Gemeenschappelijke visie
landelijke patiëntenorganisaties





Aangepast sportief bewegen

voor mensen met een chronische aandoening





In samenwerking met NebasNsg, de Nederlandse sportorganisatie voor mensen met een beperking, hebben onderstaande patiëntenverenigingen in het afgelopen jaar een gezamenlijke visie ontwikkeld ten aanzien van aangepast sportief bewegen voor mensen met een chronische aandoening:

Astma Fonds
Reumapatiëntenbond
FES Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten
Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder
Landelijke Vereniging van Geamputeerden
Nederlandse Obesitas Vereniging
Parkinson Patiënten Vereniging Nederland
Verder in Balans (kanker)
Multiple Sclerose Vereniging Nederland
Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting
Nederlandse Stomavereniging Harry Bacon
Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofiepatiënten
Reumafonds
Whiplash Stichting Nederland

Ook de volgende organisaties onderschrijven deze visie:

Alzheimer Nederland
Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland
Diabetes Vereniging Nederland
Epilepsie Vereniging Nederland
Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten
Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
Osteoporose Stichting en vereniging
Stichting Hoofd Hart en Vaten
Stichting Hart in Beweging
Vereniging Spierziekten Nederland
Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland

Aangepast sportief bewegen

Gemeenschappelijke visie van landelijke patiëntenorganisaties

1	**Inleiding**	3
2	**Doelstelling**	4
3	**Doelgroep, definities en afbakening**	5
	3.1 Doelgroep	5
	3.2 Beweegprofielen	5
	3.3 Afbakening	7
	3.4 Tertiaire preventie	7
4	**Kader en probleemstelling**	8
	4.1 Aantal en soort chronische aandoeningen	8
	4.2 Explosieve groei	8
	4.3 Waarom aangepast sportief bewegen?	10
	4.4 Afname zorgconsumptie	12
	4.5 Te weinig beweging	12
	4.6 Nederlandse Norm Gezond Bewegen	12
	4.7 Meerkosten	14
5	**Visie**	15
	5.1 Aangepast bewegingsprogramma	15
	5.2 Ketenaanbod	15
	5.3 Randvoorwaarden	15
6	**Spelers in het veld**	17
7	**Best Practices**	21
	7.1 Veenendaal	21
	7.2 Amsterdam	23
8	**Conclusies en aanbevelingen**	27
9	**Tot slot**	30
Bijlagen		31
I	Literatuurlijst	31
II	Stoomdiagram	32
Noten		33
Samenvatting		35



1 Inleiding

Uit onderzoek blijkt steeds vaker dat het effect van een actieve leefstijl op de gezondheid en kwaliteit van leven bij mensen met een chronische aandoening gunstig is. De helft van de Nederlandse bevolking had in 2004 te weinig lichaamsbeweging[1]. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen is een half uur per dag matig intensief bewegen. Uit een quick scan van TNO blijkt dat mensen met chronische aandoeningen nog minder bewegen dan mensen zonder chronische aandoeningen[2]. Daarnaast neemt het aantal mensen met chronische aandoeningen explosief toe. Daarom is het belangrijk dat mensen met chronische aandoeningen gestimuleerd worden om te bewegen. Een manier om dat te bereiken is om de randvoorwaarden voor het bewegen van mensen met chronische aandoeningen onder aangepaste omstandigheden te verbeteren. In het vervolg noemen we dit *aangepast sportief bewegen*.

In het kader van tertiaire preventie hebben wij als patiëntenorganisaties en sportorganisatie NebasNsg vanuit een gezamenlijk patiëntenperspectief een integrale visie op het aangepast sportief bewegen ontwikkeld. Een aantal andere organisaties lazen en dachten mee. Het is voor de eerste keer dat landelijke patiëntenorganisaties gezamenlijk met een *beweegvisie* naar buiten treden.

Tot nu toe was er geen duidelijke visie op het aangepast sportief bewegen. Ten aanzien van andere terreinen zoals therapie en sport bestaat wel meer eenduidigheid. Ook zijn verschillende partijen zoals gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders van beweegactiviteiten onvoldoende of niet eenduidig geïnformeerd over de noodzaak van aangepast sportief bewegen. In verband met de voortgaande decentralisering van het zorgbeleid, de stelselherziening in de zorg en de toenemende vergrijzing zullen zij er in de praktijk echter wel mee te maken krijgen. Juist in dit kader willen we als patiëntenorganisaties en NebasNsg met deze gezamenlijke visie komen. Wij geven handvatten hoe er door verschillende spelers in het veld mee gewerkt kan gaan worden.

2 Doelstelling

In dit visiedocument geven we een integrale visie op aangepast sportief bewegen voor mensen met chronische aandoeningen. We benadrukken het belang van tertiaire preventie voor deze groep. Door voldoende beweging wordt voorkomen dat het ziektebeeld bij mensen met een chronische aandoening verslechtert en de zorgconsumptie daardoor toeneemt. We geven aan welke rollen de betrokken partijen (aanbieders van beweegactiviteiten, zorgverzekeraars, gemeenten en patiëntenorganisaties) kunnen spelen bij de organisatie en financiering van aangepast sportief bewegen.
Dit visiedocument dient in de eerste plaats als uitgangspunt bij het overleg tussen aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten over de organisatie en financiering van activiteiten op het gebied van aangepast sportief bewegen. Met dit document willen we een bijdrage leveren aan de verbetering van randvoorwaarden voor aangepast sportief bewegen. Het uiteindelijke doel is dat meer mensen met een chronische aandoening deel gaan nemen aan beweegactiviteiten, die voor hen verantwoord en betaalbaar zijn.



3 Doelgroep, definities en afbakening

3.1 Doelgroep

In onze visie op aangepast sportief bewegen staan mensen met chronische aandoeningen centraal. Onder *chronische aandoeningen* verstaan we: *'een aandoening waarvan patiënten, gegeven de huidige stand van de medische wetenschap, niet volledig kunnen herstellen, dan wel waarvan bekend is dat er na herstel een sterk verhoogd risico op recidive is'*. Deze laatste toevoeging impliceert dat ook mensen die genezen zijn verklaard van bepaalde aandoeningen, zoals kanker of hart- en vaatziekten, tot de groep chronische zieken worden gerekend[3].

3.2 Beweegprofielen

Binnen de doelgroep van mensen met een chronische aandoening is er een onderscheid te maken in de mate van intensiviteit waarmee mensen (aangepast) kunnen bewegen. De aandoeningen kunnen betrekking hebben op zuiver cardiovasculair-, somatisch gebied of een combinatie daarvan. De mogelijkheden van bewegen worden bepaald door een stoornis in de functie, de beperking in de vaardigheden en het ervaren van participatieproblemen.

Mensen met een chronische aandoening, waarbij de genoemde factoren niet of nauwelijks aanwezig zijn, kunnen gewoon deelnemen aan reguliere sport- en beweegactiviteiten. Zijn de functiestoornissen en beperkingen zeer hoog dan is een gericht therapeutisch beweegprogramma nodig. Daartussen bevindt zich een overgangsgebied dat past binnen de visie van aangepast sportief bewegen. Om te bepalen wie onder welke voorwaarden kan deelnemen aan een bepaald aanbod, onderscheiden we de volgende beweegprofielen:

1 Mensen met veel functiestoornissen en beperkingen voor wie participeren aan een gezamenlijke beweegactiviteit onmogelijk is.

2 Mensen met functiestoornissen en beperkingen die afhankelijk zijn van specifiek beweegaanbod. Er zijn aanpassingen nodig om te kunnen deelnemen aan de activiteiten.

3 Mensen met weinig functiestoornissen en beperkingen die niet afhankelijk zijn van een specifiek beweegaanbod om te kunnen deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten.

