de regionale GGD worden uitgevoerd (zie hoofdstuk 11);
- het ontwikkelen van een kennis-databank met «good» (en «bad») «practices» op het gebied van de openbare gezondheidszorg (zie hoofdstuk 11);
- het inventariseren van noodzaak en mogelijkheden voor een bijscholingsaanbod over sport, bewegen en gezondheid in het kader van de opleiding «Maatschappij en Gezondheid», en zo nodig het ondersteunen van de ontwikkeling van een dergelijk aanbod;
- het – in samenspraak met de beroepsgroep – stimuleren van de ontwikkeling van standaarden voor jeugdartsen, zodat deze in staat worden gesteld gezondheidsindicatoren in relatie tot beweging te onderzoeken en hierover adequaat te adviseren (overgewicht, achterblijvende motorische ontwikkeling, fysieke of geestelijke beperkingen en handicaps). Voorwaarde daarbij is uiteraard wel dat er op lokaal niveau tevens aanbod beschikbaar is waarnaar jeugdartsen kunnen verwijzen (zoals Club Extra, zie hoofdstuk 6).

12.3. Arbozorg

De arbozorg (uitgevoerd door de arbodiensten) heeft als voornaamste taak de preventie en de begeleiding van het arbeidsverzuim dat wordt veroorzaakt door ziekte van werknemers. In praktijk ligt op dit moment de nadruk op de arbeidsverzuimbegeleiding.¹ Een groot deel van de arbeids-relevante aandoeningen heeft te maken met het bewegingsapparaat en met psychische klachten. In beide gevallen kunnen sport en beweging in het preventieve én het curatieve traject een rol spelen, ter bevordering van het zelfbeeld en de overtuiging van het eigen kunnen, als vorm van ontspanning en agressieregulering (stress) en ter verhoging van de belastbaarheid (bewegingsapparaat). Recent is dit laatste bijvoorbeeld naar voren gebracht door de Gezondheidsraad in de advisering rond de RSI-problematiek.²

Arbospecialisten waaronder bedrijfsartsen staan in principe positief tegenover de inzet van sport en beweging in de arbeidscontext. In het kader van de ziekteverzuimbegeleiding op individueel niveau gebeurt dit al, bijvoorbeeld door doorverwijzing van werknemers naar «De Gezonde Zaak», fysiosport en de Rug Advies Centra. Preventiebeleid wordt nog nauwelijks gevoerd.

De intermediaire rol van de arbodiensten komt echter pas tot zijn recht wanneer ook werkgevers van het nut (de gezondheidswinst) van sport en beweging overtuigd raken. Hoewel er een ontwikkeling zichtbaar is waarbij de arbozorg zich onafhankelijker wil opstellen in de advisering aan werkgevers en werknemers, is het uiteindelijk de werkgever zélf die moet investeren in de ziekteverzuimbegeleiding (inkoop van een beperkt of uitgebreid dienstenpakket), personeelsbeleid en arbeidsvoorwaarden. Met oog op agendasetting is er, bij werkgevers maar ook bij actoren in de arbozorg, behoefte aan meer inzicht in de effectiviteit en doelmatigheid van (bedrijfs)sport- en bewegingsprogramma's (zie hoofdstuk 14) en dient er tevens voldoende sport- en bewegingsaanbod te zijn gerealiseerd om werknemers te kunnen doorverwijzen. Onder deze voorwaarden kan de arbozorg zich richten op de inzet van sport en beweging ter vermindering van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid.

Specifieke voornemens om de arbozorg uit te rusten met oog op de inzet van sport en beweging zijn:

- het opnemen van effectiviteitsstudies (voorbeeldprojecten) naar interventies van de arbozorg in de centrale onderzoeksprogrammering (hoofdstuk 14);
- het verzamelen en verspreiden van kennis over de gezondheids-

¹ Van Mechelen 2000.

² Gezondheidsraad 2000.

- effecten van sport en beweging in de arbeidscontext onder arbodiensten, bedrijfsartsen en werkgevers;
- het ontwikkelen van richtlijnen voor de arbozorg voor de inzet van (bewezen effectieve) sport- en bewegingsinterventies met oog op het voorkomen en herstellen van arbeidsrelevante aandoeningen. Deze richtlijnen zijn bij voorkeur «transmuraal» en «multidisciplinair» van aard, waarmee de arbo-curatieve samenwerking tussen bedrijfsartsen, huisartsen, paramedici en specialisten een impuls krijgt;
- het onderzoeken van de noodzaak of mogelijkheden om meer aandacht te creëren voor sport en beweging in de opleiding, bij- of nascholing van bedrijfsartsen.

12.4. Huisarts en ketenzorg

In de reguliere gezondheidszorg speelt de huisarts een spilfunctie. De huisartsenpraktijk is optimaal toegankelijk, voor velen laagdrempelig en wordt in voorkomende gevallen door de patiënt als eerste bezocht. Een andere post, waar patiënten met spoedeisende sportblessures rechtstreeks binnenkomen, is de afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) in het ziekenhuis. Soms zal behandeling daarna in het ziekenhuis worden voortgezet. In andere gevallen zal de patiënt nadien via huisarts of paramedicus aan herstel werken.

De huisarts zal in de meeste gevallen een eerste diagnose stellen en de patiënt vervolgens – indien noodzakelijk – verder doorsturen in de «keten» van medische en paramedische zorg. Van de preventieve en curatieve gezondheidseffecten van beweging en de gezondheidsrisico's van inactiviteit alsmede van het bewegingsapparaat en blessures zal de huisarts voldoende (basis)kennis moeten hebben. Anderzijds zal vooral de verwijzingsfunctie moeten worden versterkt, niet alleen betreffende de doorverwijzing naar specialisten, maar ook naar de (para-)medische beroepen die kunnen worden gerekend tot het cluster van de sportgezondheidszorg.

Uit een recent onderzoek naar de rol van huisartsen op het gebied van blessurepreventie, blessurebehandeling, preventie door bewegingsstimulering en curatie door beweging is gebleken, dat er bij de onderzochte huisartsen nog een grote kennisachterstand bestaat ten aanzien van preventieve en curatieve effecten van sport en beweging alsmede de sportgezondheidszorg. Het houdings- en bewegingsapparaat – min of meer «uitbesteed» aan paramedici en specialisten – wordt wel het «stiefkindje» genoemd van de opleiding huisartsgeneeskunde. De voor het onderzoek geïnterviewde sporters kunnen dit alleen maar beamen.¹

De huisartsenpraktijk wordt in het algemeen niet de meest geschikte plaats bevonden voor blessurepreventie. De onderzoekers concluderen dat blessurepreventie beter in de setting van de sportvereniging, het onderwijs of de detailhandel (gelieerd aan de verkoop van sportartikelen) kan plaatsvinden (hoofdstuk 8). Over de *behandeling* van blessures lopen de meningen van huisartsen uiteen. Er zijn huisartsen die zich met sportmedische kennis profileren en deze veelvuldig toepassen; er is een groep huisartsen zonder kennis die wél ontvankelijk is voor (gestandaardiseerde) informatie, en er is een groep huisartsen zonder kennis die voor zichzelf in de diagnosticering en behandeling van blessures geen rol ziet weggelegd.

Structurele inbedding van (de primaire) preventie door bewegingsstimulering in de huisartszorg lijkt voorlopig geen optie. In het algemeen biedt de huisartsenpraktijk voor (niet patiëntgebonden) preventieve taken weinig gelegenheid.² Voor het inzetten van bewegingsstimulering in het kader van tertiaire preventie zijn huisartsen meer ontvankelijk, al heerst er nog de nodige scepsis: zowel over de effectiviteit en kwaliteit van de

¹ Schmikli en Bol, 1999.

² Genoemde argumenten: tijdgebrek, grenzen aan de verantwoordelijkheid (geen advisering van gezonde mensen), beperkte controle-mogelijkheden (volgt de patiënt het advies wel op) en gebrek aan kennis (Schmikli en Bol, 1999).

bewegingsprogramma's, de deskundigheid van begeleiders als over de (structurele) deelname hieraan van patiënten. Met het beschikbare bewegingsaanbod is men over het algemeen slecht bekend.

Ketenzorg

Op het moment dat de huisarts besluit de patiënt door te verwijzen, zijn verschillende scenario's denkbaar. De patiënt komt terecht bij de specialist, de fysiotherapeut, wordt doorverwezen naar de sportarts of maakt gebruik van het aanbod op het gebied van sport en beweging.

- **Specialisten**

Patiënten met een bepaald ziektebeeld (bijvoorbeeld hartklachten) zullen ongetwijfeld terecht komen bij de betreffende specialist (cardioloog). In dat geval is het zaak dat de specialist kennis heeft over de gunstige werking van sport en beweging op het beloop van ziekten (in dit geval hart- en vaatziekten). Afgaand op de (bewezen) gunstige effecten op chronische ziekten zou de kennis over preventieve en curatieve effecten van sport en beweging bij uitstek aanwezig moeten zijn bij de orthopeed, cardioloog, geriater, revalidatie-arts, neuroloog, internist, longarts en psychiater. In de huidige curricula van de Nederlandse artsopleidingen is hiervoor doorgaans weinig aandacht.

- **Paramedische zorg**

Andere klachten (waaronder aandoeningen aan het bewegingsapparaat) worden op verwijzing van de huisarts behandeld door paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten). De sportfysiotherapie is een door de beroepsgroep geregelde verbijzondering van de fysiotherapie.

- **Sportartsen**

In het geval de patiënt adviezen nodig heeft of met aandoeningen kampt die kunnen worden gekenmerkt als «sportspecifiek» speelt de sportarts een belangrijke rol. De sportarts vervult preventieve en curatieve taken: voorlichting, advisering, keuring en begeleiding van sporters, maar ook de diagnostiek, behandeling en preventie van sportblessures en andere sportgerelateerde aandoeningen (zie hoofdstuk 9). Huisartsen onderkennen de deskundigheid van de sportartsen op dit gebied, maar schakelen deze beroepsgroep desalniettemin niet in, mogelijk vanwege de kosten die dit met zich meebrengt voor de patiënt (zie verder paragraaf 12.5).¹

- **Sport en beweging**

Voor specifieke doelgroepen, waaronder ouderen en chronisch zieken, is en wordt aangepast bewegingsaanbod ontwikkeld. In sommige gevallen betreft het nog experimentele settings (sport in het kader van de revalidatie van kankerpatiënten); in andere gevallen is het bewegingsaanbod – buiten het verstrekkingenpakket – al ruim beschikbaar (Hart in Beweging). Huisartsen blijken van dit bewegingsaanbod in het algemeen slecht op de hoogte te zijn; voor andere medici en paramedici zal dit in de regel niet anders zijn. Medici zullen pas geneigd zijn te adviseren over dergelijke bewegingsprogramma's als zij overtuigd zijn van de effectiviteit, kwaliteit en (in medisch opzicht) veiligheid ervan. Is de veiligheid niet gegarandeerd, dan wordt de doorverwijzing vanuit de gezondheidszorg geremd vanwege mogelijke kwesties van aansprakelijkheid door schade aan de gezondheid van de patiënt.

Het beleid zal er met name op gericht zijn om de rol van huisartsen en de samenwerking binnen de keten te versterken. Daartoe zullen de volgende voornemens worden gerealiseerd:

- Onderzoek naar effectiviteit van sport en beweging, in het kader van de

¹ Schmikli en Bol 1999; Middelman e.a. 1999.

- primaire preventie maar vooral ook in het kader van curatie of tertiaire preventie binnen het huidige verstrekkingspakket (sport en beweging bij chronische ziekten; zie ook hoofdstuk 6 en 14);
- onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van sportblessures (zie ook hoofdstuk 9 en hoofdstuk 14);
 - het ontwikkelen van *transmurale* en multidisciplinaire richtlijnen voor (a) het inzetten van beweging als middel tijdens de curatie van ziekten en (b) de behandeling van blessures; deze richtlijnen dienen bruikbaar te zijn voor verschillende actoren in de zorgketen (huisarts, fysio-, ergo- en oefentherapeut, klinisch specialist, sportarts), mede ter verbetering van de samenwerking (taakverdeling en doorverwijzing) binnen de keten;
 - het versterken van de verwijfsfunctie van huisartsen door basale kennisvermeerdering over het houdings- en bewegingsapparaat, inactiviteit als risicofactor, actoren in de sportgezondheidszorg en het beschikbare (aangepaste) sporten bewegingsaanbod;
 - het onderzoeken van de mogelijkheden om (para-)medische (vervolg-) opleidingen aan te scherpen;
 - het ontwikkelen van een bijscholingsaanbod op het gebied van blessurebehandeling (sportgezondheidszorg), waarbij deskundige huisartsen in de regio als trekker optreden.

12.5. Sportgezondheidszorg

Potentiële vraag

Sportblessures zijn een dermate veel voorkomend fenomeen, dat in de loop van de tijd meer aandacht is ontstaan voor de behandeling ervan. De plausibele veronderstelling is dat een adequate behandeling de gevolgen van blessures (de medische kosten en het ziekteverzuim) aanzienlijk kan beperken.

