

Bridgen met mensen met een beperking

Doelgroepbeschrijving



Colofon

Het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) is sinds 1 januari 2016 samen gegaan met Stichting Onbeperkt Sportief in Kenniscentrum Sport Nederland. Kenniscentrum Sport Nederland is daarom de afzender van deze publicatie. Deze naamswijziging heeft geen invloed gehad op de inhoud van dit rapport.

In opdracht van De Nederlandse Bridge Bond (NBB)
Contact info@bridge.nl

Realisatie Kenniscentrum Sport
Horapark 4, 6717 LZ Ede

Auteurs Anneke Hiemstra, Denise Baars
Contact anneke.hiemstra@kcsport.nl

Eindredactie Anneke Hiemstra

Datum Maart 2016

Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Inhoudsopgave.....	3
Inleiding.....	4
Methode.....	5
Leeswijzer.....	5
Doelgroepverkenning.....	6
1. Hoge bloeddruk en hartpatiënten.....	6
2. Reumatische aandoening.....	6
3. Aandoeningen beweegapparaat.....	7
4. Diabetes.....	8
5. Chronische longziekten (COPD).....	8
6. Auditieve beperking.....	9
7. Motorische/lichamelijke beperking in het bewegen.....	9
8. Depressies.....	10
9. Gewrichtsslijtage van heupen en/of knieën.....	10
10. Eenzaamheid.....	11
Prevalentiebeschrijving aandoeningen.....	12
30 tot 55 jaar.....	12
55 jaar en ouder.....	13
Eenzaamheid.....	14
Bereikbaarheid en identificeerbaarheid verschillende aandoeningen.....	15
1. Hoge bloeddruk en hart- en vaatpatiënten.....	15
2. Reumatische aandoening.....	16
3. Aandoeningen beweegapparaat.....	17
4. Diabetes.....	17
5. Chronische longziekten (COPD).....	18
6. Auditieve beperking.....	19
7. Lichamelijke beperkingen in het bewegen.....	19
8. Depressies.....	20
9. Gewrichtsslijtage van heupen of knieën.....	20
10. Eenzaamheid.....	20
Conclusies en aanbevelingen voor het betrekken van specifieke groepen met chronische aandoeningen.....	21
30 tot 55 jaar.....	21
55 jaar en ouder.....	23
Algemene conclusie.....	25
Geraadpleegde literatuur.....	26

Inleiding

In Nederland zijn circa 1,6 miljoen mensen met een lichamelijke beperking. Dit getal is exclusief mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast hebben circa 5 miljoen Nederlanders een chronische aandoening. Tenslotte voelt meer dan 1 miljoen 55-plussers zich eenzaam (TNS/NIPO, 2012). Ondanks de inschatting dat ruim 30.000 clubleden van de NBB een (fysieke) beperking of chronische aandoening hebben (van reuma tot diabetes, van COPD tot depressie)¹, heeft de Nederlandse Bridgebond (NBB) zich tot nu toe niet specifiek gericht op deze doelgroepen.

Gelet op de grote omvang van deze groepen en het feit dat bridge een sport is die door veel mensen met een chronische aandoening of beperking goed beoefend kan worden (zie ook het huidige percentage bridgers mét een beperking) ligt hier een kans. De specifieke kenmerken van bridge lijken immers erg aantrekkelijk voor mensen met een beperking: het is sociaal (een teamsport), non-discriminatoire (man/vrouw/leeftijd onafhankelijk), goedkoop en de beoefening doet een beroep op/ontwikkelt een groot aantal nuttige eigenschappen als geheugen, rekenvaardigheid, communicatie en planning. Daarnaast kunnen veel mensen met een beperking zonder bijzonder belastende aanpassingen (voor zichzelf of voor de cluborganisatie) gewoon deelnemen aan deze sport, bridge. Dit maakt de inpassing niet kostbaar en voldoet aan de wens van vele gehandicapten en zieken om 'integraal' aan de clubavond of clubmiddag deel te nemen, zonder onderscheid.