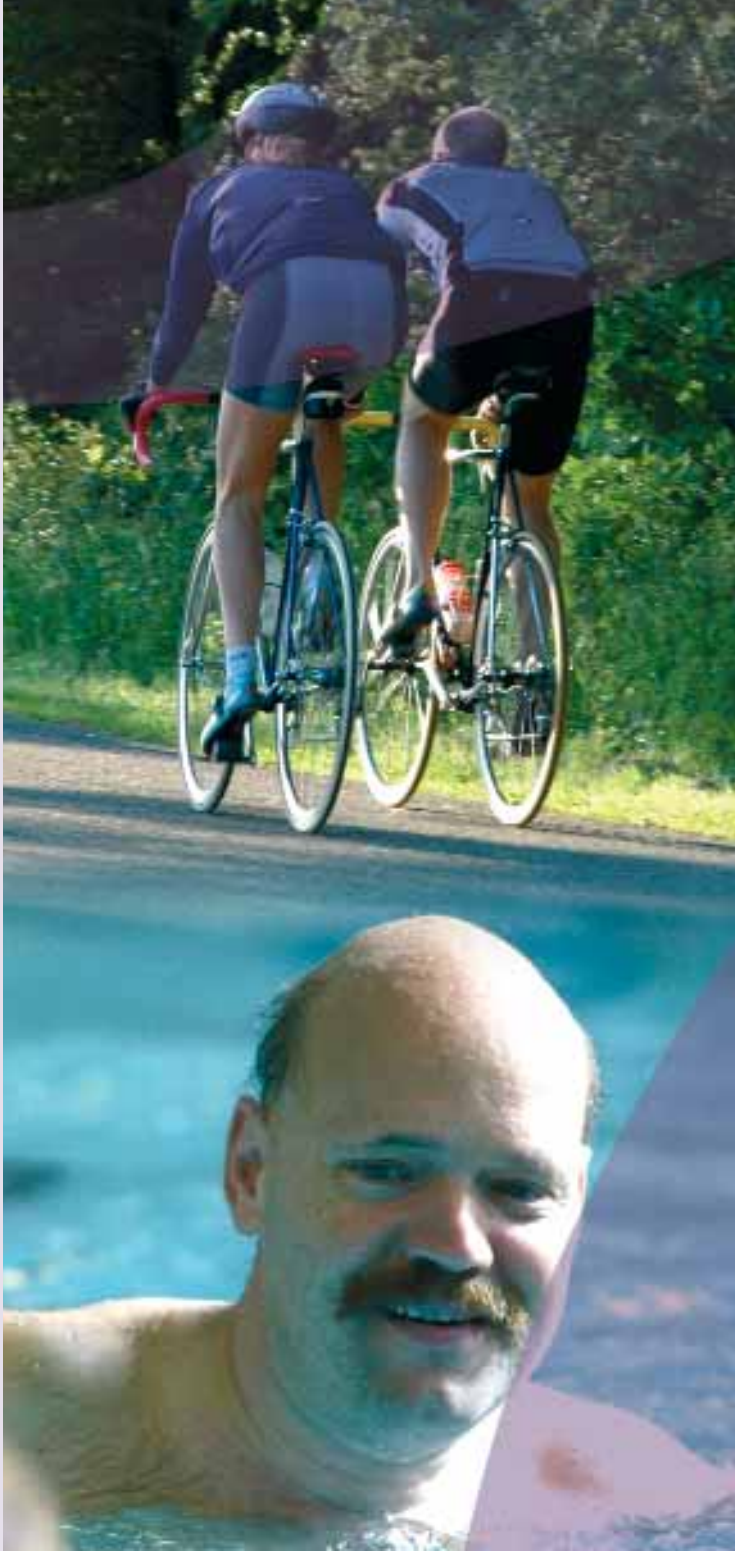
Elk beweegprofiel kent een bijpassend sport- en beweegaanbod:

1 Therapeutisch sport- en beweegaanbod
2 Aangepast sport- en beweegaanbod
3 Regulier sport- en beweegaanbod

Per profiel worden de volgende doelstellingen onderscheiden:

1 *Therapie/zorg* richt zich op het verminderen van beperkingen in de Algemene Dagelijkse Levensbehoeften (ADL) activiteiten, om het zelfstandig functioneren te verbeteren. Bewegen is een middel.
2 *Aangepast sportief bewegen* richt zich op het onderhouden van lichaamsfuncties en preventie van achteruitgang in functioneren. Bewegen is zowel een middel als een doel.
3 *Sport en bewegen* is een doel op zich.

De groepen zijn niet duidelijk van elkaar te onderscheiden, alleen al omdat mensen in de loop van de tijd tussen de drie groepen kunnen migreren (zie bijlage, II Stroomdiagram).
Het is van belang dat per aandoening profielen op basis van deze driedeling worden opgesteld. Zij moeten laten zien wanneer mensen aan ‘zorg/therapie’, wanneer aan ‘aangepast sportief bewegen’ en wanneer aan ‘reguliere sportactiviteiten’ kunnen deelnemen.



3.3 Afbakening

We richten ons in dit visiedocument op de tweede categorie: het aangepaste sport- en beweegaanbod voor mensen met een chronische aandoening. Het gaat met andere woorden niet over therapeutisch bewegen op medische indicatie, waarvoor een vergoeding geldt via ziektekostenverzekeringen. Het gaat ook niet over mensen met een chronische aandoening die kunnen meedoen aan het reguliere aanbod, al of niet in georganiseerd verband.

3.4 Tertiaire preventie

Door regelmatig te bewegen verslechtert het ziektebeeld van mensen met een chronische aandoening minder snel. Hiermee wordt voorkomen dat de zorgconsumptie van deze groep toeneemt. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2002 concludeert dat voorkomen niet alleen beter is dan genezen, maar ook goedkoper. Aangepast sportief bewegen leidt dan ook tot *tertiaire preventie*[4].

Het terrein van aangepast sportief bewegen onderscheidt zich enerzijds van sporten als vrijetijdsbesteding en anderzijds van beweegactiviteiten in de vorm van therapie (zorg). Er is bij aangepast sportief bewegen geen sprake van zorg, omdat het therapeutische programma is afgelopen. Dit sluit niet uit dat de persoon op termijn kan terugvallen in een therapeutisch programma, dan wel kan doorstromen naar reguliere activiteiten. Er is echter ook geen sprake van sport als normale vrijetijdsbesteding, omdat er aanpassingen nodig zijn, zoals specifiek opgeleid kader en een aangepaste accommodatie. Door een lagere belastbaarheid is het voor deze groep veelal onmogelijk om deel te nemen aan reguliere sportactiviteiten of om zelfstandig actief te zijn. Effecten van het gezond houden van het lichaam, sociale contacten en het hebben van plezier, kortom de kwaliteit van leven, spelen daarin een hoofdrol. Patiëntenorganisaties combineren dit in een aantal gevallen met lotgenotencontact.

Figuur 1: Therapie, aangepast sportief bewegen en sport



4 Kader en probleemstelling

4.1 Aantal en soort chronische aandoeningen

Het aantal mensen in Nederland met een chronische aandoening is moeilijk exact te bepalen. Bekend is wel dat het aantal de afgelopen jaren is gegroeid en ook de komende jaren nog verder zal toenemen. De groei houdt onder meer verband met de toenemende vergrijzing. Oudere mensen hebben immers vaker last van een chronische aandoening dan jongere mensen. Met het stijgen van de leeftijd neemt daarnaast de kans op meerdere chronische aandoeningen per persoon toe (co-morbiditeit).

Uitgaande van verschillende definities van chronische aandoeningen wordt het aantal mensen met chronische aandoeningen in Nederland geschat op 10% tot 15% van de totale bevolking, dat zijn 1,5 tot 2,5 miljoen mensen. Het aantal chronische aandoeningen op zich wordt geschat op circa 4,5 miljoen[5]. Dit blijkt ook uit de quick scan van TNO[2].

4.2 Explosieve groei

Een explosieve groei wordt verwacht van het aantal chronische aandoeningen van 25% tot 55%, afhankelijk van de soort. Zie tabel 1 op de rechterpagina. Bevolkingsgroei en vergrijzing zijn hier belangrijke oorzaken van.



Tabel 1: Overzicht van de meest voorkomende aandoeningen en de verwachte toename tot 2025
(Bron: VTV, 2006)

Jaarprevalentie, 2003	aantallen afgerond	verandering o.b.v. demografie stijging % in 2025
Nek- en rugklachten	1.613.000	6,7
Contacteczeem	*802.000*	*7,8*
Artrose	682.000	36,1
Coronaire hartziekten	676.000	41,9
Diabetes Mellitus	609.000	32,5
Gezichtsstoornissen	*542.300*	*43,6*
Slechthorendheid	*534.000*	*35,4*
Astma	520.000	1,9
Depressie	364.000	7,0
COPD	316.000	38,3
Constitutioneel eczeem	*260.000*	*0,1*
Beroerte	229.000	43,8
Kanker (diverse vormen)*	227.000	22,9 - 63,8
Hartfalen	179.000	46,9
Osteoporose	156.000	36,0
Reumatoïde Artritis	148.000	22,0
Dementie	102.000	45,9
Darmaandoeningen**	90.000	7,0
Epilepsie	69.000	12,5
Ziekte van Parkinson	28.000	47,1
Multiple Sclerose	15.000	4,2

Uitgegaan is van de International Classification of Diseases (codering 9) van The World Health Organization van de Verenigde Naties.
Beweging heeft geen bewezen positieve effecten op de cursief gedrukte aandoeningen.
* Er zijn 9 vormen van kanker meegeteld.
** Met name de ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa.