De sportgeneeskunde richt zich op de behandeling van sportblessures. De verspreiding van de kennis en ervaring opgedaan in de (top)sportgeneeskunde is echter nog niet optimaal. Eén van de actuele vragen is hoe de toegankelijkheid van de sportgezondheidszorg kan worden verbeterd: door versterking van de sportgeneeskundige expertise over de gezondheidszorg of door versterking van het «vangnet» van sportartsen en sportfysiotherapeuten. In Nederland zijn op dit moment ca. 60 sportartsen werkzaam en ca. 500 sportfysiotherapeuten tegenover een potentiële clientèle van 4,5 miljoen georganiseerde sporters en nog eens 2 miljoen ongeorganiseerde sporters. Op grond van demografische ontwikkelingen en trends in sportparticipatie valt te voorspellen dat het aantal sporters voorlopig blijft stijgen.¹ Bovendien valt (conform de beleidsintenties) een toenemende zorgvraag te verwachten bij een absolute toename van het aantal sportende burgers en een relatieve toename van het aantal sportende ouderen en andere kwetsbare doelgroepen.

De vraag naar sportgezondheidszorg zal beter in kaart worden gebracht. Voor de breedtesport gebeurt dit in het kader van het VTV-deelrapport Regio en Toegankelijkheid van het RIVM, dat verwacht wordt in het najaar van 2001.

Potentieel aanbod

Sportgezondheidszorg in de brede zin van het woord wordt geleverd door de zorgketen van huisarts, sportarts, specialist en paramedicus (waaronder sportfysiotherapeut), alsmede ter zake van sport deskundige (para-) medici en hieraan gerelateerde beroepen (sportdiëtist, sportpsycholoog, sportmasseur, bewegingswetenschapper en inspanningsfysioloog). De expertise op het gebied van sport en gezondheid is veelal geconcentreerd in Sport Medische Adviescentra (SMA's), Sportgeneeskundige Afdelingen (SGA's) van ziekenhuizen en – voor de topsport – bij landelijke

¹ Zie Ooijendijk e.a. 1999. Dit TNO-rapport is toegezonden aan de Tweede Kamer bij brief van 11 november 1997 (SIBJOA-972839). In het rapport is een berekening gemaakt van het aantal sportartsen dat benodigd zou zijn in 2010. Uitgangspunt daarbij is dat sportartsen als erkend medisch specialisme tweedelijnszorg bieden verspreid over de WVZ-regio's.

sportorganisaties. De toegankelijkheid van de preventieve en curatieve dienstverlening bij SMA's respectievelijk SGA's is niet optimaal. De meeste verzekeraars verzekeren alleen een beperkt aantal diensten van SMA's (derde compartiment): het eerste consult en een jaarlijkse sportkeuring.¹ Het aanbod (in uren) van SMA's en SGA's is dusdanig klein dat hierop slechts door een zeer beperkt deel van het potentieel aan sporters een beroep kan worden gedaan.² De SGA's zijn bovendien niet evenwichtig verspreid over het land. Tenslotte moet nog worden vermeld dat huisartsen – de poortwachters binnen de zorgketen – in het algemeen over onvoldoende kennis beschikken van actoren in de sportgezondheidszorg om adequaat te kunnen doorverwijzen.

Ten behoeve van huisartsen, andere zorgverleners, sporters, sportorganisaties, patiënten en patiëntenorganisaties zal worden gestimuleerd dat het aanbod van sportmedische diensten en producten ontsloten wordt, onder andere via informatieve internetsites.

Clusterbenadering

Het kabinet acht het raadzaam om een «clusterbenadering» voor de sportgezondheidszorg te ontwikkelen. Om een verdergaande reductie van (de gevolgen van) blessures en andere sportgerelateerde gezondheidsrisico's en aandoeningen te kunnen realiseren zullen de doelmatigheid en transparantie van de sportgezondheidszorg tegen het licht worden gehouden. Partijen uit de sportgezondheidszorg zullen worden verzocht om zich hierover gezamenlijk te buigen en voorstellen te doen over hoe een functioneel samenhangend zorgaanbod kan worden gerealiseerd dat – conform de in de nota uitgezette beleidslijnen – tegemoet kan komen aan de zorgbehoefte van sporters in zowel preventief als curatief opzicht. Aan partijen zal eveneens de vraag worden voorgelegd hoe de expertise van professionals op het gebied van de sportgezondheidszorg binnen wettelijke kaders zo doelmatig mogelijk kan worden ingezet (bijvoorbeeld door de vergroting van de inzet van paramedici) en hoe de samenwerking tussen professionals in de keten van sportgezondheidszorg kan worden verbeterd. Ook de wijze van financiering van de zorg kan daarbij punt van aandacht zijn. De uitwerking en implementatie van voorstellen zullen de nodige tijd vergen en wellicht ook consequenties hebben voor de opleidingen. Het proces van clusterbenadering zal door het kabinet worden ondersteund.

Belangrijke notie hierbij is dat de VSG een herpositionering van de sportgeneeskunde (thans sociaal geneeskundig specialisme) bepleit en het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS) heeft verzocht om de sportgeneeskunde aan te wijzen als klinisch specialisme. De beroepsgroep van sportartsen heeft daarmee te kennen gegeven meer accent te willen leggen op de curatieve taken. Het CCMS legt zijn besluit binnenkort voor aan de Minister van VWS. In afwachting van de uitkomsten van de clusterbenadering en het besluit van het CCMS wil het kabinet op korte termijn bezien hoe de knelpunten in de financiering van de huidige opleiding sportgeneeskunde kunnen worden opgelost.³

Sportmedische begeleiding

Ook de infrastructuur ten behoeve van de directe sportmedische begeleiding voor topsporters kan worden verbeterd. Het aanbod is momenteel versnipperd over een aantal verschillende landelijke sportorganisaties. Clustering of zelfs centralisering van dit aanbod zou ten goede komen aan de (potentiële) vraag van alle topsporters. In overleg met de sportsector en sportmedische beroepsorganisaties zal hiernaar nader onderzoek worden gedaan.

Gedacht kan worden aan een maatschap of centrum waarop topsporters gedurende het gehele jaar een beroep kunnen doen, zoals bijvoorbeeld al is gerealiseerd voor het betaalde voetbal. Binnen dit centrum kunnen

¹ De eerdere vraag hierover uit het AO d.d. 3 november 1999 is voorlopig beantwoord bij brief van 30 november 1999, kenmerk S/BOA-2021 412.

² In 1997 waren er 48 sportartsen geregistreerd en 29 artsen in opleiding. Het aantal inwoners per sportarts kwam daarmee op 1:300 000. In 1999 waren er 31 SMA's en 9 SGA's; in totaal zijn 29 van deze sportmedische instellingen opgenomen binnen de ziekenhuismuren.

³ Sportartsen-in-opleiding zien zich genoodzaakt om de opleiding voor een groot deel zelf te betalen (er is niet zoals bij andere sociaal-geneeskundige beroepen een «werkgever» die de opleidingskosten – mede – betaalt; alleen voor de klinische stages ontvangt de sportarts in opleiding salaris).

specialisaties naar takken van sport blijven gewaarborgd. Voordelen van een dergelijke maatschap zijn: de beschikbaarheid en continuïteit van het medisch en paramedisch aanbod van keuringen en consulten (diagnose, behandeling) tijdens trainingsperiodes en begeleiding tijdens evenementen; de min of meer onafhankelijke positie van de sportmedische begeleiders, de verbeterde samenwerking in de keten van directe sportmedische begeleiding en de kwaliteitsverbetering door continue kennisuitwisseling en samenwerking. Aan een grote maatschap kunnen relatief gemakkelijk bijzondere specialisaties worden toegevoegd (diëtiëk, psychologie e.d.). Het draagvlak van de sportsector zelf is uiteraard bepalend voor de realisering van dergelijke voornemens; echter, de rijksoverheid wil de beperkte (en mede gesubsidieerde) menskracht en middelen op het sportmedische gebied zo efficiënt mogelijk inzetten, ten gunste van zoveel mogelijk topsporters.

Naast sportmedische begeleiding bij evenementen is voor topsporters tijdens trainingsperiodes een vangnet nodig van intra- en extramurale zorg dicht bij huis. De basale zorg dient regionaal te worden geboden. De olympische steunpunten kunnen een rol spelen bij het doorverwijzen naar sportdeskundige gezondheidszorg in de regio. Topsporters en talenten zullen als gebruikers worden ingeschakeld bij het toetsen van de kwaliteit van het aanbod. Het creëren van een regionaal netwerk van sportdeskundige (para-)medici kan nog andere voordelen hebben. Het netwerk, dat ook toegankelijk kan worden gemaakt voor breedtesporters, vormt een doelgroep voor voorlichting en bijscholing over blessures, doping en andere sportgerelateerde onderwerpen. Punt van aandacht is, evenals in de breedtesport, de financiering van de zorg.¹ NOC*NSF zal worden gevraagd hiervoor een oplossing te zoeken in overleg met mogelijk geïnteresseerde zorgverzekeraars.

Topsportgeneeskunde

Nagestreefd wordt dat op één (of meer) punt(en) in het land specifieke deskundige zorg beschikbaar is in de vorm van topsportgeneeskunde. Onder voorwaarden van onder andere de koppeling van praktijkzorg en wetenschap (academisch ziekenhuis) en de transfer van de kennis die is opgedaan in de topsportgeneeskunde naar de gezondheidszorg voor de breedtesporters wil het kabinet de realisering van één (of meer) centra ondersteunen. Bezien zal worden of de WBMV (artikel 8) hiervoor het passende kader vormt.

¹ Als vorm van sociale geneeskunde is de sportgezondheidszorg ondergebracht in het derde compartiment. De meeste topsporters en zeker de ziekenfondsverzekerden zullen zich voor de sportgezondheidszorg daarom aanvullend moeten verzekeren. Topsporters die een stipendium ontvangen, zijn overigens verplicht ziekenfondsverzekerd.

13. SPORTSECTOR

13.1. Algemeen

In relatie tot de doelstellingen van deze nota is de sportinfrastructuur van grote waarde. De sportsector kan een belangrijke rol spelen bij zowel de ontwikkeling als de implementatie van het bewegingsaanbod, het aangepaste sportaanbod voor chronisch zieken en gehandicapten en het sportaanbod voor werknemers. Daarnaast heeft de sportsector de sleutels in handen als het gaat om de vergroting van de veiligheid bij de sportbeoefening.

Ten behoeve van de georganiseerde én ongeorganiseerde sport heeft NOC*NSF in samenwerking met andere organisaties waaronder het NISB, NIGZ, NEBAS/NSG, Jeugd in Beweging en de Stichting Consument & Veiligheid in de afgelopen jaren zowel op het terrein van de bewegingsbevordering (Nederland in Beweging!) als op het terrein van de blessurepreventie (Sport Blessure Vrij) een belangrijke rol gespeeld.

Een centrale functie voor de coördinatie van de uitvoering en monitoring van beleid gericht op de vergroting van de gezondheidswinst én de verkleining van de gezondheidsrisico's is onmisbaar. Het kabinet is er dan ook van overtuigd dat er in het veld een centrale functie dient te blijven bestaan, uiteraard met inachtneming van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in het veld. Door middel van een centrale functie kan zorg gedragen worden voor kennisvergarig, -verwerking en -verspreiding (van bijvoorbeeld trends en ontwikkelingen of van effectieve maatregelen); voor het stellen van algemene prioriteiten bij de uitvoering; voor het ontwikkelen van methoden ter implementatie van maatregelen (bijvoorbeeld opleidingsmodules); voor het faciliteren en adviseren van derden (bijvoorbeeld bonden en gemeenten) en voor het uitvoeren van overkoepelende acties (campagnevoering, voorlichting aan huisartsen).

13.2. Sportmedisch beleid

Landelijke sportorganisaties kunnen in het kader van de Welzijnswet subsidie aanvragen voor onder andere sportmedische zaken. Daarbij worden als criteria gesteld dat de bond beschikt over een sportmedisch beleidsplan en dat bij de uitvoering van medische activiteiten of ten behoeve van een medische diagnose een gecertificeerde sportarts (in opleiding) wordt ingeschakeld. In de loop van de jaren is het aantal aanvragen op sportmedisch gebied licht gestegen. Anno 2001 beschikt bijna de helft van de sportbonden over een sportmedisch beleidsplan. De plannen verschillen aanzienlijk van elkaar in omvang en in kwaliteit. In het algemeen gesproken gaat in het sportmedisch beleid aanmerkelijk meer aandacht uit naar de topsport (directe sportmedische begeleiding) dan naar de breedtesport. Activiteiten voor de breedtesport betreffen in hoofdzaak informatieverschaffing op het terrein van de blessurepreventie. In totaal zijn 12 sportartsen (meest part time) aangesteld bij sportbonden.

De huidige subsidiesystematiek draagt slechts in beperkte mate bij aan een optimale medische preventie en zorg in de topsport en breedtesport. Het sportmedisch beleid heeft niet bij alle bonden evenveel prioriteit; dat geldt zowel voor de planontwikkeling als voor de uitvoering van activiteiten.