De NBB overweegt in de toekomst zijn aanbod actief onder de aandacht gaan brengen bij een aantal specifieke groepen 'mensen met een (lichamelijke) beperking, chronische aandoening' of mensen die kampen met eenzaamheid. Het doel is mensen binnen deze groepen uit hun sociaal isolement te halen of te voorkomen dat men in een sociaal isolement terecht komt. Het betreft dan die groepen waarvan verwacht wordt dat ze bridge op een club kunnen spelen zonder bijzondere spel- of organisatorische aanpassingen. Op deze manier is dit aanbod voor clubs makkelijk inpasbaar op hun clubmiddagen en clubavonden. Zo kan iedereen genieten en profiteren van het mooie dat de sport bridge te bieden heeft.

Om dit aanbod actief onder de aandacht te kunnen brengen is nodig:

- A. Een doelgroepverkenning in combinatie met een prevalentieomschrijving, om op kwantitatieve gronden keuzes te kunnen maken.
- B. Een doelgroepverkenning waarin groepen worden omschreven waarvan gemotiveerd verwacht mag worden dat ze clubbridge kunnen spelen zonder dat bijzondere spel- of organisatorische aanpassingen nodig zijn en waarom het wellicht een bijdrage kan leveren aan hun welzijn.
- C. Een verkenning/omschrijving van de wegen waarlangs de geïdentificeerde doelgroepen efficiënt bereikt kunnen worden.

De NBB is bij het ontwikkelen van dit aanbod enigszins beducht voor zijn imago. Op dit moment lijdt de NBB onder het stigma dat 'bridge alleen voor ouderen is'. Echter het feit dat bridge voor ouderen een zeer welkome toevoeging aan hun leven is, wil niet zeggen dat bridge voor andere doelgroepen geen aantrekkelijke bijdrage aan hun sportbeleving kan betekenen.

¹ Op basis van onderzoek van de NBB bij Denken en Doen.

De NBB wil daarom voorzichtig zijn om bovenop het stigma 'bridge is voor ouderen' een volgende kwalificatie te krijgen van 'bridge is voor mensen met een beperking'. Uitdaging is daarom steeds bij de ontwikkeling van dit aanbod een goede positionering te kiezen waardoor bridge wél zijn maatschappelijke rol en maatschappelijke bijdrage kan leveren, maar in de perceptie van iedereen niet beperkt wordt tot 'uitsluitend' een sport voor ouderen en/of mensen met een beperking.

Het uiteindelijke doel is dat de NBB voor de start van het seizoen september 2017, de gekozen doelgroepen voortgekomen uit dit onderzoek met een aanbod hebben kunnen benaderen. Daarom zal dit rapport een plaats krijgen bij de ontwikkeling van het nieuwe meerjarenbeleidsplan van de NBB (2017-2020)

Methode

Deze verkenning is de uitkomst van de oriëntatie door 'Kenniscentrum Sport' naar de mogelijke doelgroepen van mensen met een (lichamelijke) beperking en/of chronische ziekte die in aanmerking komen voor een aanbod van bridge. Allereerst is deskresearch uitgevoerd naar de meeste voorkomende (prevalentie) aandoeningen en zijn deze groepen beschreven samen met de geschiktheid voor de bridgesport.

De prevalentie van aandoeningen is steeds beschreven in de groepen: 30 tot 55 jaar en 55 jaar en ouder. Vervolgens is de prevalentie van de top acht van deze aandoeningen per leeftijdscohort met de NBB besproken en zijn deze aandoeningen aan de hand van deskresearch verder uitgewerkt in hoe deze groepen te identificeren en te bereiken zijn.

Leeswijzer

In dit rapport worden in hoofdstuk 2 de meest voorkomende aandoeningen beschreven voor de leeftijdscohorten: 30 tot 55 jaar en 55 jaar en ouder. Hoofdstuk 3 beschrijft de prevalentie van deze aandoeningen van deze leeftijdscohorten. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 aangegeven hoe mensen met deze aandoeningen te identificeren en te bereiken zijn. Tenslotte worden in de conclusie (hoofdstuk 5) adviezen aan de NBB gegeven op welke groepen zij zich in het kader van hun meerjarenbeleid het beste kunnen richten.

Doelgroepverkenning

De meest voorkomende aandoeningen die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn: hoge bloeddruk en hartpatiënten, aandoeningen beweegapparaat, reumatische aandoeningen, diabetes, COPD, auditieve beperking, lichamelijke beperking in het bewegen, depressies en gewrichtsslijtage van heupen en/of knieën. Hieronder zijn deze aandoeningen kort omschreven met daarbij, waar zinvol, de verschillen tussen de doelgroepen 30 tot 55 jaar en 55 jaar en ouder. Ook wordt het probleem eenzaamheid kort beschreven.