4.3 Waarom aangepast sportief bewegen?

Aangepast sportief bewegen levert gezondheidswinst en een hogere kwaliteit van leven op. Het leidt tot voordelen ten aanzien van deelname aan de maatschappij, zelfredzaamheid, lotgenotencontact en het plezier in bewegen.

Voor mensen met een chronische aandoening is het belangrijk om te bewegen om terugval te voorkomen. Sport en bewegen kunnen bovendien het beloop en het herstel van een aantal chronische ziekten en beperkingen gunstig beïnvloeden. Was tot voor kort ‘rust’ het meest gegeven advies aan patiënten, tegenwoordig zijn professionals er van doordrongen dat beweging gezondheidsbevorderend kan zijn.

In tabel 2 is een overzicht gegeven van positieve preventieve effecten die lichamelijke activiteit heeft op het ontstaan en beloop van diverse chronische aandoeningen.



Tabel 2: Mate van bewijs van de positieve werking van beweging op de gezondheid, het ontstaan en beloop van ziekten
(Bron: Kabinetsnota Sport, bewegen en gezondheid van VWS, 2001)

Gezondheidsparameters (fysieke, geestelijke en psychosociale)	*Overtuigend bewijs* lichaamsgewicht, vetpercentage, bloeddruk, de ratio van HDL/LDL-cholesterol, het triglyceridengehalte, de glucosetolerantie, de insuline-gevoeligheid, de botdichtheid, het slaappatroon *Aanwijzingen voor een gunstig effect* coördinatie, reactievermogen, reactiesnelheid, geheugen, psychosociaal welbevinden, gemoedstoestand, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, eigen-waarde
Ontstaan van ziekten	*Overtuigend bewijs* hart- en vaatziekten, niet-insuline afhankelijke diabetes, overgewicht en osteoporose *Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect* beroerte, depressie, colon- en borstkanker
Beloop van ziekten	*Overtuigend bewijs* coronaire hartziekten, niet-insuline afhankelijke diabetes en overgewicht *Sterke aanwijzingen voor een gunstig effect* astma/COPD, osteoporose, beroerte, angst en depressie, reumatoïde artritis, epilepsie en cystic fibrosis *Aanwijzingen voor een gunstig effect* o.a. artrose, bekkeninstabiliteit, nierziekten, lage rugpijn, ziekte van Parkinson en lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicap

4.4 Afname zorgconsumptie

Mensen met chronische aandoeningen die regelmatig bewegen maken minder gebruik van de zorg. Er is bij die groep een afname van de zorgconsumptie te constateren. RIVM en TNO hebben in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een onderzoek gedaan naar de onderbouwing van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Een van de beleidsdoelen in het plan is het terugdringen van het aantal inactieven van 1% tot 2% over vijf jaar. Als dit doel gehaald wordt, voorkomt dat duizenden ziektegevallen in de komende twintig jaar. Hieronder vallen onder andere mensen met diabetes mellitus, coronaire hartziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. De kosten bedragen omstreeks 6000 euro per gewonnen levensjaar, hetgeen volgens de richtlijnen kosteneffectief is[6].

Een actieve leefstijl en het inzetten van sport en beweging bij de behandeling en revalidatie van ziekten levert behalve gezondheidswinst ook economische winst op. Winst wordt allereerst behaald door de beperking van medische kosten, maar daarnaast ook door het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De economische baten van de inzet van sport en beweging zijn berekend op € 725 miljoen per jaar[7].

4.5 Te weinig beweging

Veel mensen met een chronische aandoening bewegen nog (te) weinig[2]. Oorzaken hiervan zijn het feit dat men geen bewegingsadvies heeft gekregen, men niet durft, middelen ontbreken en de kosten vaak hoog zijn. De mogelijkheden in de regio zijn beperkt of onbekend.

4.6 Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Sport en beweging hebben een positief effect op gezondheid, fitheid en welbevinden van mensen. Zo kan voldoende beweging een aantal ziekten voorkomen (preventie). Bewegen heeft ook een positieve invloed op de ontwikkeling en het herstel van ziekten (curatie). De praktijk leert dat gezondheidswinst van sport en beweging in de samenleving onvoldoende benut wordt[8]. Vanuit gezondheidsoogpunt wordt voor de mate van lichamelijke activiteit veelal uitgegaan van het internationale advies: *'iedere volwassene dient minimaal 30 minuten matig intensief lichamelijk actief te zijn op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle, dagen van de week'*[10]. Dit wordt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) genoemd. Deze norm wordt in principe ook aangehouden voor mensen met een chronische aandoening. De helft van de Nederlandse bevolking haalde in 2004 de Nederlandse Norm niet[1]. Uit de quick scan van TNO blijkt dat mensen met chronische aandoeningen nog veel minder bewegen[2].

Tabel 3: Percentage dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen uitgesplitst naar chronische aandoening, leeftijd en geslacht (Bron: PPCZ,1999; Chorus & Hopman-Rock, 2003)

	% normactief (95% BI)*		% normactief (95% BI)*	
	mannen 18-64	vrouwen 18-64	mannen 65 jaar en ouder	vrouwen 65 jaar en ouder
spijsverteringsaandoeningen	54	43	62	64
hart- en vaatziekten	60	39	40	30
artrose	45	39	38	31
overige aandoeningen bewegingsstelsel	45	31	48	28
neurologische aandoeningen	50	32	59	33
kanker	37	61	60	22
diabetes mellitus	51	49	61	24
astma/COPD	38	44	38	22
overige chronische aandoeningen	46	45	41	29
totale groep chronische aandoeningen	46	42	45	28
referentie algemene bevolking 2001 (CBS, 2003)	52	55	68	46

*BI = betrouwbaarheidsinterval
Vetgedrukte percentages zijn statistisch significant verschillend van het percentage van de referentiegroep.

Het rapport *Bewegen Gemeten 2002-2004* van TNO Kwaliteit van Leven uit 2006 bevestigt dit beeld en laat zien dat de situatie de afgelopen jaren niet is verbeterd.

4.7 Meerkosten

Mensen met een chronische aandoening maken vanwege hun beperking in het dagelijks leven veelal meer kosten, ofwel *meerkosten*. Onder meerkosten worden kosten verstaan die extra zijn ten opzichte van de kosten die mensen zonder een beperking maken voor een soortgelijke activiteit. Deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten vormt hier over het algemeen geen uitzondering op.

Meerkosten gelden zowel voor organisaties als deelnemers. De meerkosten voor organisaties, waaronder sportverenigingen, zijn terug te voeren op de eisen die gesteld worden aan de bereikbaarheid, bruikbaarheid en toegankelijkheid van accommodaties, professioneel kader en de organisatie van de activiteit (zoals kleine groepen, aangepaste of extra materialen).

De meerkosten voor deelnemers zijn terug te voeren op onder andere aangepaste sportbenodigdheden en vervoer. Ervaringen uit de praktijk leren dat de meerkosten voor deelnemers grotere invloed hebben op de sportparticipatie dan de meerkosten voor organisaties.

Om mensen met een chronische aandoening te stimuleren om meer te bewegen zijn er extra financiële middelen nodig om de kosten te verlagen[9].



5 Visie

5.1 Aangepast bewegingsprogramma

De gemeenschappelijke visie op aangepast sportief bewegen luidt als volgt. *Mensen met een chronische aandoening zijn zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en de kwaliteit van hun leven. Ze zijn bereid daar ook in te investeren. Ze vinden het bijvoorbeeld logisch dat ze reguliere contributie betalen voor sport- en bewegingsactiviteiten. Maar ze zijn dermate beperkt dat sportief bewegen bij het reguliere aanbod niet mogelijk is. Er zijn voor hun aangepaste bewegings-programma's nodig op regionaal, en bij voorkeur op lokaal, niveau. Zij zouden moeten kunnen kiezen uit bewegen met lotgenoten (categoraal, bijvoorbeeld met alleen ex-hartpatiënten) of uit bewegen met mensen met verschillende soorten aandoeningen.*
Daar waar mogelijk streven patiëntenorganisaties gezamenlijke bewegingsgroepen na.