Intentie is daarom alle sportbonden te stimuleren om een gedegen sportmedisch beleidsplan te ontwikkelen. Door middel van startsubsidies zullen alle bonden – de risicosporten voorop – hiertoe in de gelegenheid worden gesteld. Na verloop van tijd zal het beschikbaar hebben van een sportmedisch beleidsplan echter worden opgenomen als eis bij de

VWS-subsidietoewijzing. De rijksoverheid wil bovendien stimuleren dat de sportmedische beleidplannen zich niet alleen richten op de topsport, maar meer aandacht besteden aan de breedtesport. Juist in de breedtesport kan de veiligheid en daarmee de gezondheidswinst nog aanzienlijk worden vergroot. Daarnaast zal de inzet van sport én beweging uit gezondheids-oogpunt voor specifieke doelgroepen (inactieven, chronisch zieken) verder worden gestimuleerd alsmede het invoeren van een algemeen gezondheidsbeleid. Dit laatste betreft onderwerpen zoals het verbeteren van de algemene hygiëne van de accommodatie, het treffen van maatregelen gericht op legionellapreventie en bloedhygiëne maar ook het ontmoedigen van roken, het matigen van alcoholgebruik en het stimuleren van gezonde voeding («de gezonde sportvereniging»). Extra aandacht daarbij wordt gevraagd voor de confrontatie van jeugdsporters met alcohol en tabak. Overigens bestaan op onderdelen van dit gezondheidsbeleid ook wettelijke voorschriften (arbo-regelgeving, milieuvoorschriften, sociale hygiëne, tabakswet).

Het sportmedisch beleid voor topsporters en talenten kan een belangrijke impuls krijgen door clustering en centralisering van activiteiten. De rijksoverheid acht het zaak om de schaarse menskracht en middelen voor de directe sportmedische begeleiding beter toegankelijk te maken voor – alle – topsporters (zie paragraaf 12.5). Waar mogelijk zullen activiteiten daarom centraal worden ontwikkeld en uitgevoerd. Naar de mogelijke centralisering van de directe sportmedische begeleiding zal nader onderzoek worden gedaan. Voordat het zover is, zal het voor handen hebben van sportmedische begeleiding en mogelijk ook andere maatregelen gericht op de verbetering van de veiligheid en gezondheid van topsporters als een criterium worden gehanteerd bij de beoordeling van de subsidie-aanvragen voor het onderdeel *topsport*. Hiermee wordt naar alle waarschijnlijkheid een grotere dekking van sportmedische zorg voor topsporters gerealiseerd dan bij de separate subsidiëring van sportmedische begeleiding zoals thans het geval is. Immers, vrijwel alle bonden beschikken over een topsportbeleidsplan; daartegenover beschikt slechts de helft van de bonden over een sportmedisch beleidsplan.

De voorwaarden voor de subsidie-aanvragen van landelijke sportorganisaties zullen op het punt van het sportmedisch beleid in de komende jaren worden aangescherpt. VWS zal de subsidieregeling welzijnsbeleid de komende jaren verder concretiseren met als doel het sportmedisch beleid van landelijke sportorganisaties over de volle breedte een impuls te geven.

In onderstaande tabel wordt aangegeven uit welke verplichte en vrijwillige onderdelen het sportmedisch beleid van de landelijke sportorganisaties volgens het kabinet kan bestaan. Na afstemming met de geldstromen van SNS zullen deze (mogelijk nog aan te passen) nadere eisen worden ingevoerd. In de subsidiecirculaire van 2001 en 2002 zullen de eisen worden aangekondigd en geconcretiseerd, en zal door middel van startsubsidies de mogelijkheid worden geboden om de gevraagde sportmedische plannen te ontwikkelen.¹

¹ Bij de ontwikkeling van deze plannen is de inschakeling van een sportarts niet verplicht. Op grond van artikel 41 en 44 van de subsidieregeling Welzijnsbeleid dient de sportarts (in opleiding) alleen verplicht te worden ingeschakeld bij het verrichten van sportmedische handelingen (tests, keuringen, diagnose).

Tabel: criteria voor het sportmedisch beleid¹

Verplichting voor de instellingssubsidie; korting mogelijk	Verplichting specifiek artikel van de instellingssubsidie		Geen verplichting, wel projectsubsidie mogelijk
	topsport	sportmedisch	
Anti-dopingbeleid in de topsport: voorlichting, reglementering en controles	Sportmedische begeleiding voor topsporters	Sportmedisch beleidsplan voor de breedtesport	Anti-dopingbeleid in de breedtesport: voorlichting en preventie Monitoring gezondheid van topsporters
		Risico-inventarisatie en blessurepreventie in de breedtesport Invoering EHBSO in de breedtesport	Blessurepreventie in de ongeorganiseerde sport; Invoering arbo-regelgeving voor sportkader in de breedtesport Ontwikkeling aanbod gezond bewegen voor specifieke doelgroepen Invoering algemeen gezondheidsbeleid in de sportvereniging

¹ Instellingssubsidie kan thans worden verkregen voor het algemeen functioneren, voor opleidingen, topsportbeleid en sportmedisch beleid. Opleidingen worden in de tabel buiten beschouwing gelaten (zie daarvoor de volgende paragraaf). Overige subsidie-aanvragen kunnen worden gedaan op projectbasis.

13.3. Kader en opleidingen

Net zoals andere actuele ontwikkelingen vragen ook de doelstellingen uit deze nota om een verdere professionalisering van de sportsector. Door professionalisering kan de gevraagde kwaliteit worden geboden die voor een verantwoorde, gezonde en veilige wijze van beweging zeer noodzakelijk is. Enerzijds kan de oplossing worden gevonden door bij de uitvoering van het beleid naast de vrijwilligers in de sport ook professionals (fitnessbranche) en de (para-)medische zorg te betrekken. In de profit-branche is het van belang te streven naar een vorm van kwaliteitsborging, bijvoorbeeld door aansluiting bij initiatieven voor kwaliteitszorg, certificering en dergelijke. Anderzijds vragen de kwaliteitseisen op het gebied van sport, bewegen en gezondheid om een nadere beschouwing van kaderopleidingen en bijscholingen.

Opleidingen en bijscholingen (deskundigheidsbevordering) zijn een zeer belangrijk middel om de kwaliteit van het lokale sport- en bewegingsaanbod te waarborgen: zowel in het onderwijs, in de sport als in andere sectoren waar bewegingsprogramma's worden aangeboden (gezondheidszorg, welzijn e.d.). Voortvloeiend uit de doelstellingen van deze nota richten de opleidingsdoelen op het gebied van sport, bewegen en gezondheid zich op een deskundige en verantwoorde (gezonde en veilige) begeleiding van sport en beweging bij diverse doelgroepen – ziek en gezond, actief en inactief, oud en jong – en in diverse settings: in het bewegingsonderwijs, in de sportverenigingen, bij sportscholen en fitnesscentra, in buurtcentra, in ziekenhuizen, (para-)medische praktijken en zorginstellingen, enzovoorts.

De rijksoverheid ondersteunt en reguleert de opleidingen op het gebied van sport en bewegen. Van de opleidingen binnen het onderwijsstelsel worden de einddoelen vastgesteld en de financiering geregeld door het Ministerie van OCenW. Onderwijsopleidingen op het gebied van sport en beweging bestaan op MBO-niveau (CIOS-sen), HBO-niveau (ALO's en

richting Sport & Beweging) en het universitaire onderwijs (bewegingswetenschappen). De opleidingen van de landelijke sportorganisaties worden erkend en in sommige gevallen medegefinancierd door het Ministerie van VWS. De sportsector is zelf verantwoordelijk voor het licentiebeleid dat aan de opleidingseisen is gekoppeld.

Ter bevordering van de samenhang tussen de onderwijs- en de sportopleidingen ontwikkelt het kabinet een plan van aanpak. Dit plan van aanpak wordt binnenkort aan de Tweede Kamer aangeboden. Het plan van aanpak is gebaseerd op een extern onderzoek naar de sporttechnische en sportmanagement functies. Overwogen wordt om in de vervolgaanpak ook de sportmedische functies te betrekken.

In het manifest *Nederland Sportland* wordt ervoor gepleit om het bewegingsonderwijs uit te breiden tot sportonderwijs en de uitwisselbaarheid te bevorderen van leraren lichamelijke opvoeding en sportinstructeurs en trainers. De *sportdocent* zou in verschillende settings werkzaam kunnen zijn en een belangrijke verbindende schakel kunnen vormen tussen de school, de buurt en de sportvereniging. De rijksoverheid onderschrijft de prioriteit voor deze gecombineerde cluster en onderkent de consequenties die dit in de toekomst zou kunnen hebben voor de opleidingen. De komende jaren wordt dit in samenwerking met het veld verder uitgewerkt.

Onderwijsopleidingen

In het bewegingsonderwijs staat de motorische ontwikkeling van kinderen en jongeren centraal. De (vak)leerkracht en leraar lichamelijke opvoeding hebben daarbij een belangrijke sturende én signalerende functie, zowel tijdens de contacturen als ook daarbuiten. De activiteiten van de beroepsgroep hoeven immers niet alleen beperkt te blijven tot het bewegingsonderwijs zelf, maar kunnen ook leiden tot advisering van de school over beweging in de klas, op het schoolplein en bij de naschoolse opvang (brede school); de organisatie van schoolsport, sportevenementen en de stimulering van jeugdparticipatie; de advisering en doorverwijzing van leerlingen en hun ouders en een gerichte aanpak voor leerlingen met een motorische achterstand in samenwerking met de jeugdgezondheidszorg.

In de huidige opleidingen voor vakleerkrachten (basisonderwijs) en leraren lichamelijke opleiding (voortgezet onderwijs) is voor de motorische ontwikkeling uiteraard veel aandacht. De omvang van de blessureproblematiek in het bewegingsonderwijs vraagt echter ook om aandacht voor de veiligheid van het bewegingsaanbod op school. Eén van de voorliggende vragen is of de veiligheid beter kan worden gewaarborgd door hieraan meer aandacht te besteden in de opleidingen.

Sportopleidingen

De omvang en het niveau van het onderdeel «sport en gezondheid» in de sportopleidingen van landelijke sportorganisaties wordt door hen zelf bepaald. Uit een onderzoek naar de studielast van een aantal opleidingen in de sport is gebleken dat binnen iedere onderzochte opleiding aandacht werd geschonken aan de «sportgezondheidskunde» (met als onderdelen: veiligheid en blessurepreventie, belasting en belastbaarheid, bewegingsapparaat en fysiologie).¹ De rijksgecommitteerden die de examinering van de opleidingen begeleiden, rapporteren in het algemeen positief over de sportmedische onderdelen van de opleiding.

Naar aanleiding van deze nota zal echter nader inzicht worden verworven in het sportmedische gehalte van de sportopleidingen en zal worden gezien, of onderdelen dienen te worden geïntensiveerd. Specifieke aandacht daarbij zal worden geschonken aan EHBSO.

¹ Hoenselaars 1995.

Daarnaast zal worden gezien in hoeverre de sportmedische gedeelten van de diverse sportopleidingen elkaar overlappen. Ter bevordering van de implementatie van sportmedische expertise in de sport zal de sportsector worden voorgesteld om een basismodule te ontwikkelen op het gebied van sport en gezondheid die per niveau en per tak van sport kan worden geïncorporeerd in de kaderopleidingen. Landelijke sportorganisaties kunnen de basismodule desgewenst verder uitbreiden of specificeren voor de betreffende tak van sport. De rijksoverheid wil de ontwikkeling van de beoogde module ondersteunen en stimuleren dat de expertise op de verschillende deelgebieden centraal beschikbaar komt en tussen betrokken partijen wordt uitgewisseld (ten behoeve van modules, gastdocentschappen en dergelijke).

Om het gebruik van deze basismodule te bevorderen zullen aan de erkenning van kaderopleidingen door de rijksoverheid vanuit sportmedisch oogpunt nadere criteria worden gesteld. Eén van de criteria zal zijn het opnemen van een onderdeel EHBSO.

Opleiding bewegingsleider voor mensen met een aandoening of beperking

Ook het opleiden en bijscholen van het kader dat zich richt op het bewegingsaanbod voor specifieke doelgroepen – ouderen, gehandicapten, chronisch zieken, kinderen met een motorische achterstand – verdient extra aandacht. De extra aandacht is nodig vanwege de precare balans tussen belasting en belastbaarheid van deze doelgroepen en de nog grotere noodzaak van een veilige wijze van sportbeoefening. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de opleidingen voor begeleider van Meer Bewegen voor Ouderen, Hart in Beweging en de experimentele opleiding voor sport- en bewegingsleider chronisch zieken. Deze opleidingen zijn of worden met ondersteuning van VWS ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.

De mogelijkheden zullen worden onderzocht om een geïntegreerde opleiding te ontwikkelen voor een professionele bewegingsleider voor mensen met een aandoening of beperking en deze (als specialisatie, kopstudie of bijscholingsaanbod) te koppelen aan hiervoor geschikte opleidingen (ALO, fysio- en ergotherapie e.d.).