In algemene zin geldt voor deze beide groepen aandoeningen dat mensen met een matige tot slechte (ervaren) gezondheid minder vaak aan de beweegnormen voldoen en minder wekelijks sporten dan leeftijdsgenoten met een goede ervaren gezondheid. In de leeftijdsgroep 55+ is het grootste verschil te zien in beweegnormen ten opzichte van leeftijdsgenoten die een goede gezondheid ervaren ([RIVM 2015](#)).

1. Hoge bloeddruk en hartpatiënten

Onder de groep hartpatiënten vallen mensen met een hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten. In Nederland zijn ruim 1 miljoen hart- en vaatpatiënten en 240.000 mensen die leven met de gevolgen van een beroerte (Hartstichting, 2015). Uit onderzoek is gebleken dat lichamelijke inspanning bij mensen met hartziekten een positief effect heeft. Mensen met een coronaire hartziekte (vernauwing/verstopping van de kransslagaders die het hart van bloed voorzien) die bewegen, hebben een betere overlevingskans. Bovendien heeft bewegen een verlagend effect op de bloeddruk en de cholesterol. Lichamelijke inspanning kan voor hartpatiënten lastig zijn en hartpatiënten kunnen vaker moe zijn.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Het beweegpatroon bij bridge (komen en gaan, evenals elk half uur van tafel wisselen) is voor deze doelgroep ook niet zo belastend dat deelname wordt bemoeilijkt, maar is aan de andere kant ook niet zo intensief dat hiervan een genezende bijdrage moet worden verwacht.

Voor beide leeftijdsgroepen (30-54 jaar en 55+ jaar) geldt dat het percentage voldoen aan de NNGB, Fitnorm en combinorm het laagst is bij hart- en vaatziekten. Voor mensen met hoge bloeddruk geldt dat dit in mindere mate ([RIVM 2015](#)). Voor mensen met hart- en vaatziekten kan bridge aantrekkelijk alternatief zijn omdat het een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

2. Reumatische aandoening

Onder reumatische aandoeningen vallen meer dan 100 verschillende aandoeningen aan het bewegingsapparaat, die niet door een ongeval zijn ontstaan ([Reumafonds, 2015](#)). Reuma kan pijn en stijfheid in gewrichten en spieren veroorzaken, waardoor er beperkingen zijn in het bewegen, het dagelijks leven, moeheid en lusteloosheid. In Nederland zijn er bijna 2 miljoen mensen met reumatische aandoeningen.

Personen met een reumatische aandoeningen hebben beperkingen in het bewegen door stijfheid en pijn in het beweegapparaat. Er is een mogelijkheid dat deze personen minder mobiel zijn, niet lang in eenzelfde houding stil kunnen zitten of gebonden zijn aan hulpmiddelen (zoals rolstoel (zeer gering), braces (nek, pols, rug)). Deze groep kan te maken hebben met 'een slechte dag' waardoor het niet mogelijk is om die dag een activiteit te doen.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Het beweegpatroon bij bridge (komen en gaan, evenals elk half uur van tafel wisselen) is niet zo belastend dat deelname wordt bemoeilijkt. Ontstekingsreuma is de derde groep na hart- en vaatziekten en diabetes die minder vaak voldoet aan de beweegnormen ([RIVM 2015](#)). Voor een aantal mensen uit deze groep kan fysieke sportbeoefening moeilijker zijn of slechts beschikbaar op therapeutische basis. Dit geldt vooral voor mensen die gebonden zijn aan hulpmiddelen zijn door de reuma. Voor hen is bridge wellicht een aantrekkelijk alternatief voor sport, omdat het een soortgelijke beleving is en een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

3. Aandoeningen beweegapparaat

Onder aandoeningen in het beweegapparaat horen rug-, nek-, schouder-, elleboog-, pols- of handklachten. Deze personen kunnen beperkingen hebben in het bewegen door pijn en stijfheid in het beweegapparaat. Mogelijk kunnen deze personen niet lang stil zitten of zijn gebonden aan hulpmiddelen. De oorzaken van deze klachten kunnen heel verschillend zijn (ongeval, verkeerde beweging, aangeboren, et cetera). Problemen met botten, spieren, ligamenten (bindweefselbanden tussen twee botten) of pezen (bindweefselbanden tussen spieren en botten) zijn de meest voorkomende oorzaken van de rug-, nek-, schouder-, elleboog- pols- of handklachten. Rugpijn (bijvoorbeeld hernia, spit, artrose) is de belangrijkste lichamelijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid.