5.2 Ketenaanbod

De meeste mensen met chronische aandoeningen komen regelmatig in contact met zorgverleners en instanties. Bijvoorbeeld door het verblijf in een revalidatiecentrum, poliklinische behandeling, controle door een medisch specialist in het ziekenhuis, behandeling van een huisarts, oefen- of fysiotherapeut. Juist hier liggen kansen om de doelgroep te stimuleren in een actievere leefstijl en hen door te verwijzen naar het reguliere sport- en beweegaanbod. Beweegprogramma's als Revalidatie, Sport en Bewegen, Drastic, de ZORGmethode, de HIB-sportgroepen zijn voorbeelden van reeds goede samenwerkingsverbanden. Deze dienen verder uitgebreid te worden.

De rol van diverse spelers in het veld, waaronder zorgverleners en instanties in de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg, dienen in een ketenmodel nader omschreven te worden. Integrale behandelprotocollen per aandoening kunnen daarbij helpen. In het ketenmodel dienen zorg, preventie en gezondheidsbevordering direct op elkaar aan te sluiten (zie bijlage II Stroomdiagram).

5.3 Randvoorwaarden

Professioneel advies

Om aangepast sportief te bewegen dient een professioneel advies te worden gegeven door een specialist, huis- of sportarts, fysio- of oefentherapeut. Dit hoeft geen officiële doorverwijzing te zijn. Mensen met een chronische aandoening, die op eigen initiatief aangepast sportief willen bewegen, kunnen ook zelf advies in winnen bij de behandelaar.
Op gemeentelijk niveau dient er een sportconsulent, doorverwijzingsbureau of coördinatiepunt te komen. Alle deelnemers in de eerste-, tweede-, en derdelijnsgezond-

heidszorg zullen worden doorverwezen naar een geschikte sport- of bewegingsactiviteit in de directe woonomgeving. De consulent zorgt voor een intake, doorverwijzing, nazorg en een terugkoppeling naar de behandelaar.

Beweegprogramma aangepast sportief bewegen

Mensen met een chronische aandoening moeten minimaal één keer in de week aangepast sportief bewegen. Dit is nog lang niet genoeg om de beweegnorm van een half uur per dag te halen. In het beweegprogramma aangepast sportief bewegen dienen mensen dan ook gestimuleerd te worden om elke dag te bewegen, om zo de norm te halen.

Verantwoord aanbod

Het aanbod moet verantwoord zijn, waarbij de beweegprogramma's zijn afgestemd op de verschillende soorten chronische aandoeningen.

Professioneel kader

De begeleider van het aangepast sportief bewegen heeft kennis van de specifieke chronische aandoeningen.

Verantwoorde organisatie

Het aangepast sportief bewegen wordt (indien mogelijk) in samenwerking met een patiëntenvereniging georganiseerd, waarbij de vereniging geen risico's mag lopen op het gebied van werkgeverschap en aansprakelijkheid. Het beweegprogramma dient afgestemd te zijn op de mogelijkheden van de deelnemers.

Afstand en vervoer

De beweegactiviteiten vinden plaats op een reële afstand van de woonomgeving van de deelnemer.

Betaalbaarheid

De bovengenoemde randvoorwaarden brengen extra kosten met zich mee. Om mensen met een chronische aandoening meer te laten bewegen, is het belangrijk om de kosten van het aangepaste sporten zo laag mogelijk te houden. Uit diverse projecten lijkt een eigen bijdrage van € 3,- tot € 5,- per week haalbaar te zijn. Op jaarbasis is dat zo'n € 200,-.

Accommodatie

De accommodatie voor aangepast sportief bewegen moet voldoen aan de eisen van bruikbaarheid, toegankelijkheid en toepasbaarheid. Bruikbaarheid houdt in dat de accommodatie geschikt is voor de sport van de doelgroep, te denken valt aan bijvoorbeeld een hogere temperatuur van het water. De accommodatie moet rolstoeltoegankelijk en bereikbaar zijn, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van parkeergelegenheid en de mogelijkheid van aangepast vervoer.

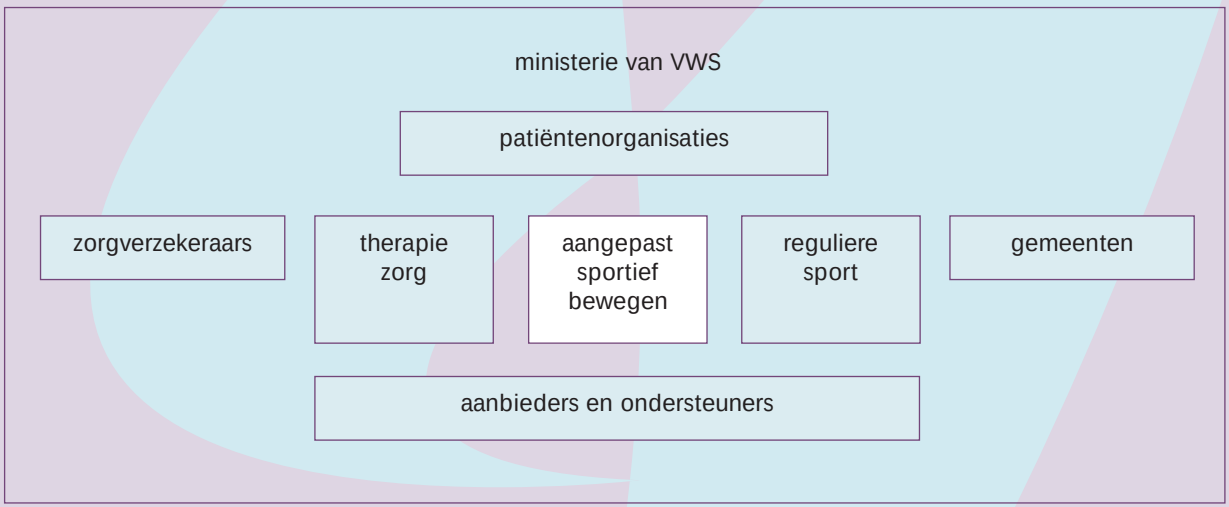
6 Spelers in het veld

De implementatie van de gezamenlijke visie op aangepast sportief bewegen moet er toe leiden dat meer mensen met een chronische aandoening gaan deelnemen aan beweegactiviteiten, die voor hen verantwoord en betaalbaar zijn. Het primaire doel van dit visiedocument is het *verbeteren van de randvoorwaarden* voor aangepast sportief bewegen op lokaal niveau.

Het speelveld waarbinnen het aangepast sportief bewegen zich bevindt kan als volgt worden beschreven (zie figuur 2). Naast het ministerie van VWS zijn er vier andere partijen betrokken. Dit zijn gemeenten, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, aanbieders en ondersteuners van beweegactiviteiten. Iedere partij vervult zijn eigen rol.

Bij gemeenten denken we niet alleen aan de 480 Nederlandse gemeenten, maar ook aan de koepelorganisatie VNG en intermediaire organisaties, zoals de Vereniging Sport en Gemeenten, het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) en de GGD's.

Figuur 2: Speelveld aangepast sportief bewegen



Bij zorgverzekeraars denken we naast reguliere zorgverzekeraars aan de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland.

Bij aanbieders denken we aan alle aanbieders van beweegactiviteiten, die geen therapeutische zorg bieden, zoals sportverenigingen, sportscholen en fitnesscentra.

Bij ondersteuners denken we aan provinciale sportraden, gemeentelijke sportservicepunten, regionale patiënten- en consumentenplatforms (RPCP's), NISB en NebasNsg.

Bij patiëntenorganisaties denken we aan lokale en regionale vrijwilligers van patiëntenorganisaties die voor hun leden beweegactiviteiten initiëren en laten organiseren, en verder aan RPCP's en lokale adviesraden.



Per speler wordt aangegeven welke rolverdeling we van ze verwachten.

Ministerie van VWS

Het ministerie van VWS zal als beleidsverantwoordelijke het belang van tertiaire preventie in de vorm van aangepast sportief bewegen dienen te erkennen. VWS dient gemeenten en zorgverzekeraars te stimuleren om de randvoorwaarden voor aangepast sportief bewegen te verbeteren. Ook hopen we dat het ministerie volksgezondheid en sport op landelijk niveau nader tot elkaar kan brengen om als voorbeeld te dienen voor provincies en gemeenten. Het ministerie zal ook moeten faciliteren bij het opstellen van beweegprofielen.

Gemeenten

Gemeenten zullen na de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 een belangrijkere rol spelen ten aanzien van aangepast sportief bewegen. Op gemeentelijk niveau zal er meer moeten worden samengewerkt tussen de afdelingen volksgezondheid en sport om financiële gezondheidswinst te kunnen behalen. Vanuit tertiaire preventie zullen ze aangepaste bewegingsgroepen structureel moeten ondersteunen in de meerkosten.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen aangepaste bewegingsactiviteiten stimuleren omdat die een preventieve en gezondheidsbevorderende werking hebben. Dat leidt tot een vermindering van de zorgconsumptie. Zij kunnen leden van patiëntenorganisaties bijvoorbeeld kortingen geven op hun lidmaatschap en/of deelname aan beweegactiviteiten.