Bewegingsopleidingen

Naast het sportaanbod ontstaat ook een «bewegingsaanbod». Dit bewegingsaanbod is volop in ontwikkeling met producten die variëren van een cursus «stretching» en «sportief wandelen» onder begeleiding tot het aanbod «fysiosport» en revalidatiesport in ziekenhuizen. Aan de (sport)sector zal worden voorgesteld om een volledig(er) bijscholingsaanbod te ontwikkelen met een beperkt aantal specialisaties, dat op flexibele wijze kan worden gevolgd (door middel van contacturen, voorlichtingsavonden of workshops, zelfstudie via internet), voor verschillende beroepen toegankelijk is (trainers, instructeurs, fysiotherapeuten e.d.) en op eenvoudige wijze kan worden geactualiseerd. Voorts wil de rijksoverheid stimuleren dat de vraag naar en het aanbod van dergelijke opleidingen worden gematcht via een geschikt loket.

14. ONDERZOEK

ZON-programma Preventie 1998–2002

Het programma Preventie is totstandgekomen mede naar aanleiding van het RGO-advies «Prioriteiten voor Preventie-onderzoek» en het RVZ-advies «Preventie en ouderen».

Binnen het programma worden vijf deelprogramma's onderscheiden die te herleiden zijn tot de beleidslevencyclus (van onderzoek tot implementatie):

- Innovatief preventie-onderzoek;
- Effectiviteits- en/of doelmatigheidsonderzoek;
- Onderzoek implementatie-aspecten;
- Uitvoeringsprojecten;
- Landelijke implementatie programmatische preventie.

ZON brengt samenhang tussen de lopende onderzoeksprojecten voor de volgende prioriteiten: ouderen, jeugdigen, allochtonen, psychische stoornissen, aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat, infectieziekten, GVO, screening en vroege opsporing, lokaal gezondheidsbeleid, ethische aspecten en juridische aspecten. Door middel van het preventieprogramma worden onder andere de uitvoering van onderdelen van het programma Nederland in Beweging (NIB), de ontwikkeling en implementatie van het Groninger Actief Leven Model (GALM) en de uitvoering van onderdelen van het programma Sport Blessure Vrij (SBV) ondersteund. Ook worden in het kader van het preventieprogramma effectiviteitsstudies uitgevoerd naar fitness voor ouderen, Meer Bewegen voor Ouderen, Goed Oud Worden en het televisieprogramma «Nederland in Beweging».

Eén van de belangrijkste conclusies uit de voorgaande hoofdstukken is dat er meer onderzoek nodig is om de uitvoering van de beleidsprioriteiten envooernemens een stevig fundament te geven. Essentieel is het waarborgen van continuïteit in de monitoring, kennisontwikkeling én kennisoverdracht inzake de gezondheidswinst en het gezondheidsverlies van sport en beweging, zowel in het perspectief van preventie als van curatie. Er is behoefte aan kwantitatief onderzoek naar lichamelijke (in-)activiteit en veiligheid en kwalitatief onderzoek naar de determinanten van gedrag (individu), de sociale en de fysieke omgeving. Op korte termijn is meer inzicht nodig in de effectiviteit en doelmatigheid van maatregelen gericht op bewegingsbevordering, bewegingsinterventies bij chronische ziekten en arbeidsrelevante aandoeningen, blessurepreventie, blessurebehandeling en preventie van dopinggebruik. Om bewegingsprogramma's een plaats te kunnen geven in de gezondheidszorg dient het onderzoek zich nader toe te spitsen op *noodzaak*, *effectiviteit* en *doelmatigheid* van interventies en dient dit onderzoek plaats te vinden volgens in de gezondheidszorg geaccepteerde onderzoeksmethodes (door middel van de zogenaamde RCT's, Randomized Controlled Trials).

Op het gebied van sport, bewegen en gezondheid vindt in praktijk thans reeds het nodige onderzoek plaats. Dit onderzoek wordt mede gestimuleerd door het Ministerie van VWS: op structurele basis via een doel-financiering aan TNO, op programmatische basis via de ZON-programma's Preventie (1998–2002) en Stimulering Gezond Leven (2000–2004) en op projectmatige basis door middel van het initiëren en faciliteren van diverse onderzoeksprojecten. Ook in andere kaders (bijvoorbeeld kennisontwikkeling bij kenniscentra arbeidsrelevante aandoeningen en de ZON-programma's Chronisch Zieken en Klachten aan het Bewegingsapparaat) wordt aandacht besteed aan bewegen. In de laatstgenoemde programma's ligt de nadruk op de curatie of tertiaire preventie. Een samenvatting van een selectie van onderzoeksresultaten op het gebied van sport, bewegen en gezondheid wordt tweejaarlijks gepubli-

ZON-programma Stimulering Gezond Leven 2000–2004

Het programma Stimulering Gezond Leven richt zich op de versterking van de volksgezondheid (public health): het bereiken van gezondheidsdoelstellingen door preventie en bescherming. Gezondheidsdoelstellingen zijn onder andere langer gezond leven, het wegwerken van vermijdbare gezondheidsachterstand (gezondheidsverschillen) en het bevorderen van gezond gedrag.

De opdracht aan ZON is te komen tot een vernieuwende en samenhangende aanpak. De effectiviteit en doelmatigheid van maatregelen en interventies (evidence base policy making) staan daarbij centraal. In aanvulling op het Preventieprogramma biedt dit programma ook ruimte aan fundamenteel-theoretisch (verkenkend en verklarend) onderzoek en aan onderzoek naar gedragsdeterminanten.

RGO-advies

Op 30 maart 2001 heeft de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) de Staatssecretaris van VWS het advies overhandigd over het (mogelijke) onderzoek op het gebied van sport, bewegen en gezondheid, met extra aandacht voor de sportgezondheidszorg.² Het advies van de RGO is tot stand gekomen door de *vraag* naar en het *aanbod* van onderzoek op het gebied van de sport, bewegen en gezondheid in kaart te brengen en te combineren.³

Het advies van de RGO beslaat een groot terrein: het betreft zowel de preventieve als de curatieve zorg en zowel de positieve als de negatieve effecten van sport en bewegen en houdt rekening met een variabele fysieke gesteldheid (jong en oud, gezond en ziek) en met een minder of meer intensieve mate van sportbeoefening (van lichamelijke inactiviteit tot topsport). Uitgangspunt is het model van belasting en belastbaarheid: hoe kan een individu – gegeven zijn situatie – verantwoord bewegen, de fitheid en gezondheid verbeteren, letsel voorkomen en adequaat herstellen?

De RGO adviseert zowel ten aanzien van verklarend, fundamenteel onderzoek als over toegepast, handelingsgericht onderzoek. Op basis van de matching van vraag en aanbod komt de RGO tot de volgende prioriteiten:

- effectiviteit en doelmatigheid van sport en bewegen: onderzoek naar de optimale relatie (bewegingsprogramma's) tussen bewegen en gezondheid in termen van gezondheidswinst en economische voordelen;
- overbelasting en blessures: onderzoek naar de optimale relatie tussen belasting en belastbaarheid; onderzoek naar preventie, diagnostiek, prognose en behandeling van sportletsel;
- specifieke doelgroepen: onderzoek onder chronisch zieken, gehandicapten, ouderen, werkenden en jongeren naar determinanten van (in)activiteit; methoden om activiteit te stimuleren; de preventieve waarde van lichamelijke activiteit opgedaan in de jeugd, en de belastbaarheid van jonge (top-)sporters;
- implementatie van bewegingsprogramma's, behandelingsrichtlijnen en preventierichtlijnen: succes- en faalfactoren, de rol van begeleiders en zorgverleners, methoden om uitval te voorkomen;
- organisatie en uitoefening van de sportgezondheidszorg: onderzoek naar opvang, begeleiding en behandeling van (top)sporters; onderzoek naar de kwaliteit van de sportgezondheidszorg, en onderzoek naar samenwerking binnen de zorgketen (sportgezondheidszorg en aanpalende disciplines).

¹ Hildebrandt e.a. 1999.

² RGO: *Advies Onderzoek Sportgezondheidszorg – Sport en bewegen* –. Den Haag: RGO, maart 2001.

³ De prioriteiten van de RGO sluiten voor een deel aan bij het onderzoeksvoorstel dat in 1999 is gemaakt door SNUON, de Samenwerkende Nederlandse universiteiten en onderzoeksinstituten op het gebied van de sportgezondheidszorg (UM, RUG, UMCU, VU, TNO-PG, TNO-Arbeid en NOC*NSF).

Lacunes constateert de RGO op het gebied van de primaire en tertiaire preventie van psychische klachten (de effecten van sport en bewegen op de geestelijke gezondheid) en de preventie van verschillende vormen van kanker. Bovendien wordt weinig onderzoek gedaan naar de mogelijke negatieve consequenties van sport en bewegen anders dan op het houdings- en bewegingsapparaat (en dus niet op de functionering van verschillende organen en systemen).

De RGO signaleert dat de uitvoering van deze onderzoeksprioriteiten niet eenvoudig is tegen het licht van de huidige organisatie van het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van sport, bewegen en gezondheid. Als voornaamste knelpunten noemt de RGO de versnippering van aandacht en capaciteit, het gebrek aan coördinatie, afstemming en samenwerking, en de weinig structurele financieringsmogelijkheden (hoogstens één derde uit de eerste geldstroom).

Het onderzoek wordt uitgevoerd over een groot aantal medische en niet-medische faculteiten en buiten-universitaire onderzoeksinstituten. Er is slechts één universitaire vakgroep sportgeneeskunde (UMCU) waaraan tot eind 1999 de enige hoogleraar sportgeneeskunde was verbonden¹; de RGO constateert in het algemeen onvoldoende «kritische massa». De samenwerking is bovendien gebrekkig, terwijl het multidisciplinaire karakter van de sportgezondheidszorg juist hoge eisen stelt aan de coördinatie en afstemming.² De weinig structurele financiering werkt in de hand dat onderzoek kort loopt en aldus onvoldoende expertise en continuïteit kan worden opgebouwd. Voor het onderzoek in relatie tot chronische ziekten bestaan enige financieringsmogelijkheden via de zogenaamde collectebusfondsen³; echter voor onderzoek naar het houdings- en bewegingsapparaat bestaan dergelijke financieringsmogelijkheden niet.

De RGO adviseert derhalve ook om de onderzoeksinfrastructuur te versterken door het onderzoek te bundelen via enkele concentratiepunten. Deze concentratiepunten kunnen worden geformuleerd aan de hand van leerstoelomschrijvingen. De RGO adviseert drie leerstoelen in te stellen, uitgerust met een vaste staf, ondergebracht bij – multidisciplinair georganiseerde – medische faculteiten waarbij is voorzien in een koppeling met de ziekenhuispraktijk: één voor specifieke doelgroepen; één voor overbelasting en blessures; en één voor de effectiviteit en doelmatigheid van sport en bewegen, de implementatievraagstukken en de uitoefening van de sportgezondheidszorg. De instelling van deze hoogleraarstoelen is mede afhankelijk van de aanwezige wetenschappelijke kennis bij de in aanmerking komende universiteiten. Belangrijk is het bovendien dat deze vooraleerst bijzondere hoogleraarstoelen op termijn als een niet-bijzondere hoogleraarstoel structureel kunnen worden voortgezet.

Om een optimale «kennistransfer» te kunnen maken van wetenschap naar praktijk acht de RGO het daarnaast noodzakelijk kenniscentra op te richten of reeds bestaande kenniscentra hiertoe (beter) uit te rusten. Voorts beveelt de RGO aan een nationaal overlegorgaan op te richten ter bevordering van de coördinatie en afstemming van het onderzoek. Daarbij zouden ook potentiële «afnemers» van het onderzoek moeten worden betrokken. Het overlegorgaan moet dan zijn toegerust om een rol van betekenis te kunnen spelen.

De prioriteitsstelling en samenwerking moet volgens de RGO z'n beslag krijgen in en via een onderzoeksprogramma dat zou kunnen worden ondergebracht bij ZON/NWO. Voor de uitvoering van het programma wordt een tijdsbestek aanbevolen van 8 jaar en wordt een budget nodig geacht van f 40 miljoen.

¹ Om het dreigende verlies van de leerstoel sportgeneeskunde aan de UMCU af te wenden, is door VWS in 2000 en 2001 een overbruggingsfinanciering beschikbaar gesteld.

² Er zijn raakvlakken met de revalidatiegeneeskunde, traumatologie, orthopedie, cardiologie, huisartsgeneeskunde, fysiotherapie, bewegingswetenschappen, diëtik, arbozorg en GVO (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding).

³ Nederlandse Hartstichting, Diabetesfonds, Astmafonds, Maag Darm Lever Stichting, Reumafonds en het Wilhelminafonds (kankerbestrijding).