Personen met aandoeningen in het beweegapparaat kunnen hinder ondervinden bij het bridgen door de stijfheid en pijn. Er zijn beperkingen in het bewegen, waardoor er mogelijk hulpmiddelen benodigd zijn om bridge te kunnen spelen. Bovendien is er een mogelijkheid dat mensen in deze groep niet (lang stil) kunnen zitten. Tenminste een half uur op een stoel kunnen zitten is voor clubbridge wenselijk. Na elk half uur wordt er altijd van tafel gewisseld en dus gelopen. Voor het vasthouden van speelkaarten bij bridge zijn diverse (goedkope) hulpmiddelen beschikbaar. Mensen die aan een rolstoel gebonden zijn kunnen als de accommodatie dit toelaat en transport kan worden geregeld in de meeste gevallen wél deelnemen.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Ook deze groep voldoet in mindere mate aan de beweegnormen ([RIVM 2015](#)), maar voor een deel van deze groep zijn er voldoende mogelijkheden om naar eigen niveau fysieke sportbeoefening te doen.

Voor deze groep is bridge altijd een aantrekkelijk alternatief voor sport, omdat het een soortgelijke beleving is en een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

4. Diabetes

Diabetes, ook wel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte waarbij de bloedsuikerspiegel niet op peil blijft. De groep diabetes omvat zowel diabetes type 1 (10%) als type 2 (90%). Een gezonde leefstijl is voor deze beide groepen belangrijk. Het is de beste manier om klachten en latere complicaties zoveel mogelijk te voorkomen.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Onder 30-54-jarigen met diabetes is het percentage voldoen aan de NNGB relatief lager, terwijl dit in mindere mate het geval is bij de 55+'ers ([RIVM 2015](#)). Voor een groot aantal mensen binnen deze doelgroep is fysieke sportbeoefening goed mogelijk/aantrekkelijk. Een deel van de groep ervaart belemmeringen in fysiek actief zijn. Dit is vaak de groep die complicaties ondervindt van diabetes (bijvoorbeeld slechter zicht, voetamputatie, et cetera). Het beweegpatroon bij bridge (komen en gaan, evenals elk half uur van tafel wisselen) is niet zo belastend dat deelname wordt bemoeilijkt. Daarom kan bridge voor deze laatste groep een extra aantrekkelijk alternatief zijn voor sport, omdat het een soortgelijke beleving is en een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

5. Chronische longziekten (COPD)

COPD is een chronische longaandoening waaronder chronische bronchitis of longemfyseem vallen. De luchtwegen zijn blijvend vernauwd en werken steeds minder goed. Klachten zijn hoesten, benauwdheid, kortademig en moe zijn. Een van de belangrijkste oorzaken van COPD is roken. Stoppen met roken, bewegen en gezond eten zijn belangrijk bij COPD. Door regelmatig te bewegen gaan dagelijkse bezigheden gemakkelijker. Bij COPD gaat minder zuurstof via de longen naar het bloed. Een tekort aan zuurstof kan ervoor zorgen dat mensen gebonden zijn aan extra zuurstof. Een rook- en stofvrije omgeving is hierbij noodzakelijk.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Uiteraard wordt er op bridgeclubs niet gerookt. Het beweegpatroon bij bridge (komen en gaan, evenals elk half uur van tafel wisselen) is niet zo belastend dat deelname wordt bemoeilijkt.

Mensen met COPD voldoen net iets minder aan de Nederlandse beweegnormen dan de totale bevolking. De 55+ groep blijft hierin meer achter dan de groep 30-54 jarigen. Voor hen is bridge wellicht een aantrekkelijk alternatief voor sport, omdat het een soortgelijke beleving is en een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

6. Auditieve beperking

Een auditieve beperking houdt in dat het horen in enige mate beperkt is. Slechthorendheid (verminderd gehoor in één of meerdere oren) en doofheid zijn auditieve beperkingen. Sommige mensen met deze beperking kunnen wel geluiden horen, maar horen niet altijd genoeg om spraak te begrijpen. Vooral als er (veel) achtergrondgeluid is, kan dit voor problemen zorgen.