Aanbieders

Aanbieders van bewegingsactiviteiten moeten samen met zorgaanbieders een structureel ketenaanbod ontwikkelen. Therapie, aangepast sportief bewegen en reguliere sport dienen nauw op elkaar aan te sluiten om deelnemers en cliënten naar elkaar te kunnen doorwijzen.

Ondersteuners

Elke provincie heeft een provinciale sportraad. De sportraad ondersteunt en stimuleert organisaties en activiteiten met betrekking tot sport en bewegen. De werkwijze van de sportraden verschilt per provincie. De meeste sportraden hebben een consulent aangepast sporten die adviseert en ondersteunt bij activiteiten op het gebied van aangepast sporten. Tevens hebben veel provincies een website met het regionale en lokale aanbod voor het aangepast sporten.

Het NIGZ en provinciale sportraden kunnen een intermediaire rol spelen bij de beïnvloeding van gemeentelijk beleid. Het NIGZ adviseert en ondersteunt gemeenten bij de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. Provinciale sportraden adviseren gemeenten ten aanzien van het sportbeleid.

Patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties hebben primair een rol als belangenbehartiger. Zij kunnen gezamenlijk het beleid van gemeenten en zorgverzekeraars beïnvloeden om zo de randvoorwaarden voor aangepast sportief bewegen te verbeteren. De regionale patiënten- en consumentenplatforms kunnen een intermediaire rol spelen.
Om te waarborgen dat het aanbod verantwoord is, dienen patiëntenorganisaties en zorgprofessionals in samenwerking met NebasNsg kwaliteitscriteria op te stellen voor aangepast sportief bewegen. Zorgverzekeraars zullen hierdoor eerder een financiële bijdrage geven voor aangepast sportief bewegen.
Samen met ondersteuners kunnen patiëntenorganisaties aanbieders oproepen om activiteiten te initiëren en laten organiseren, en vervolgens hun leden oproepen om daaraan deel te nemen. Meer dan nu het geval is, kunnen patiëntenorganisaties gemeenschappelijke beweegactiviteiten (laten) organiseren.



7 Best practices

In een aantal gemeenten wordt reeds succesvol beleid gevoerd op het gebied van aangepast sportief bewegen. Hieronder volgen twee voorbeelden van de gemeenten Veenendaal en Amsterdam[10].

7.1 Veenendaal

Inleiding

De gemeente Veenendaal heeft met 61.000 inwoners sinds 2003 een consulent op de afdeling Sport. In 2002 is bij het ministerie van VWS een subsidieaanvraag voor de breedtesport ingediend, die tot en met 2007 is toegekend. Na de subsidietoekenning is geïnventariseerd welke aangepaste sporten voor mensen met een chronische aandoening in Veenendaal worden aangeboden. Ook is er een werkgroep samengesteld om de behoefte te peilen. In de werkgroep zaten onder andere de consulent van de gemeente, (para)medici en iemand met een chronische aandoening. Sport Extra, een project voor aangepast sportief bewegen (volgens de ZORG-methode), is van start gegaan[11].

Sportaanbieder

In april 2004 werd een informatiebijeenkomst Sport Extra voor potentiële deelnemers georganiseerd. Daaruit zijn beweeggroepen voortgekomen met mensen met diverse chronische aandoeningen. In de groepen zijn differentie en gradatie aangebracht zodat iedereen op zijn eigen niveau kan bewegen en de juiste begeleiding krijgt. De activiteiten van Sport Extra vinden plaats in de sportaccommodatie van een korfbalvereniging. Voorafgaand aan het project werd aan de vereniging gevraagd of zij de deelnemers van het project op termijn wilde overnemen. Hierop is positief gereageerd.

De zorgaanbieders, zoals de fysiotherapeut, huisarts en sportarts, verwijzen patiënten structureel door naar beweegactiviteiten van aangepast sportief bewegen. In Veenendaal functioneert de keten tussen zorg (therapie) en aangepast sportief bewegen dan ook goed.

De gemeente

In Veenendaal is een netwerk met draagkracht opgebouwd en wordt met een projectplan gewerkt, waardoor het aangepast sportief bewegen succesvol is. Het werven van deelnemers via de gemeentepagina en de Veenendaalse krant, het rechtstreeks aanschrijven van deelnemers met behulp van het bestand van de Wvg (Wet voorziening gehandicapten) en een wervingsfolder voor (para)medici hebben bijgedragen aan het slagen van het project.
De gemeente fungeert als initiator, coördinator en organisator van aangepast sportief bewegen.
Omdat er nog geen structurele samenwerking tussen de

afdelingen Volksgezondheid en Sport is, ziet de gemeente groeimogelijkheden. De afdeling Sport is tot op heden initiator, maar na de invoering van de Wmo komen er extra financiële mogelijkheden. De gemeente dient een gedeelte van de extra financiële middelen te reserveren voor aangepast sportief bewegen.

Zorgverzekeraars

In Veenendaal is een uitgebreid zorgnetwerk. In het zorgnetwerk wordt samengewerkt tussen de gemeente, verschillende patiëntenverenigingen, (para)medici én zorgverzekeraars. Het zorgnetwerk is een goed functionerend samenwerkingsverband.
Een tegemoetkoming in de kosten voor mensen die aangepast sportief bewegen is eventueel mogelijk via de aanvullende pakketten van zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars vergoeden in ieder geval de onkosten voor therapie via de basisverzekering. Maar ook meerkosten voor aangepast sportief bewegen worden vergoed. Tenslotte kan het lidmaatschap van een patiëntenvereniging worden vergoed, indien zij deelnemen aan beweeggroepen. Zorgverzekeraars stellen zich dus coöperatief op. Zij belonen patiënten die, in het kader van tertiaire preventie, werken aan hun gezondheid.

Patiëntenorganisaties

Diverse patiëntenorganisaties zijn in de gemeente betrokken bij de beweegprogramma's. Ze geven voorlichting en stimuleren mensen met een chronische aandoening om (meer) te bewegen. Naar de gemeente en zorgverzekeraars zijn het actieve belangenbehartigers.



7.2 Amsterdam

Inleiding

In Amsterdam is het beleid in het algemeen gericht op integratie en participatie van alle Amsterdammers. Sport biedt mensen een mogelijkheid om te emanciperen en integreren in de samenleving. De maatschappelijke, educatieve en culturele functie van sport hebben een belangrijke toegevoegde waarde. De stad voert dan ook een actief sportstimuleringsbeleid voor jong en oud, allochtoon en autochtoon, en voor mensen met of zonder beperking.

In 1990 concludeerde het College van Burgemeester en Wethouders dat er in de stad onvoldoende sportaanbod voor mensen met een handicap was. Vervolgens is er een consulent aangepast sporten aangesteld bij de gemeentelijke Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling. De aandacht ging toen vooral uit naar het creëren van een gevarieerder aanbod voor mensen met een motorische, verstandelijke, visuele en auditieve beperking. De laatste jaren is er tevens ondersteuning geboden bij bewegingsactiviteiten voor mensen met een chronische, psychische of psychosomatische beperking.

Tussen 1990 en 2004 zijn in Amsterdam een zestal metingen verricht naar het aantal mensen met een beperking dat in georganiseerd verband beweegt, naar de soort sporten die worden beoefend en naar de soort beperkingen van de deelnemers. De metingen zijn gebaseerd op schriftelijk enquêtes onder de sportaanbieders. De afdeling Sport en Recreatie laat daarnaast regelmatig een monitor uitvoeren naar het sportgedrag van Amsterdammers. In deze monitor worden ook mensen met een handicap of chronische aandoening ondervraagd.

Structureel is in de gemeente een sportstimuleringsbudget aangepast sporten van € 100.000,- per jaar beschikbaar. In 2004 t/m 2006 was daarnaast € 50.000,- extra te besteden.
In termen van arbeidstijd wordt een fulltime consulent aangepast bewegen ondersteund door een parttime beleidsmedewerker.