VWS-standpunt bij het RGO-advies

Het Ministerie van VWS onderschrijft het advies van de RGO. Ten eerste wordt de noodzaak onderkend om het onderzoek op het gebied van sport, bewegen en gezondheid een impuls te geven. Ten tweede worden de belangrijkste knelpunten in de huidige onderzoeksinfrastructuur onderkend: versnippering, gebrek aan afstemming en ad hoc financiering.

Het advies van de RGO concentreert zich – zoals gevraagd – op het onderzoeksterrein van de sportgezondheidszorg. De RGO geeft aan dat derhalve geen aanpalende disciplines zijn betrokken, waarvan sommige echter relevant worden geacht in het kader van deze nota (zoals revalidatiegeneeskunde, arbozorg en gedragswetenschappelijk onderzoek).

Ook is geen aandacht besteed aan het «facetbeleid»: de mogelijke raakvlakken met andere beleidsterreinen dan de gezondheidszorg die in het kader van deze nota nader zouden kunnen worden onderzocht (sport en bewegen in relatie tot ruimtelijke ordening, wonen, groen en recreatie, verkeer enzovoorts).

In het advies van de RGO wordt beargumenteerd waarom de nadruk is gelegd op de breedtesport; immers, daarvan valt het grootste effect voor de volksgezondheid te verwachten. Minder aandacht is er voor de topsport en voor onderwerpen die voor de volksgezondheid minder relevant worden geacht, zoals doping. Het topsportbeleid wordt in deze kabinetsperiode echter geïntensiveerd.¹ Het kabinet is er voorstander van dat bij deze beleidsintensivering ook de sportmedische aspecten van topsport worden betrokken, inclusief de noodzaak van wetenschappelijk onderzoek terzake (topsportgeneeskunde, dopinggebruik e.d.). In alle gevallen wil het kabinet er echter voor waken dat de uitkomsten van topsport-gelieerd onderzoek (uiteindelijk) ook de breedtesport ten goede zullen komen.

In het advies van de RGO ligt de nadruk op de effecten van sport en bewegen voor de gezondheid (ziektepreventie) en ligt minder nadruk op de effecten van bewegen en gezondheid voor de fitheid. Fitheid is echter wel degelijk een belangrijke doelstelling, met name voor de doelgroep jeugd en jongeren (motorische ontwikkeling). De noodzaak en effectiviteit van het bewegingsonderwijs en van jeugdsport worden door het kabinet daarom ook beschouwd als een onderwerp voor nader onderzoek.

Tenslotte moet worden geconstateerd dat het RGO-advies vooral ingaat op wetenschappelijk onderzoek en in mindere mate op beleidsvoorbereidend enevaluerend onderzoek. Monitoring wordt genoemd als een belangrijke randvoorwaarde voor de beoordeling van de effectiviteit van programma's en richtlijnen. In aanvulling op het RGO-advies zal dit moeten worden vormgegeven.

Voor wat betreft de *uitvoering* van het advies moet enig voorbehoud worden gemaakt, omdat het RGO-advies nog nadrukkelijk moet worden geplaatst in de huidige context van onderzoek, beleid en praktijk. De RGO doet aanbevelingen voor de uitvoering van een centraal gecoördineerd onderzoeksprogramma, maar heeft de haalbaarheid (uitvoerbaarheid, draagvlak e.d.) daarbij niet onderzocht.

Geen centraal orgaan in 1995

In 1995 is een haalbaarheidsstudie uitgevoerd naar een «centraal orgaan» voor onderzoek op het gebied van sport en gezondheid.² Deze studie pakte destijds negatief uit. Op dat moment werd geconstateerd dat er nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek plaatsvond op basis van de eerste geldstroom en ook niet vanuit het NWO. Decentralisering van

¹ Ministerie van VWS 1999a.

² Dutrée e.a. 1995.

gelden naar een centraal orgaan behoorde voor de verschillende partners (collectebusfondsen, SNS) niet tot de mogelijkheden. Verzekeraars en bedrijfsverenigingen waren in medefinanciering niet concreet geïnteresseerd. Samenwerking en afstemming tussen wetenschappelijke instituten was volgens betrokkenen niet afhankelijk van de instelling van één orgaan; een poging om een Interfacultair Onderzoekscentrum Sport op te richten was al eerder gestrand. Zowel financiers als onderzoekers behielden op dat moment graag de mogelijkheid om te «shoppen» (vrije markt voor vraag en aanbod). VWS stond op dat moment alleen in de wens om meer samenwerking te realiseren in de uitvoering en financiering van onderzoek op het gebied van sport en gezondheid en werd door partners bovendien verdacht van een onjuiste motivatie (bezuinigingen op de onderzoeksgelden).

Sinds 1995 is in de situatie van politiek, beleid en praktijk het nodige veranderd. Sport en bewegen hebben ontegenzeggelijk een prominentere plaats veroverd op de politieke en maatschappelijke agenda. De effecten van sport en bewegen op de volksgezondheid (en de economische effecten) zijn beter onderbouwd. De samenwerking tussen een aantal universitaire faculteiten en buiten-universitaire onderzoeksinstituten is verbeterd; dit heeft onder andere geresulteerd in de ontwikkeling van een gezamenlijk onderzoeksvoorstel.¹

De conclusies die het kabinet aan het RGO-advies wil verbinden, zijn de volgende.

- Het kabinet wil een centraal onderzoeksprogramma instellen op het gebied van sport, bewegen en gezondheid waarin een aantal centrale prioriteiten worden gesteld vanuit de onderzoeksbehoefte van beleid en wetenschap. Deze prioriteiten baseren zich grotendeels op het RGO-advies, maar worden op basis van de prioriteiten uit deze nota en de bevindingen van partners in het veld mogelijk nog aangepast.
- Voor wat betreft de prioriteiten wordt vooralsnog uitgegaan van een cluster *preventie* door sport en beweging (gezondheidsbevordering, ziektepreventie), een cluster *curatie* met behulp van sport en beweging (inzet van sport en beweging bij behandel- en revalidatiemethoden van chronische aandoeningen, handicaps en arbeidsrelevante aandoeningen) en een cluster *sportgeneeskunde* (preventie en curatie van sportgerelateerde aandoeningen).
- Het kabinet streeft naar een onderzoeksprogramma van enige omvang en duur (8 jaar) en wil daarvoor onder voorbehoud van budgettaire mogelijkheden financiering vrijmaken (zie ook hoofdstuk 15).
- De samenstelling en uitvoering van het onderzoeksprogramma komt in principe in handen van ZON/NWO. Het onderzoeksprogramma wordt afgestemd met lopende relevante onderzoeksprogramma's, waaronder ook het sociaal-wetenschappelijke onderzoek op het gebied van sport. ZON/NWO beziet de diverse uitvoeringsaspecten, waaronder de instelling van een overlegorgaan.
- De onderzoeksinfrastructuur wordt versterkt voor de duur van het onderzoeksprogramma door de instelling van twee of drie bijzondere hoogleraarstoelen mits daarbij door de betreffende universiteiten toekomstperspectief kan worden geschetst met oog op de voortzetting van deze stoelen. Deze hoogleraarstoelen worden gekoppeld aan de centrale onderzoeksprioriteiten en krijgen behalve voor de uitvoering een belangrijke functie in de coördinatie en afstemming van het onderzoek. Een pré bij de clusters «curatie» en «sportgeneeskunde» is de directe aansluiting van de hoogleraarstoel op de ziekenhuispraktijk, teneinde toegepaste wetenschap te kunnen bedrijven. Dit maakt plaatsing van de hoogleraarstoel bij een medische faculteit het meest geëigend.

Het Ministerie van VWS zal na raadpleging van ZON/NWO nader uiteenzetten op welke wijze het onderzoeksprogramma en de onderzoeks-

¹ SNUON 1999.

infrastructuur verder zullen worden ontwikkeld. Daarbij zullen ook uitvoeringskwesties worden betrokken waaronder de instelling van de bijzondere hoogleraarstoelen, de inrichting van een overlegorgaan en de kennistransfer van wetenschap naar praktijk. Door tussenkomst van ZON zullen alle geïnteresseerde universitaire faculteiten, ziekenhuizen en buiten-universitaire onderzoeksinstituten in de gelegenheid worden gesteld om zich voor de uitvoering van programmaonderdelen in te schrijven.

DEEL V, FINANCIERING EN UITVOERING

In dit deel wordt beschreven op welke wijze het kabinet meent het geformuleerde beleid te financieren (hoofdstuk 15) en hoe aan de uitvoering van de nota verder vorm en inhoud wordt gegeven (hoofdstuk 16).

15. FINANCIERING

Van «verzekeraar van ziektekosten» naar «verzekeraar van gezondheid»

Achmea Zorg N.V., onderdeel van de Achmea Groep, heeft een nieuw bedrijf opgericht onder de naam Achmea Health Services. De activiteiten van dit onderdeel van Achmea Zorg worden als een nieuw leefstijlconcept op de Nederlandse markt gepositioneerd. Achmea Zorg N.V. onderscheidt een aantal marktontwikkelingen die tot dit initiatief hebben geleid:

- in toenemende mate raakt men ervan overtuigd dat bewegen gezond is voor lichaam en geest;
- door variabele werktijden zijn minder mensen in staat om zich aan te sluiten bij teamsporten;
- de verantwoordelijkheid voor de gezondheid wordt steeds meer verplaatst van overheid naar het individu.

Met de oprichting van Achmea Health Services (het leefstijlconcept) wil Achmea zich onderscheiden in de verzadigde markt van ziektekostenproducten. Achmea realiseert een verschuiving van «verzekeraar van ziektekosten» naar «verzekeraar van gezondheid». Leefstijladvisering en fitness behoren tot de productrange. Achmea heeft hiertoe onder andere een meerderheidsaandeel verworven in een landelijk netwerk van fitnesscentra.

Een actieve, gezonde leefstijl is en blijft in de eerste plaats een vrijwillige keuze van het individu. Deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten wordt in principe door de burgers zelf bekostigd. Maar uiteraard kan deze deelname wel worden gestimuleerd en gefaciliteerd: door overheden, maar ook door werkgevers, (para-)medici, ziekenhuizen, zorginstellingen, zorgverzekeraars, het onderwijs, de sportsector, producenten van sportartikelen, enzovoorts.

In de eerste uitvoeringsperiode van de nota (2001–2005) gaat het kabinet op zoek naar partners in beleid, uitvoering én financiering. Oogmerk hiervan is de reikwijdte en de kracht van de acties te vergroten. Bij medefinanciering (bijvoorbeeld door collectebusfondsen, zorgverzekeraars, sponsors, provincies) valt met name te denken aan de voornemens ter promotie van een actieve leefstijl en het creëren van een regionaal aanbod van sport en beweging voor chronisch zieken. Bij vrijwel alle voornemens komt de implementatie overigens (vooral) voor rekening van de desbetreffende actoren: gemeenten, (openbare) gezondheidszorg, werkgevers, sportsector, enzovoorts.

Voor het kabinet is de in deze nota beoogde gezondheidswinst door sport en beweging een afdoende reden om de realisering van het geformuleerde beleid financieel te ondersteunen. Een deel van de beleidsvoornemens wordt bekostigd uit de huidige middelen. Daarnaast stelt het kabinet extra middelen beschikbaar voor de realisering van nieuwe voornemens. Dit betreft een bedrag oplopend van f 4 miljoen in 2001 en f 8 miljoen in 2002 tot f 12 miljoen in de periode 2003 (e.v.).

In de navolgende tabel is de financiering van het beleid (huidige en extra middelen) naar thema's uitgewerkt. De bedragen in de tabel zijn exclusief:

- bijdragen aan de uitvoering vanuit instellingen die overheidssubsidie ontvangen, waaronder het NISB, het NIGZ, de NSPH, Stichting Consument & Veiligheid, NeCeDo en het Trimbos Instituut;
- bijdragen vanuit ZON-programma's (Preventie, Gezond Leven e.d.);
- bijdragen vanuit de breedtesportimpuls en het fonds OGZ.

Beleidsthema's	Vindplaats: hoofdstuk	Huidige middelen 2001 t	Intensivering 2001 t+1	Intensivering 2002 t+2	Intensivering 2003 t+3	Totaal beschikbaar vanaf 2003
Actieve leefstijl	5	3 100 000	700 000	700 000	2 500 000	5 600 000
Chronisch zieken	6	160 000	300 000	1 300 000	2 000 000	2 160 000
Sport en Arbo	7	0	0	450 000	700 000	700 000
Veilig sporten	8	975 000	400 000	900 000	900 000	1 875 000 ¹
Topsport	8	800 000	300 000	550 000	700 000	1 500 000 ²
Sportgezondheidszorg	9	1 050 000	300 000	700 000	800 000	1 850 000
Doping	10	2 600 000	800 000	600 000	600 000	3 200 000
Onderzoek	14	1 500 000 ³	1 000 000	2 500 000	3 500 000	5 000 000
Overig		0	200 000	300 000	300 000	300 000
TOTAAL		10 185 000	4 000 000	8 000 000	12 000 000	22 185 000

¹ P.m. grootschalige implementatie EHBSO in de sportvereniging.