Het spelen van bridge kan moeizaam zijn voor deze personen, ook omdat het veel van de omgeving vraagt. Technisch gezien zijn in de biedfase van bridge de zintuigen spraak en gehoor niet nodig. Ook in de afspeelfase van bridge is er slechts een heel beperkte rol voor spraak en gehoor en kan dit makkelijk worden voorkomen. Maar een belangrijk element van clubbridge is dat je een deel bent van de club en met andere clubleden communiceert. Dit onderdeel zal bij deze beperking onder druk staan wat voor betrokkene maar ook voor de overige clubleden belastend kan zijn. Enerzijds is er veel achtergrondgeluid, waardoor de communicatie soms niet optimaal kan verlopen, anderzijds is er ook sprake van een zekere rust waardoor hard, luid en duidelijk praten niet altijd gepast is. Op grond van deze analyse lijkt clubbridge niet meteen geschikt voor deze doelgroep.

7. Motorische/lichamelijke beperking in het bewegen

Een persoon met een lichamelijke beperking in het bewegen is iemand met een handicap die door een probleem aan zijn of haar lichaamsdelen gehinderd wordt in zijn handelingen en/of bewegingen. De handicap is ontstaan doordat lichaamsdelen niet volgroeid of beschadigd zijn of doordat lichamelijke functies verstoord zijn. Deze doelgroep omvat een grote diversiteit van beperkingen. Voor deze casus generaliseren we de doelgroep naar lichte vormen van beperkingen, waaronder spieraandoeningen, afwijkende ledematen of amputaties kunnen vallen.

De mensen met deze prevalentie hebben een beperkte bewegingsmogelijkheid en zijn mogelijk gebonden aan hulpmiddelen (rolstoelen, computers, kunstledematen). Er zijn personen in deze doelgroep die zelf niet mobiel zijn en afhankelijk van anderen zijn. De soort lichamelijke beperking kan obstakels opleveren voor het spelen van bridge maar dit moet van geval tot geval beoordeeld worden. Veel is mogelijk.

Bridge is vaak geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Het beweegpatroon bij bridge (komen en gaan, evenals elk half uur van tafel wisselen) zal zorgvuldig moeten worden beoordeeld. Voor het vasthouden van speelkaarten bij bridge zijn diverse (goedkope) hulpmiddelen beschikbaar. Mensen die aan een rolstoel gebonden zijn kunnen als de accommodatie dit toelaat en transport kan worden geregeld in de meeste gevallen wél deelnemen. Het normale patroon is dat na een half uur van tafel wordt gewisseld en er dus verplaatsingen zijn. Dit kan soms worden voorkomen. Mensen met een motorische beperking voldoen het minst vaak aan de beweegnormen, vergeleken met de andere groepen met een beperking (auditief, psychisch, visueel, chronische aandoening). Zij doen ook het minst vaak aan sport ([RIVM 2015](#)). Voor een groot aantal mensen binnen deze doelgroep is fysieke sportbeoefening niet mogelijk/aantrekkelijk of slechts beschikbaar op aangepaste of therapeutische basis.

Voor hen is bridge wellicht een aantrekkelijk alternatief voor sport, omdat het een soortgelijke belevenis is en een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze gelijkwaardig kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

8. Depressies

Een depressie is een aandoening die valt onder stemmingsstoornissen. De aandoening heeft invloed op de stemming en gevoelens. Van een depressie is sprake als er gedurende langere periode een abnormale somberheid of lusteloosheid, verlies van interesse of een onvermogen om ergens van te genieten ontstaat. Mensen met een depressie zijn moeilijk te identificeren omdat de klachten zich vaak ook anders uiten (bijvoorbeeld lichamelijk, vermoeidheid et cetera).