Sportaanbieders

De gemeente Amsterdam, maar ook de overheid, vindt de integratie van mensen met een beperking, handicap of chronische aandoening in bestaande sportverenigingen belangrijk. De aard van de handicap en de ernst van de chronische aandoening zijn bepalend of integratie in een reguliere sportvereniging mogelijk is.
In Amsterdam zijn 151 sportorganisaties met leden met een beperking. Het zijn voornamelijk reguliere sportverenigingen, die al dan geen aangepaste voorzieningen heb-

ben. Daarnaast zijn er aanbieders die zich specifiek richten op mensen met een beperking, waaronder patiëntenverenigingen en welzijnsinstellingen. Vaak worden beweeggroepen voor mensen met een chronische aandoening geleid door fysiotherapeuten en geschoolde vrijwilligers.
Het vervoer van en naar de sportlocaties wordt met name door Stadsmobiel geregeld. Stadsmobiel is gespecialiseerd in gehandicaptenvervoer en wordt gefinancierd door de gemeente. Sinds 1994 is Amsterdam, net als iedere andere gemeente in Nederland, verplicht aanvullend openbaar vervoer te verzorgen. Om van Stadsmobiel gebruik te kunnen maken moeten mensen in het bezit zijn van bijvoorbeeld een WVG-indicatie.

De gemeente

De gemeente Amsterdam verstrekt subsidies aangepast sporten aan organisaties voor één tot drie jaar, afhankelijk van de situatie. Met name de breedtesport wordt gestimuleerd.
Gemeentelijke sportaccommodaties zijn een aantal jaar geleden aan de huidige eisen van toegankelijkheid aangepast. Ook in de toekomst is men wettelijk verplicht om accommodaties toegankelijk te maken.
In samenwerking met patiëntenorganisaties wil de gemeente voor verenigingen een keurmerk ontwikkelen waaruit blijkt dat accommodaties toegankelijk zijn voor mensen met een chronische aandoening. Het keurmerk moet onder andere garant staan voor rook- en stofvrije ruimten, geschoold kader en specifiek sportaanbod.

De uitvoering van het beleid wordt gecoördineerd door een team bij de afdeling Sport en Recreatie. De consulent aangepast sporten is het eerste aanspreekpunt in de gemeente. De consulent adviseert of verwijst door naar sportaanbieders of de afdeling Sport en Recreatie van een stadsdeel. Ook wordt voorlichting gegeven aan revalidatieartsen, fysiotherapeuten, andere medici en studenten van sportopleidingen. Daarnaast is op de website www.sport.amsterdam.nl van de afdeling Sport en Recreatie veel informatie over aangepast sporten te vinden.

Bij de afdeling Sport en Recreatie is een omvangrijk adressenbestand aanwezig van lokale, regionale en landelijke organisaties. Naast contacten met NebasNsg, NISB en organisaties gericht op mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, is er een uitgebreid zorgnetwerk. Zo is er overleg tussen internisten en fysiotherapeuten, patiëntenorganisaties, Eerstelijn Amsterdam, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verpleegkundigen en maatschappelijk werkers van ziekenhuizen ten aanzien van diabetici[12].



Bij de gemeente kunnen sportverenigingen, welzijnsinstellingen en patiëntenorganisaties terecht voor advies en ondersteuning van een specifiek sportaanbod. Zo is gezondheidscentrum Venserpolder een aantal jaren geleden op eigen initiatief gestart met het beweegprogramma Big!Move voor (allochtone) wijkbewoners. Het programma is bedoeld voor mensen die kampen met overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekten, spanningen en vermoeidheid en weinig tot niet bewegen. Het programma Big!Move is opgebouwd uit drie fasen. De eerste fase bestaat uit therapie. In de tweede fase wordt de patiënt 'aan de hand' meegenomen naar een sportactiviteit als onderdeel van de therapie. In de derde fase gaat de patiënt zelfstandig door met bewegen. Hij of zij kan in de vertrouwde omgeving van de vereniging blijven bewegen. Het gezondheidscentrum kreeg van de afdeling Sport en Recreatie het advies om een vereniging of stichting op te richten en aansluiting te zoeken bij een sportbond. Ook op andere locaties zijn dergelijke projecten opgezet.

Mogelijk zullen bestaande en nieuwe activiteiten in de toekomst onder één noemer worden gebracht om cliënten gericht te kunnen doorverwijzen naar een sport- of bewegingsactiviteit in de omgeving. Een intake, advies, doorverwijzing, nazorg en terugkoppeling naar de medische behandelaar behoren daarbij tot de mogelijkheden.

Wmo en zorgverzekeraars

In het voorjaar van 2006 is er overleg geweest tussen de afdeling Sport en Recreatie en de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling over het aangepast sportief bewegen. Het ontwikkelen van nieuwe producten en instrumenten ten behoeve van de gemeentelijke invulling van de Wet maatschappelijke ondersteuning was daarbij het gespreksonderwerp. De gemeente wil burgers met een fysieke, verstandelijke of psychische beperking via de Wmo extra ondersteuning bieden. Ook is er structureel overleg met de afdeling Ontwikkeling en Programma's van de Wmo organisatie. De afdelingen willen tenslotte gezamenlijk gaan optreden naar zorgverzekeraars.

Patiëntenorganisaties

In Amsterdam zijn de volgende patiëntenorganisaties voor chronisch zieken actief: Reumapatiëntenbond en Reumapatiëntenvereniging Amsterdam, Astmafonds en Astmafonds Amsterdam e.o., Nederlandse Vereniging Fibromyalgie FES en de Vereniging Meer Bewegen Met Fibromyalgie, Multiple Sclerose Vereniging Nederland, Verder in Balans (kankerpatiënten), Hart In beweging (HIB) en HIB groot Amsterdam en de Obesitas Vereniging. Deze organisaties zijn vertegenwoordigd in het Amsterdamse Patiënten Consumenten Platform (APCP) en in de Stichting Gehandicapten Overleg Amsterdam (SGOA).

De consulent van Sport en Recreatie heeft jaarlijks contact met deze organisaties over sport- en bewegingsactiviteiten. Aan een aantal van de organisaties wordt subsidie verstrekt.
Vereniging Meer Bewegen Met Fibromyalgie, Verder in Balans en HIB groot Amsterdam zijn mede opgericht met ondersteuning van de consulent.



8 Conclusies en aanbevelingen

In het voorgaande is de gemeenschappelijke visie van landelijke patiëntenorganisaties beschreven om het aangepaste bewegingsaanbod voor mensen met een chronische aandoening te verbeteren. Tertiaire preventie en een afname van de zorgconsumptie staan daarbij centraal. We hopen verschillende spelers in het veld een aanzet te geven om gezamenlijk de randvoorwaarden voor aangepast sportief te bewegen te verbeteren. Hieronder volgen aanbevelingen.

Aanbeveling voor het ministerie van VWS

Het is van groot belang dat het ministerie van VWS, als beleidsverantwoordelijke voor volksgezondheid en sport, het belang van tertiaire preventie in de vorm van aangepast sportief bewegen erkent. VWS dient gemeenten en zorgverzekeraars te stimuleren om de randvoorwaarden voor aangepast sportief bewegen te verbeteren. Ook hopen we dat het ministerie volksgezondheid en sport nader tot elkaar kan brengen op landelijk niveau om zo een voorbeeld te zijn voor provincies en gemeenten. Het ministerie zal ook moeten faciliteren bij het opstellen van beweegprofielen.

Aanbevelingen voor gemeenten

Het is belangrijk om de randvoorwaarden voor aangepast sportief bewegen in gemeenten te verbeteren. Zij dienen een bijdrage te leveren in de meerkosten van bijvoorbeeld extra materialen en speciaal opgeleid kader. Het bewegen in kleinere groepen moet ook tot de mogelijkheden behoren. In gemeenten moeten voldoende accommodaties en geschikte vervoersmogelijkheden zijn. Het tertiaire preventiebeleid dient meer aandacht van beleidsmakers te krijgen in de sectoren sport en zorg en zij dienen gezamenlijk beleid gaan voeren.
Ook is het aanbevelenswaardig om een doorverwijzingsbureau of coördinatiepunt op te zetten. Er dient een netwerk van aanbieders en ondersteuners te worden opgebouwd.

Een medische doorverwijzer, gefaciliteerd door de gemeente en zorgverzekeraars, kan eveneens een bijdrage leveren in het ketenaanbod van zorg en sport.

Gemeenten dienen een deel van de financiële bijdrage van het ministerie van VWS, in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid te reserveren voor aangepast sportief bewegen. Zelfstandigheid en participatie van de burgers worden hiermee bevorderd.

Aanbevelingen voor zorgverzekeraars

In de huidige vraaggestuurde zorg is een coöperatieve opstelling van de zorgverzekeraars van cruciaal belang. Gezamenlijk kunnen ze de visie uitdragen dat bewegen

gezondheid is. Vanuit de tertiaire preventie valt er nog veel gezondheids- en economische winst te behalen.