² P.m. centrale invoering gezondheidscurriculum.

³ Vanaf 2003.

16. UITVOERING, MONITORING EN EVALUATIE

In deze nota is een beleidsvisie neergelegd op het gebied van sport, bewegen en gezondheid. Gebaseerd op een gedegen analyse is beleid geformuleerd, waar mogelijk uitmondend in concrete voornemens. In sommige gevallen zal echter eerst nader onderzoek nodig zijn of zal het beleid in samenwerking met relevante partners verder moeten worden uitgewerkt vóórdat concrete voornemens kunnen worden benoemd.

Ter realisering van het beleid zal, direct volgend op deze nota, vooraleerst voor de periode 2002 t/m 2005 een werkplan worden opgesteld in overleg met de – vele – betrokken partijen. Dit werkplan krijgt het karakter van een beleidsprogramma. Rond de belangrijkste thema's of programmalijnen (zie tabel hoofdstuk 15) zullen concrete projecten worden benoemd. Van iedere programmalijn en van ieder project zal het beoogde resultaat (output) en het beoogde effect (outcome) worden aangegeven, alsmede de betrokken actoren, de te ondernemen activiteiten, de planning en de inzet van middelen. Het werkplan krijgt een voortschrijdend karakter en zal jaarlijks worden bijgesteld.

In deze nota zijn voor de verschillende beleidsterreinen operationele en dikwijls ook gekwantificeerde doelstellingen gesteld. De meeste doelstellingen kennen een horizon van 10 jaar. Waar mogelijk is ook een doelstelling op een termijn van 5 jaar gesteld. Deze wijze van beleidsvoering noodzaakt uiteraard tot een gedegen vorm van monitoring en evaluatie, tussentijds en na afloop van de eerste uitvoeringsperiode (t/m 2005). Aan de hand van de resultaten van monitoring en evaluatie zal worden bezien op welke wijze het beleid na 2005 zal worden vervolgd teneinde de beoogde doelstellingen te behalen. In de uitvoering van de verschillende programmalijnen zullen voor monitoring en evaluatie voldoende middelen worden vrijgemaakt.

17. BIJLAGEN

17.1. Begrippenlijst

Activiteit

Onder lichamelijke *activiteit* wordt elke houding of beweging verstaan geproduceerd door de skeletspieren waarbij het intensiteitsniveau boven rustmetabolisme ligt. De mate van lichamelijke activiteit hangt samen met het type, de duur, de intensiteit en de frequentie van bewegen. Het metabolisme tijdens rust wordt gesteld op 1 MET (metabolic equivalent); dit komt overeen met een zuurstofverbruik van 3,5 ml per kilogram lichaamsgewicht per minuut. Een activiteit van 4 MET komt dan overeen met een energieverbruik van 4 maal RMB (resting metabolic rate).

Beweging

Onder *beweging* worden alle vormen verstaan die een zekere lichamenlijk activiteit veronderstellen (zie *activiteit*). Van beweging bestaan meer en minder intensieve vormen. Afgemeten aan de *Nederlandse Norm Gezond Bewegen* (zie aldaar) gaat het om vormen van beweging die ten minste als *matig intensief* kunnen worden aangemerkt. Hiertoe behoren activiteiten zoals tuinieren, klussen, stofzuigen, traplopen, dansen, (stevig) wandelen, fietsen en dergelijke. De meeste vormen van *sport* (zie aldaar) kunnen worden gekenschetst als *intensief*.

Chronische aandoening of ziekte

Een *chronische aandoening of ziekte* heeft men wanneer er sprake is van een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op volledig herstel, vaak gepaard gaand met een (geleidelijke) achteruitgang en met een gemiddeld lange ziekteduur.

Doping

In Nederland wordt het standpunt gehanteerd dat pas sprake is van *dopinggeduide middelen* wanneer het gebruik ervan én de sportprestatie bevordert én een gezondheidsrisico met zich meebrengt. Dit standpunt houdt een beperking in ten opzichte van de IOC-lijst, waar niet het én-én-, maar het óf-óf-beginsel wordt gehanteerd.

Facetbeleid

Facetbeleid richt zich op het beïnvloeden van beleid van andere sectoren ten behoeve van de doelstelling van het eigen beleid. Facetbeleid kan zich op allerlei aspecten richten en op alle niveaus plaatsvinden.

Fitheid

Lichamelijke fitheid bestaat uit een verzameling kenmerken die een individu bezit dan wel verwerft om lichamenlijk actief te kunnen zijn. Bij lichamenlijke *fitheid* wordt meestal een onderscheid gemaakt tussen *prestatiegerelateerde* fitheid (lenigheid, snelheid, coördinatie, spierkracht, uithoudingsvermogen) en *gezondheidsgerelateerde* fitheid (lichaamsvetverdeling, botdichtheid, bloeddruk, glucose- en insulinespiegel).

Handicap

De term *handicap* wordt gebruikt wanneer sprake is van een stoornis, functionele beperking of sociaal nadeel, waarbij in de regel echter sprake is van een stabiele situatie.

Gezondheid, volksgezondheid, gezondheidstoestand

Gezondheid is volgens de meest enge definitie de afwezigheid van ziekten; en volgens de meest ruime een toestand van lichamenlijk, sociaal en geestelijk welbevinden (WHO, Health for All). In deze notitie wordt de ruime definitie gehanteerd.

De *volksgezondheid* betreft de gezondheid van de totale bevolking; het gemiddelde van de gezondheid van alle individuen.

De *gezondheidstoestand* wordt door het RIVM in de VTV beschreven aan de hand van vier typen indicatoren, namelijk: (1) de aan- of afwezigheid van ziekten en aandoeningen; (2) het functioneren en de kwaliteit van leven (ervaren gezondheid, het voorkomen van beperkingen en handicaps, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid); (3) mortaliteit (doodsoorzaken; levensverwachting), en (4) samengestelde volksgezondheidsmaten (gezonde levensverwachting).

Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Gebaseerd op internationale richtlijnen is de *Nederlandse Norm Gezond Bewegen* in 1998 ontwikkeld door een aantal toonaangevende universiteiten en onderzoeksinstituten. Met behulp van deze norm kan worden bepaald of men zodanig beweegt dat hiervan een gezondheidseffect uitgaat. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen stelt dat dit gezondheidseffect pas wordt bereikt als men minstens vijf keer per week een half uur *matig intensief* beweegt (norm voor volwassenen). Wat matig intensief bewegen is (gemeten in MET's – zie onder *activiteit*) verschilt eigenlijk van persoon tot persoon; bij de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is voornog alleen een indeling gemaakt in verschillende leeftijdsfasen.

Openbare gezondheidszorg

Die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming van en bevordering van de volksgezondheid (Platform openbare gezondheidszorg 2000a).

Preventie (primair, secundair, tertiair)

Bij *preventie* worden interventies gepleegd waarmee een of meer schakels uit het «causale netwerk» worden weggenomen die kunnen leiden tot (verdere) gezondheidsproblemen en ziekten. Daarvoor is het noodzakelijk dat een of meer determinanten van een gezondheidsprobleem bekend zijn en dat de effectiviteit van maatregelen is bewezen. Bij preventie wordt onderscheid gemaakt in primaire, secundaire en tertiaire preventie. *Primaire preventie* bestaat uit maatregelen die beogen ziekten en gezondheidsproblemen te voorkomen en/of de gezondheid in algemene zin te bevorderen.

Secundaire preventie heeft betrekking op het vroegtijdig opsporen van ziekten met het oog op tijdige behandeling, waardoor prognoseverbetering optreedt.

Tertiaire preventie beoogt het beloop van ziekten gunstig te beïnvloeden, waardoor complicaties, beperkingen en handicaps kunnen worden voorkomen. Tertiaire preventie valt dikwijls samen met de curatieve behandeling van een ziekte.

Public health

Public health beleid omvat het totaal aan activiteiten die gericht zijn op de preventie van ziekten, op de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking alsmede op het herstel van de gezondheid bij ziekten en de begeleiding van zieken. (Rengelink 1998)

Sport

In het kader van deze nota is *sport* een bijzondere, meestal intensieve vorm van *beweging* (zie aldaar). Vanuit het perspectief van de (volks-) gezondheid is het accent in de nota gelegd op de *breedtesport*, echter waar relevant worden ook voornemens in relatie tot de *topsport* behandeld.

Onder de *georganiseerde sport* wordt verstaan de ledenstructuur van NOC*NSF (sportbonden en sportverenigingen).

Sportgezondheidszorg, sportgeneeskunde

Sportgezondheidszorg: het geheel aan (preventieve en curatieve) medische, paramedische en aanverwante dienstverlening ten behoeve van de doelgroep sporters of potentiële sporters.

In de *sportgeneeskunde* ligt het accent op de curatieve behandeling van sportgerelateerde aandoeningen. De Vereniging voor Sportgeneeskunde definieert dit als een horizontaal medisch specialisme, dat zich richt op het herstellen en waarborgen van de gezondheid van deelnemers aan sport en sportieve activiteiten, door middel van sportgeneeskundig consult, onderzoek en begeleiding, waarbij uitdrukkelijk rekening wordt gehouden met de sportieve belasting in relatie tot de belastbaarheid van het individu.

17.2. Afkortingenlijst

ALO	Academie voor Lichamelijke Opvoeding
AO	Algemeen Overleg (in de Tweede Kamer)
ARBO	Arbidsomstandigheden
ATLAS	Adolescent Training and Learning to Avoid Steroids
AVO	Aanvullend Voorzieningen Onderzoek
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOM	Bewegingsadvies Op Maat
BRAVO	Voldoende Bewegen, niet Roken, matig Alcoholgebruik, gezonde Voeding, Veiligheid en Veilig Vrijen, voldoende Ontspanning
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCMS	Centraal College Medisch Specialisten
CIOS	Centraal Instituut Opleiding Sportleiders
COS	Centrum voor internationale samenwerking
DoCoNed	Stichting Doping Controle Nederland
EHB(S)O	Eerste Hulp Bij (Sport) Ongelukken
EMGO	Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (Vrije Universiteit A'dam)
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FARBO	Vrije afschrijving investeringen arbeidsomstandigheden
GALM	Groninger Actief Leven Model
GBW	Centrum GezondheidsBevordering op de Werkplek
GES	GezondheidsEffectScreening
GIOS	Groen in en om de stad (LNV-regeling in het kader van het grote-stedenbeleid)
GVO	GezondheidsVOorlichting
IADA	International Anti Doping Arrangement
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOC	Internationaal Olympisch Comité
IPO	InterProvinciaal Overleg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JiB	Jeugd in Beweging
KNAU	Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie
KNGU	Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie
KNMI	Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut
KNWU	Koninklijke Nederlandse WielerUnie
KUB	Katholieke Universiteit Brabant
KVLO	Koninklijke Vereniging voor Leraren Lichamelijke Opvoeding
LC	(Landelijk Contact) Nederlands Instituut voor Lokale Sport en Recreatie
LERF	Landelijke Erkenningregeling Fitnesscentra (ingesteld door branche-organisatie Fit!Vak)
LIS	Letsel Informatie Systeem
LNV	Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij
LOSB	Landelijke Organisatie voor Sport en Bewegen (voorloper van het NISB)

LSM	(Project) Lijf, Sport en Middelen
NEBAS – NSG	Nederlandse Bond voor Aangepaste Sporten – Nederlandse sportbond voor mensen met een verstandelijke handicap
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NeCeDo	Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken
NFWS	Nederlandse Federatie voor Werkers in de Sport
NGS	Nederlands Genootschap voor Sportmassage
NGT	Nationale GezondheidsTest
NHS	Nederlandse Hippische Sportbond
NIB	Nederland in Beweging!
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIOS	Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sportfederatie
NSPH	the Netherlands School of Public Health
NVFS	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sport-gezondheidszorg
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OCenW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
PABO	Pedagogische Academie BasisOnderwijs
PACE	Physician Assisted Counseling for Exercise
PAR	Populatie Attributief Risico
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
REA	Wet op de (re)integratie van arbeidsgehandicapten
RCT	Randomized Controlled Trial
RGO	Raad voor het Gezondheidsonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSI	Repetitive Strain Injury
RUG	Rijksuniversiteit Groningen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SBV	Sport Blessure Vrij
SCALA	Stimuleringsstrategie voor mensen met een Chronische Aandoening: een Leven Lang Actief
SEH	Spoedeisende Hulp
SEO	Stichting Economisch Onderzoek (van de Universiteit van Amsterdam)
SES	Sociaal-Economische Status (afgeleid uit opleiding, inkomen en beroep)
SMA	SportMedisch Adviescentra
SMI's	SportMedische Instellingen
SGA	SportGeneeskundige Afdeling (van een ziekenhuis)
SLO	Stichting LeerplanOntwikkeling
SNS	Stichting Nationale Sporttotalisator
SNUON	Samenwerkende Nederlandse Universiteiten en Onderzoeksinstituten (op het gebied van de sport-gezondheidszorg)
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBO	TijdBestedingsOnderzoek
TEC	Topsport Expertise Centrum

TK	Tweede Kamer
TNO-A	TNO-Arbeid
TNO-PG	TNO-Preventie en Gezondheid
UM	Universiteit Maastricht
UU	Universiteit Utrecht
UvA	Universiteit van Amsterdam
UVI's	Uitkeringsinstellingen
VenW	Ministerie van Verkeer en Waterstaat
VINEX	Vierde Nota ruimtelijke ordening Extra
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VRIN	Vereniging Revalidatie INstellingen
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VSG	Vereniging voor Sportgeneeskunde
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen
VU	Vrije Universiteit (Amsterdam)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WADA	World Anti Doping Agency
WAO	Wet ArbeidsOngeschiktheid
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WED	Wet op de economische delicten
WHO	World Health Organisation
WOCZ	Werkverband Overleg Chronisch Zieken
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
ZON	Zorgonderzoek Nederland

17.3. Literatuurlijst

American College of Sports Medicine (ACSM): *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities*. Human Kinetics, Campaign, Ill, 1997.