Gewerkt kan worden aan een verantwoord en op de doelgroep afgestemd beweegaanbod. Door een tegemoetkoming in de kosten kunnen zij hun cliënten stimuleren meer te gaan bewegen. Ook het vergoeden van contributies voor het lidmaatschap van patiëntenverengingen hoort daarbij. Contributies worden vaak betaald om deel te kunnen nemen aan specifieke beweeggroepen.
Zorgverzekeraars hebben daarnaast een taak om de samenwerking in het ketenaanbod van het zorgaanbod en het beweegaanbod verder te faciliteren.

Aanbevelingen voor aanbieders

Aanbieders moeten hun aanbod meer openstellen en afstemmen op de specifieke doelgroepen. Daarnaast dienen bewegingsaanbieders meer in overleg te treden met zorgaanbieders, om zo een structureel ketenaanbod te ontwikkelen. Mensen kunnen dan na hun therapie of aangepaste bewegingsprogramma's worden doorverwezen.

Aanbevelingen voor ondersteuners

De meeste provinciale sportraden adviseren en ondersteunen gemeenten ten aanzien van het breedtesport-



beleid. Sportraden werken vaak ook samen met andere provinciale instellingen in de gezondheidszorg, welzijn en onderwijs. Ze kunnen een intermediaire rol spelen bij de beïnvloeding van gemeentelijk sport- en zorgbeleid. Voor het NIGZ geldt dit op het gebied van de ontwikkeling en uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid.
Veel sportraden hebben al een eigen website met het activiteitenaanbod voor het aangepast sporten. Dit zou uniform in alle provincies moeten worden ingevoerd, en aangevuld met het volledige beweegaanbod voor mensen met chronische aandoeningen. Het kan een belangrijke oplossing zijn voor de onbekendheid waar diverse activiteiten te vinden zijn en welke kwaliteitscriteria daarbij horen.

Aanbevelingen voor patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties hebben primair een rol als belangenbehartiger. Zij kunnen gezamenlijk het beleid van gemeenten en zorgverzekeraars beïnvloeden om de randvoorwaarden te verbeteren.
Voor een verantwoord aanbod zullen patiëntenorganisaties, in samenwerking met NebasNsg en zorgprofessionals, in de nabije toekomst kwaliteitscriteria opstellen voor aangepast sportief bewegen. Ook willen ze betrokken worden bij het opstellen van de beweegprofielen.
Patiëntenorganisaties kunnen, samen met ondersteuners, sportaanbieders vragen om activiteiten te organiseren.



Daarna kunnen ze hun leden oproepen om van het aanbod gebruik te maken. Patiëntenorganisaties kunnen zelf ook vaker gemeenschappelijk beweegactiviteiten initiëren en laten organiseren.

9 Tot Slot

Een zevental patiëntenorganisaties hebben, in samenwerking met NebasNsg, van september 2006 tot juni 2007 gewerkt aan deze visie op aangepast sportief bewegen. Gaandeweg groeide het draagvlak om de visie *samen* verder uit te werken. Ook andere patiëntenorganisaties reageerden enthousiast. Voor de eerste keer is er een gezamenlijke visie ontwikkeld. Dit betekent niet dat het eindresultaat is behaald. Een werk- en verspreidingsplan wordt naar aanleiding van deze visie voorbereid. Besloten is om verder te gaan als Platform Aangepast Sportief Bewegen (PASB) waarbij NebasNsg de regie voert. Het Platform zal vijf keer per jaar bijeenkomen mede om de verdere strategie te bepalen en uit te voeren.

Verder zal er overleg plaatsvinden met het ministerie van VWS over de uitvoering van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Met NISB zal intensief contact worden onderhouden om mensen met chronische aandoeningen te stimuleren om meer te bewegen.

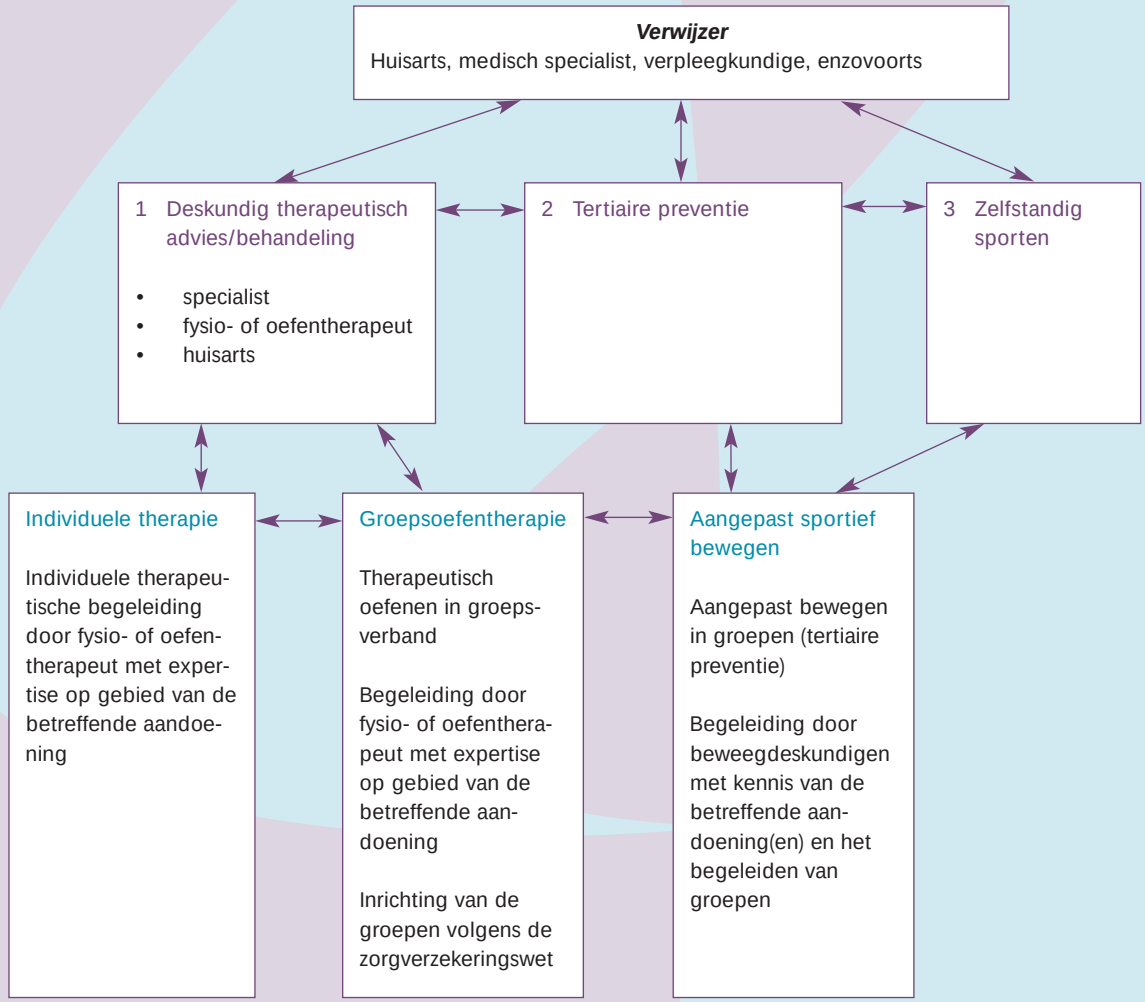


Bijlagen

I Literatuurlijst

- *'De meerkosten problematiek'*, notitie NebasNsg, 2005.
- *'De proef op de som: samenwerken aan beleidsbeïnvloeding in de regio'*, Reumapatiëntenbond, 2005.
- *'Sport en bewegen door chronisch zieken'*, onderzoek actieplan, Prismant en NISB, 2006.
- *'Advies over de organisatie van beweegactiviteiten'*, Reumapatiëntenbond, 2005.
- *'Het opzetten van een zorgnetwerk ten behoeve van groepsoefentherapie'*, een stappenplan, Reumapatiëntenbond, 2005.
- *'Plaatsbepaling van het bewegingsaanbod voor mensen met RA'*, concept, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), 2006.
- *'Implementatie omslag bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut'*, projectplan, in opdracht van het Astma Fonds, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), 2005.
- *'Chronisch zieken en bewegen'*, een quick scan, TNO Kwaliteit van Leven, 2003.
- *'Sportief bewegen met een chronische aandoening'*, strategisch plan 2002-2005, NebasNsg en NISB, 2003.
- *'Onderzoek financiële drempels meerkosten'*, NebasNsg, 2004.
- *'Beknopte informatie sport en bewegen voor mensen met een beperking in relatie tot meerkosten'*, concept, NebasNsg, 2005.
- *'Sport, bewegen en gezondheid'*, kabinetsnota, ministerie van VWS, 2001.
- *'Tijd voor Sport'*, kabinetsnota, ministerie van VWS, 2005.
- *'Samen voor Sport'*, uitvoeringsprogramma van Tijd voor Sport, ministerie van VWS, 2006.
- *'Zorg in beweging'*, Nederlandse Public Health Federatie (NPHF), 2006.
- *'Bewegen Gemeten 2002-2004'*, TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
- *'Volksgezondheid Toekomst Verkenning'*, RIVM, 2002.
- *'Volksgezondheid Toekomst Verkenning'*, RIVM, 2006.
- *'Kansen voor sport en bewegen in de Wmo'*, brochure, NISB, 2006.
- Websites: www.sportiefbewegen.nl, www.flash123.nl, www.nebasnsg.nl en www.invoeringwmo.nl.