Backx F. J. G., H. Swinkels en E. Bol: «Hoe lichamelijk inactief zijn Nederlandse volwassenen in hun vrije tijd?» In: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 1994:13, blz. 14–16.

Baken, W. C.: *Sportbeoefening door mensen met een handicap, Een literatuurstudie*. Bunnik/Haarlem: NEBAS/De Vrieseborch, 1997.

Bervaes, J. C. A. M., D. M. Pronk en T. A. de Boer: *Recreatie in de Dordwijkzone*. Wageningen: LU/Alterra, 1997.

Bol, E., F. J. G. Backx en H. Swinkels: «Gezondheidsverschillen in relatie tot lichamelijke activiteit in de vrije tijd.» In: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 1997:16 (nr. 2), blz. 4–16.

Bottenburg, M. van en K. Schuyt: *De maatschappelijke betekenis van sport*. Arnhem: NOC*NSF, juni 1996.

Bottenburg, M. van en I. Geesink: *Onderzoeksprogrammering in de sport, Knelpunten en kansen voor de programmering van sociaal-wetenschappelijk onderzoek op sportgebied*. Den Bosch: Diopter, september 2000.

Broek, A. van den, W. Knulst en K. Breedveld: *Naar andere tijden? Tijdsbesteding en tijdsordening in Nederland, 1975–1995*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, november 1999.

Coumans, B. en M. T. W. Leurs: «Gezond bewegingsadvies voor mensen met een chronische ziekte.» In: reader behorend bij *Hink, Stap, Sprong; 3e congres Nederland in Beweging*. Arnhem: NOC*NSF, maart 2001.

Coumans, B. en M. T. W. Leurs: «Richtlijnen gezond bewegen.» In: reader behorend bij *Hink, Stap, Sprong; 3e congres Nederland in Beweging*. Arnhem: NOC*NSF, maart 2001.

Coumans, B. en W. van Montfort: *Gezond in Beweging II, Een stap voorwaarts naar een verantwoord en structureel sport- en bewegings(stimulerings)beleid voor mensen met een chronische ziekte*. Arnhem: NOC*NSF/NISB, 2000.

Cuijpers, P., R. Jonkers en J. F. E. M. Keijsers: *Leefstijlcampagnes in Nederland, Analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering*. Den Haag: ZON, september 2000.

Dawson, M. M., P. M. Bongers en V. H. Hildebrandt: «Sportparticipatie in de vrije tijd en welbevinden, ziekteverzuim en medische consumptie van werknemers. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 1998:76 (nr. 3), blz. 130–136

Diopter – Janssens & Van Bottenburg: *Richtlijn Sportdeelname-Onderzoek (RSO), Standaardmodel voor onderzoek naar sportdeelname*. 's-Hertogenbosch: Diopter, oktober 2000.

Diopter – Janssens & Van Bottenburg: *Verenigingsmonitor 2000, de stand van zaken in de sportvereniging*. Arnhem: NOC*NSF, december 2000. (NOC*NSF publicatie nummer 518)

Dolmans, A. J.: *Sudden death in sports*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1983.

Dutrée, dr. M. A., mr.drs. D. E. de Bock en drs. A. van Mourik-van Herk: *Haalbaarheidsstudie centraal orgaan voor onderzoek op het gebied van sport en gezondheid*. Utrecht: Berenschot, maart 1995.

Elzinga, G. en R. H. Wong: *Recreatie dicht bij huis, Welzijn en gezondheid*. Den Haag: Stichting Recreatie, augustus 1996.

Frederiks, A. M. e.a.: «Body index measurements in 1996–7 compared with 1980.» In: *Arch Dis Child* 2000 (82): blz. 107–112.

Gezondheidsraad: *RSI*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000 (publicatie nr. 2000/22).

Goedhart, E. A. en F. J. G. Backx: *Kwaliteitsbeleid in de sport-gezondheidszorg: een inventariserend onderzoek*. Arnhem: NOC*NSF, juni 1996.

Goedhart, E. A.: *Strategisch Plan Sportgezondheidszorg, Een eerste aanzet voor 2000 e.v. (interne rapportage)*. VSG/NVFS/NGS/FSMA/NOC*NSF, Oktober 1999.

Groot, S. de, F. Hartgens en M. F. Zweers: *Enquête onder topsporters over doping, dopingcontroles en medicijngebruik in de sport*. Rotterdam: NeCeDo i.s.m. NOC*NSF, 1999.

Gijsbertse, H.: *Recreatie = gezond, Beweging en ontspanning*. Den Haag: Stichting Recreatie KIC, november 1999.

Haan, Jos de en Koen Breedveld: *Trends en determinanten in de sport, Eerste resultaten uit het AVO 1999*. Den Haag: SCP (werkdokument 68), december 2000.

Harrison, C., J. Burgess, A. Millward en G. Dawe: *Accessible natural greenspace in towns and cities, A review of appropriate size and distance criteria*. English Nature Research Reports no 153, 1995.

Hartgens, F. e.a.: *Huisarts en doping, Een onderzoek naar de aard en omvang van consulten over doping bij huisartsen en naar de kennis en attitude van huisartsen over doping*. Rotterdam/Leiden: NeCeDo/TNO-PG, 1998.

Hendriksen, I. J. M.: *The effect of commuter cycling on physical performance and on coronary heart disease risk factors*. Amsterdam, 1996.

Heuvel, M. van den en H. van der Poel: *Sport in Nederland, Een beleidsgerichte toekomstverkenning*. Tilburg: KUB, juni 1999.

Hildebrandt, V. en K. The: «Sport en bewegen voor werknemers: een middel om de inzetbaarheid te vergroten en een wapen tegen verzuim- en WAO-intrede?» (conceptversie 3 april 2001, aangeboden)

Hildebrandt, V. H., W. T. M. Ooijendijk en M. Stiggelbout: *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 1998/1999*. Hoofddorp/Leiden (TNO), 1999. ISBN 90 5458 735 0.

Hoeben, J.: «Lichamelijke activiteit in de vrije tijd?» In: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1998*: 5, blz. 18–26.

Hoekstra, E., I. van Liempd en F. de Vos: *Het Buitenland, buitenspeelruimten voor 0- tot 4-jarigen, werkboek voor kinderdagverblijven en peuterspeelzalen*. VOG/Elsevier bedrijfsinformatie bv, 2000.

Hoekstra, E., I. van Liempd en F. de Vos: *Vrijbuiten, buitenspeelruimten voor 4- tot 12-jarigen, werkboek voor buitenschoolse opvang en basisscholen*. VOG/Elsevier bedrijfsinformatie bv, 2000.

Hoenselaars, M.: *Studielast van trainer-A opleidingen, Een onderzoek naar de studielast van cursisten die een trainer-A opleiding hebben gevolgd*. Den Haag, maart 1995 (onderzoeksstage Sport, Bewegen en Gezondheid aan de Universiteit Utrecht i.s.m. het Ministerie van VWS).

Hon, O. M. de en F. Hartgens: *Denksport en doping, Een verkennend onderzoek naar farmacologische stoffen die de prestatie bij denksporten kunnen verbeteren*. Capelle a/d IJssel: NeCeDo, juli 2000.

Huizing, drs. G.: *Gezondheid, eer en prestige, Kwalitatief onderzoek onder Nederlandse wielrenners, trainers en sportartsen over training, recuperatie, vitaminepreparaten, voedingssupplementen en doping*. Arnhem: NOC*NSF (BOK project), februari 2001.

Kegel, M.: *Club Extra onderzocht 1, Een literatuurverkenning van achterstanden in de motorische ontwikkeling*. Bunnik/Utrecht, NEBAS – NSG/Universiteit Utrecht, juli 1999.

Kegel, M.: *Club Extra onderzocht 2, Retrospectieve evaluatie van een bewegingsprogramma voor kinderen met motorische achterstanden*. Bunnik/Utrecht, NEBAS – NSG/Universiteit Utrecht, juli 1999.

Kemper, H. C. G. e.a.: *De effecten van 20 jaar sport, lichamelijke activiteit en overige leefstijl op de gezondheid op latere leeftijd*. Amsterdam (VU/EMGO), mei 2000.

Keijsers, J. F. E. M. en L. Vaandrager (redactie): *Gezond Leven, Stand van zaken en voorstel voor programmering*. Den Haag: ZON/NIGZ, juli 2000.

Kleij, drs. R. van: *Lijf, Sport en Middelen, Voorlichting over dopinggeduide middelen voor beoefenaren van een kracht- en/of cosmetische sport*. Rotterdam: NeCeDo/NOC*NSF, juni 1996.

Leurs, M. T. W. e.a. (redactie): *Nederland in Beweging!, Voortschrijdend strategisch plan 1999–2000*. Arnhem: NOC*NSF, februari 1999 (publicatienr 419)

Linneman, M. A. e.a. (redactie): *Wat beweegt senioren?* Arnhem/Amsterdam: NOC*NSF/VU, juni 2000 (publicatienr 500).

Mechelen, W van: *Bedrijfsgezondheidszorg in Beweging, Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar sociale geneeskunde, in het bijzonder de bedrijfsgezondheidszorg, aan de faculteit van de Vrije Universiteit Amsterdam op 20 april 2000*. Amsterdam: VU, april 2000.

Mechelen, W. van en E. Bol: *Lichamelijke activiteit en gezondheid, Voorstel voor een onderzoeksprogramma*. Amsterdam/Utrecht: SNUON (Samenwerkende Nederlandse universiteiten en onderzoeksinstituten), 1999.

Meegdes, J.: *Notitie Toekomst Sportmedische Zorgcentra*. Arnhem: NOC*NSF/ZorgConsult Nederland, mei 1999.

Mercus, J. en B. Coumans: «Milieu.» In: *Sport, Bewegen & Gezondheid, Preventie en zorg in de praktijk* 1999: nummer 10.

Mercus, P. en N. Warmenhoven: *Sport Blessure Vrij, Overstap naar de 21ste eeuw, Strategisch Plan*. Arnhem: NOC*NSF, 1999 (publicatienr. 478).

Middelma, K. F. G. e.a.: «Waarom niet de sportarts?, Huisarts en fysiotherapeut vaak eerste keus.» In: *Medisch Contact* 1999:54 (nr. 25), blz. 912–915.

Ministerie van LNV: *Natuur voor mensen, mensen voor natuur, Nota natuur, bos en landschap in de 21e eeuw*. Den Haag, juli 2000.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW): *Arbo-balans 1999*. Den Haag, 1999 (1999a).

Ministerie van SZW: *Arbo-convenanten nieuwe stijl: beleidsstrategie voor de komende vier jaar (1999–2002)*. Den Haag, januari 1999 (1999b).

Ministerie van SZW: *Arbo-convenanten nieuwe stijl, Meer veiligheid en gezondheid op het werk*. Den Haag, september 2000 (publicatienr. B252) (2000a).

Ministerie van SZW/Centraal Bureau voor de Statistiek: *Arbeidsomstandigheden 2000, Monitoring via personen*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie, november 2000 (2000b).

Ministerie van SZW: *Voortgangsnota Arbeidsongeschiktheidsregelingen*. Den Haag, april 2000 (2000c).

Ministerie van Verkeer en Waterstaat (VenW): *Eindrapport Masterplan Fiets, Samenvatting, evaluatie en overzicht van de projecten in het kader van het Masterplan Fiets, 1990–1997*. Den Haag, januari 1998.

Ministerie van VenW: *Lopen en fietsen: goed voor gemeentelijk beleid, Argumenten voor fietsers- en voetgangersbeleid vanuit verschillende beleidsterreinen*. Den Haag, juni 2000.

Ministerie van VenW: *Van A naar Beter, Nationaal Verkeers- en Vervoersplan 2001–2020. Deel A, Hoofdpijnen van beleid; Deel B, Planologische Kernbeslissing; Deel C, Beleidsagenda van het rijk*. Den Haag, 2000.

Ministerie van VROM: *Mensen, Wensen, Wonen, nota Wonen (ontwerp)*. Den Haag, mei 2000 (publicatienr 13 522/171).