II Stroomdiagram



Noten

1 *'Bewegen Gemeten 2002-2004'*, rapport, TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

2 *'Chronisch zieken en bewegen'*, een quick scan, TNO Kwaliteit van Leven, 2003.

3 *'Sport en bewegen door chronisch zieken'*, onderzoek actieplan, Prismant en NISB, januari 2006.

4 Dit blijkt met name te gelden voor de volgende chronische aandoeningen: hart- en vaatziekten, psychische aandoeningen, diabetes mellitus, klachten tijdens het bewegen, kanker en aandoeningen aan ademhalingswegen.

5 Sociaal Cultureel Planbureau, 2002.

6 *'Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst'*, RIVM, 2005.

7 Daarbij is rekening gehouden met de medische kosten door het verzuim ten gevolge van sportblessures. *'Sport, bewegen en gezondheid'*, kabinetsnota, ministerie van VWS, 2001.

8 *'Sport, bewegen en gezondheid'*, ministerie van VWS, 2001.

9 Beknopte informatie sport en bewegen voor mensen met een beperking in relatie tot meerkosten, NebasNsg, augustus 2005.

10
- De informatie in de best practice over Veenendaal is voortgekomen uit een expertmeeting op 19 mei 2006, met Ate Brouwer (sportconsulent op het Dienstenkantoor van de gemeente Veenendaal), Hans Bloo (sportfysiotherapeut in Veenendaal) en Ellen Toet (fysiotherapeut in Ede).
- De informatie in de best practice over Amsterdam is voortgekomen uit een expertmeeting op 7 juni 2006, met H. Visser (sportconsulent bij Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Amsterdam).

11 De ZORGmethode *'Bewegen is plezier!'* is een project van patiëntenverenigingen en zorginstellingen, gecoördineerd door NebasNsg.

12 De maatschappelijk werkers zijn betrokken bij het opstellen van een protocol voor de doorverwijzing door huisartsen van mensen met diabetes of mensen die te zwaar zijn naar sportaanbieders.


MURPHYS

Samenvatting

Aangepast sportief bewegen

voor mensen met een chronische aandoening

Visie van landelijke patiëntenorganisaties

In samenwerking met NebasNsg, de Nederlandse sportorganisatie voor mensen met een beperking, hebben 14 patiëntenorganisaties in het afgelopen jaar een gezamenlijke visie ontwikkeld ten aanzien van aangepast sportief bewegen voor mensen met een chronische aandoening. Deze visie wordt daarnaast onderschreven door 11 andere patiëntenorganisaties en dient als uitgangspunt bij overleg tussen aanbieders, ondersteuners, gemeenten, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

Het aantal mensen met chronische aandoeningen wordt in Nederland geschat op 10 tot 15% van de totale bevolking. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal mensen met chronische aandoeningen explosief stijgen, naar verwachting tussen de 25 tot 55%. Oudere mensen hebben immers vaker een chronische aandoening dan jongere mensen. Met het stijgen van de leeftijd neemt daarnaast de kans op meerdere chronische aandoeningen per persoon toe.

Mensen kunnen door meer te bewegen een terugval in hun ziekte voorkomen, èn deze zelfs gunstig beïnvloeden. Hierdoor kan de zorgconsumptie door deze groep afnemen. Deelname aan aangepaste bewegingsprogramma's leidt, met andere woorden, tot tertiaire preventie.

Deze gezamenlijke visie is gericht op mensen met een chronische aandoening, die niet meer bewegen op therapeutische basis, maar ook niet kunnen deelnemen aan reguliere sportactiviteiten omdat specifieke aanpassingen ontbreken.
Uitgangspunt is dat mensen met chronische aandoeningen zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid. Bij een gezonde leefstijl hoort regelmatig bewegen, indien mogelijk een half uur per dag.

Om op verantwoorde wijze aangepast sportief te bewegen moet aan de volgende randvoorwaarden worden voldaan:

- professioneel advies door specialist, huis- of sportarts, fysio- of oefentherapeut
- aanwezigheid van aanbod van aangepaste bewegingsprogramma's
- afstemming op de doelgroep
- opgeleid kader met kennis van de aandoeningen
- verantwoorde organisatie, zonder risicovolle situaties
- in de woonomgeving van de deelnemer
- betaalbaarheid van de activiteit
- goede bereikbaar-, bruikbaar- en toegankelijkheid van de accommodatie.

Om de randvoorwaarden te verbeteren zijn door de patiëntenverenigingen en NebasNsg voor verschillende spelers in het veld aanbevelingen geformuleerd.

Het is van groot belang dat *het ministerie van VWS*, als verantwoordelijke voor het gezondheids- en sportbeleid, tertiaire preventie door aangepast sportief bewegen erkent en partijen stimuleert om de randvoorwaarden te verbeteren.
Gemeenten dienen een financiële en organisatorische bijdrage te leveren aan aangepast sportief bewegen, zoals aangepaste sportmaterialen, geschikte accommodaties, betaalbaar vervoer, opgeleid kader, e.d. Daarnaast dient op gemeentelijk niveau meer te worden samengewerkt tussen de sectoren sport en welzijn en zorg.
Zorgverzekeraars kunnen de preventieve werking van bewegen verder uitdragen. Door een tegemoetkoming in de kosten voor aangepast sportief bewegen kunnen verzekeraars hun cliënten stimuleren meer te bewegen.
Aanbieders van activiteiten kunnen hun aanbod meer open stellen en beter afstemmen op de specifieke doelgroepen. Daarnaast dienen ze nauwer samen te werken met zorg/therapie- en reguliere bewegingsaanbieders, om mensen naar elkaar te kunnen doorverwijzen in het ketenaanbod.

Provinciale sportraden kunnen een intermediaire rol spelen bij de beïnvloeding van het gemeentelijk beleid. Een consulent aangepast sporten draagt eveneens bij aan de sportstimulering.
Ook *patiëntenorganisaties* kunnen het beleid van gemeenten en zorgverzekeraars positief beïnvloeden. Daarnaast kunnen ze aanbieders stimuleren om meer bewegingsactiviteiten te organiseren, en kunnen zij zelf meer programma's laten organiseren. Regionale patiënten- en consumentenplatforms en lokale adviesraden kunnen tenslotte intermediair zijn bij gemeente en zorgverzekeraars.

Het Platform Aangepast Sportief Bewegen, dat naar aanleiding van deze visie is opgericht en waarbij NebasNsg de regie voert, zal de strategie en implementatie van de visie verder uitwerken.

Tot slot, om meer mensen met een chronische aandoening (meer) te laten bewegen zijn er extra financiële middelen nodig!





Colofon

Uitgave
NebasNsg in samenwerking met patiëntenorganisaties
Oktober 2006

Tekst
Hans Leutscher, NebasNsg
Saskia van Nek, Proef op de Som
Marianne Krijgsman, Reumapatiëntenbond
Marcel Bos, Astma Fonds

Fotografie
Inge Hondebrink (Nijmegen), m.u.v. p. 18 en p. 20 onder, Hein Koops (Helmond) en m.u.v. cover achter onder en rechtsboven, binnenzijde midden, achterzijde rechts, p. 2 rechtsonder en p. 6 rechtsboven.

Ontwerp
Birgit Schrama, Utrecht

Oplage
5000

Nadere informatie
www.sportiefbewegen.nl
www.nebasnsg.nl





Aangepast sportief **bewegen is een visiedocument van NebasNsg en landelijke patiëntenorganisaties**