Ministerie van VROM: *Ruimte maken, ruimte delen, Vijfde Nota over de Ruimtelijke Ordening 2000/2020*. Den Haag, januari 2001 (publicatienr. 15562/179).

Ministerie van VWS: *Beleidsagenda 2001, Speerpunten van VWS*. Den Haag, september 2000c.

Ministerie van VWS: *Beleidsbrief breedtesportimpuls, het breedtesport-beleid van de rijksoverheid*. Den Haag, juni 1999b.

Ministerie van VWS: *Gezond bewegen en veilig sporten, mogelijkheden voor gemeenten en hun GGD'en*. Den Haag, januari 2000a. (Uitgave nummer 4 in de reeks «Kijk op Lokaal Sportbeleid»).

Ministerie van VWS: *Gezond en Wel, Het kader van het volksgezondheids-beleid 1995–1998*. Den Haag, maart 1995. Tweede Kamer, Vergaderjaar 1994–1995, 24 126, nr. 1.

Ministerie van VWS: *Kansen voor Topsport, Het topsportbeleid van de rijksoverheid*. Den Haag, februari 1999a.

Ministerie van VWS: *Sportmedische begeleiding en sport-gezondheidszorg*. Tweede Kamer. Vergaderjaar 1986–1987, 19 851, nrs. 1–2. Den Haag, januari 1987.

Ministerie van VWS: *Strategische notitie Versterking public health-beleid*. Den Haag, maart 1999. (Interne notitie)

Ministerie van VWS: *Veilig Thuis*. Den Haag, december 1997. Tweede Kamer, Vergaderjaar 1997–1998, 25 825, nr. 1.

Ministerie van VWS: *Wat sport beweegt, Contouren en speerpunten voor het sportbeleid van de rijksoverheid*. Den Haag, november 1996. Tweede Kamer, Vergaderjaar 1996–1997, 25 125, nr. 1.

Ministerie van VWS: *Werken aan sociale kwaliteit, Welzijnsnota 1999–2002*. Den Haag, 1999c. Tweede Kamer, Vergaderjaar 1999–2000, 26 477, nr. 2).

Ministerie van VWS: *Werk in uitvoering, Sociale kwaliteit. Programma-lijnen Welzijnsnota 1999–2002*. Den Haag, juni 2000b.

Ministerie van VWS: *Zorgnota 2001*. Den Haag, september 2000d. Tweede Kamer vergaderjaar 2000–2001, 27 401 nrs 1, 2 en 3.

Mosterd, W. L. e.a.: *Bewegen gewogen, Inventarisatie van wetenschappelijke gegevens en formulering van aanbevelingen ter ondersteuning van actiegericht beleid inzake sport en (volks)gezondheid*. Utrecht: Universiteit Utrecht, juni 1996.

Mosterd, W. L.: «Plotse dood bij sport in Nederland». In: *Bijblijven* 1999:15 (nr. 10), blz. 68–74.

Mulder, S., F. Blankendaal en W. Schoots: *Veilig sporten, concept-bijdrage voor de sportnota (interne notitie)*. Amsterdam: Stichting Consument & Veiligheid, april 2001.

Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ): *Chronisch-ziekenbeleid in de jaren negentig*. Utrecht: SWP, 1999.

NEBAS: *Tussentijdse evaluatie project Revalidatie en Sport*. April 1999.

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg: *NVFS Visiedocument 1999*. Arnhem, juni 1999.

NISB, NEBAS – NSG en NOC*NSF: *Strategisch Plan Sport en bewegen voor mensen met een chronische aandoening 2001–2004*. Arnhem: NISB (in voorbereiding).

NOC*NSF: *Anti-dopingbeleid topsport 2001–2004, Strategie en plan van aanpak*. Arnhem: NOC*NSF (in voorbereiding).

NOC*NSF: *Eetstoornissen... een probleem in de Nederlandse (top)sport?, Een inventariserend onderzoek naar eetproblemen/eetstoornissen in de Nederlandse (top)sport en de mogelijkheden voor preventie en zorg*. Arnhem: NOC*NSF, augustus 2000a.

NOC*NSF: *Kengetallen sportbeoefening 1999 – op basis van de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO)*. Arnhem: NOC*NSF, december 2000 (publicatienr 519).

NOC*NSF: *Nederland Sportland, Manifest*. Arnhem, 2000b.

Ooijendijk, W. T. M., M. Stiggelbout en S. de Loor: *Sportartsen in Nederland: verleden, heden en toekomst*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, november 1997 (TNO-rapport 97005).

Oijen, M. van: *De integrale begeleidingsbehoefte van topsporters, Een onderzoek naar de huidige en wenselijke begeleiding van topsporters*. Utrecht/Arnhem: Universiteit Utrecht/NOC*NSF, juni 1998 (afstudeerscriptie).

Pate, R. R., M. Pratt, S. N. Blair e.a.: «Physical activity and public health: a recommendation from the Centres for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine». In: *JAMA* 1995:273, blz. 402–407.

Peters, H. P. F.: «Minder klachten door gebruik sportdrink, Maagdarmklachten bij langdurige inspanning.» In: *Voeding* 1996:57 (nr. 9), blz. 18–20.

Platform openbare gezondheidszorg: *Slotdocument*. Den Haag: Ministerie van VWS, juni 2000b.

Platform openbare gezondheidszorg: *Spelen op de winst, Een visie op de openbare gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS, januari 2000a.

Poel, H. van der: *Bewegingsruimte, Verkenning van de relatie sport en ruimte*. Tilburg/Haarlem: KUB/De Vriesborch, 2001.

Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen-II: *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen, Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZON, maart 2001.

Proper, K. I., J. B. Staal, V. H. Hildebrandt en W. van Mechelen: «Het effect van bedrijfsbewegingsprogramma's op bedrijfsgebonden uitkomstmaten, Een systematische literatuurstudie.» In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2000a:78 (nr. 8), blz. 472–478.

Proper, K., V. Hildebrandt, I. Urlings en S. Eikhout: «Trap eens wat vaker naar je baas, Fietsen naar het werk als remedie tegen bewegingsarmoede.» In: *Arbeidsomstandigheden* 4/2000b, blz. 40–43.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): *Advies onderzoek sportgezondheidszorg, sport en bewegen*. Den Haag: RGO, maart 2001.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): *Gezond zonder Zorg*. Zoetermeer, augustus 2000.

RIVM: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), De som der delen*. Onder redactie van D. Ruwaard en P. G. N. Kramers. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Schmikli, S. L. en E. Bol: *Huisarts en Sport*. Utrecht: SNUON, september 1999.

Schaapveld, K. en R. A. Hirasings: *Preventiegids, Een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg*. 2e, herziene druk. Assen: Van Gorcum, 1997.

Schuit, A. J.: *Physical Activity and Public Health, State of the Art and Research Priorities in Monitoring, Etiology, Modeling and Intervention*. Bilthoven: RIVM, oktober 1997.

Schuit, A. J., E. J. M. Feskens en J. C. Seidell: «Lichamelijke activiteit in samenhang met sociaal-demografische determinanten en gezondheidskenmerken bij volwassen mannen en vrouwen in Amsterdam, Doetinchem en Maastricht». In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1999:143, blz. 1559–1564.

Seidell, J.: *Trends in obesitas, energie-inname en indicatoren van lichamelijke activiteit 1975–1995*. Bilthoven: RIVM, 2001. (Interne notitie)

Selis, M. E., S. Ghajar en D. W. Voetelink: *Adviesrapport Sport en Gezondheid*. Utrecht: november 2000.

Setten, Thea van: «Effect van voeding op sportprestaties onderschat. Voedingsadvies in de topsport is maatwerk». In: *Nationaal Sport Magazine* februari 2001.

Stam, drs. P. J. A. e.a.: *Sportief bewegen en gezondheidsaspecten: een verkennende studie naar kosten en baten*. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, mei 1996. SEO-rapport nr. 372.

Stegeman, H.: *Belang van bewegingsonderwijs, Over legitimatie en algemene doelstellingen van het schoolvak lichamelijke opvoeding*. Utrecht/Zeist: Universiteit Utrecht/Jan Luiting Fonds, november 2000.

Stichting Consument & Veiligheid: *Kostenmodel 1997–1998*. Amsterdam/Rotterdam: Stichting Consument en Veiligheid/Erasmus Universiteit, 1998.

Stichting Consument & Veiligheid: *Hersenletsel bij sportongevallen (interne notitie)*. Amsterdam: Stichting Consument & Veiligheid, mei 2001.

Stienstra, S.: «Gezondheidszorg gebaat bij goede balans tussen lichaamsbeweging en voeding». In: *Pre-Post* 2001:3, blz. 10–12.

Stichting Recreatie KIC: *Recreatie = gezond!, verslag van de CCOR-studiemiddag op 16 november*. Den Haag, december 2000.

Stiggelbout, M. en C. H. J. M. Opmeer: *Lichamelijke activiteit van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten: een actualisering*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, oktober 1999.

Stuurgroep Nationaal Contract OGZ: *Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, Intentie tot samenwerking*. Den Haag: VNG, februari 2001.

Sijbranda, A., M. Visser, G. Boonekamp en M. Leurs: *Sport en bewegen voor chronisch zieke jeugd, Uitgangspunten voor een strategische visie op bewegingsstimulering van kinderen tot 18 jaar met een chronische ziekte*. Arnhem: NOC*NSF/Jeugd in Beweging, mei 2000.

Teeffelen, W. M. van, W. L. Mosterd, J. Pool e.a.: «Acute cardiac events in sport, A case-control study.» In: *The Lancet* (aangeboden).

Tiessen, A.: *Organisatorische integratie, Hoe staat het ervoor? Inventarisatie bij de reguliere sportbonden en de NEBAS – NSG*. Bunnik: NEBAS – NSG, april 2000.

Tweede Kamer der Staten Generaal: *Wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en de Wet op de economische delicten in verband met de aanwijzing als economisch delict van illegale handel in geneesmiddelen, zulks ter verbetering van de bestrijding van doping in de sport*. Tweede Kamer vergaderjaar 1999–2000, 27 261, nrs. 1, 2 en 3.

Urlings, I. e.a.: «Onderzoek in MKB kleine bedrijven toont aan: kleine werkgevers lopen nog niet warm voor beweging.» In: *Arbeidsomstandigheden* 2001:77, nr 1.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta: USDHHS/ Centres for Disease Control and Prevention, 1996.

USDHHS: *Understanding and Improving Health*. Atlanta: USDHHS, januari 2000.

Vereniging Sportgeneeskunde: *Sportgeneeskunde, millenniumproof!, Beleidsplan van de Vereniging van Sportgeneeskunde*. December 1998 (z.p.)

Visser, M., E. Stiggelbout-de Groot, M. Stiggelbout en W. T. M. Ooijendijk: *Bewegingsstimulering in Nederland: Wie doet wat? Inventarisatie Nederland in Beweging! 1999*. Arnhem/Leiden: NOC*NSF/TNO Preventie en Gezondheid, januari 2000 (publicatienr. 459).

Vogels, T.: *Evaluatie van voorlichting over doping in een tijdschrift over bodybuilding en krachtsport*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, mei 1999 (publicatienr 99 016).

Vogels e.a.: *Lijf, Sport en Middelen, Een verkennend onderzoek naar het gebruik van prestatieverhogende middelen bij jonge mensen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994 (publicatienr. 94002).

Vollebergh, C. en V. Daniëls: «Maak je niet dik Literatuuronderzoek stelt belang fitheid boven lichaamsgewicht». In: *Tijdschrift gezondheidsvoorlichting* februari 2001.

Vriend, I., M. Hoofwijk en P. C. den Hertog: *Effectiviteit van blessurepreventieve maatregelen, Resultaten van een literatuurstudie*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 2001.

Vries, S. de, R. A. Verheij en P. P. Groenewegen: «Natuur en gezondheid, Een verkennend onderzoek naar de relatie tussen volksgezondheid en

groen in de leefomgeving». In: *Mens en maatschappij* 2000, nr 4, blz. 312–331.

Walters, R. e.a.: *Proven Strategies to Improve Older People's Health, A Eurolink Age Report for the European Commission*. Juli 1999.

Westerterp, K. R.: «Pattern and intensity of physical activity». In: *Nature* vol. 410: 539 (29 maart 2001).

Wolde, S. J. ten: *Recreatie en gezondheid, Effecten van beweging en natuurbeleving op de gezondheid*. Den Haag (St. Recreatie), augustus 1999.

Woldendorp, C. J.: «Hersenletsel». In: *Coachen* 1995:16 (nr. 4), blz. 19–21.

ZorgOnderzoek Nederland (ZON): *Programma Gezond Leven, Zoektocht naar vernieuwing*. Den Haag: ZON, januari 2001.

ZorgOnderzoek Nederland (ZON): *Langer Gezond Leven, Verslag van de expertmeeting en invitational conference en interviews met gidsen uit de praktijk*. Den Haag: februari 2001.

ZorgOnderzoek Nederland (ZON): *Programma Preventie 1998–2002, Bijstelling onderzoeksprioriteiten*. Den Haag, 1999.