Door stemmingswisselingen kan het lastig zijn om iemand te motiveren voor het spelen van bridge. Voor deze personen is een bepaalde mate van begeleiding denkbaar. Bridge kan voor deze groep een afleiding zorgen en een bepaalde structuur in de dag of week brengen. Een bridgespel duurt 5 minuten per spel (een avond/middag bestaat uit 24 spellen). Juist deze *korte* tijdspanne van *hoge* concentratie kan geschikt zijn voor betrokkene en voor afleiding zorgen. Uiteindelijk ervaren veel bridgers het spel als ‘verslavend’ in die zin dat het hen echt bezig houdt, ook nog na afloop van het spel.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. Een groot aantal mensen binnen deze doelgroep is echter moeilijk te motiveren voor bewegen en/of fysieke sportbeoefening ([Master Theses Linda Schouten 2013](#)). Voor hen is bridge wellicht een alternatief voor sport, omdat het een soortgelijke belevenis is en ze kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit die structuur aanbrengt in hun dag of week.

9. Gewrichtsslijtage van heupen en/of knieën

Gewrichtsslijtage van heupen en/of knieën is een vorm van artrose, waarbij de kwaliteit van het kraakbeen in de gewrichten achteruit gaat en op den duur helemaal kan verdwijnen. Personen met een gewrichtsslijtage hebben beperkingen in het bewegen door stijfheid en pijn in het beweegapparaat. Bij gewrichtsslijtage is het belangrijk om regelmatig te blijven bewegen. Op deze manier houd je de gewrichten soepel, maak je de spieren sterker en werk je aan de conditie.

Het bridgen kan moeizaam zijn voor deze personen door de pijn en stijfheid zijn mensen met gewrichtsslijtage niet altijd in staat om lang stil te zitten. Tenminste een half uur op een stoel kunnen zitten is voor clubbridge wenselijk. Na elk half uur wordt er altijd van tafel gewisseld en dus gelopen. Mensen die aan een rollator gebonden zijn kunnen in de meeste gevallen wél deelnemen.

Bridge is geschikt voor deze doelgroep omdat het de geestelijke gezondheid bevordert en een sociaal netwerk voor betrokkene opbouwt, waardoor sociaal isolement kan worden voorkomen en/of opgeheven. In sommige gevallen kan ook de beweegactiviteit zelfs een bijdrage zijn voor de gewenste dagelijkse beweging voor deze doelgroep.

Mensen met gewrichtsslijtage voldoen net iets minder aan de Nederlandse beweegnormen dan de totale bevolking. Voor hen is bewegen naar eigen mogelijkheden vaak nog wel mogelijk. Voor hen is bridge wellicht van toegevoegde waarde, omdat het een soortgelijke beleving is en een beroep doet op hun intellectuele vermogens waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

10. Eenzaamheid

Er zijn meer dan 4,1 miljoen 55-plussers. Hiervan voelt meer dan 1 miljoen zich eenzaam. Van hen zijn 200.000 extreem eenzaam, zij hebben slechts een keer in de maand een sociaal contact. (TNS/NIPO, 2012). Van de ruim 2,9 miljoen 65-plussers voelen bijna 900.000 mensen zich eenzaam. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd. Dit geldt specifiek voor sociale eenzaamheid. Ook extreme eenzaamheid neemt toe met het ouder worden. 75-plussers voelen zich sneller eenzaam door een opeenstapeling van gebeurtenissen, zoals het overlijden van een partner en andere leeftijdsgenoten en het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid. (RIVM, Volksgezondheidszorg.info). Van alle 65-plussers woont ongeveer 52% alleen en van alle 75-plussers ongeveer 64,6%. Het meest eenzaam zijn alleenwonende ouderen die gescheiden zijn en weinig sociale relaties hebben (CBS Statline).

Eenzaamheid kan ernstige gevolgen hebben. Eenzaamheid verhoogt de bloeddruk, het stressniveau en de kans op een depressie. Eenzame ouderen blijken 14% meer kans te hebben op een vroege dood dan de gemiddelde persoon. Zelf actief blijven en bijvoorbeeld vrijwilligerswerk doen of deelnemen aan (laagdrempelige) sociale activiteiten vermindert eenzaamheid en de kans op sociaal isolement. (Coalitie Erbij/ TNS NIPO 2013). Voor hen is bridge wellicht van toegevoegde waarde, omdat bridge bij uitstek een sociale activiteit is en waarbij ze zonder hinder (dus gelijkwaardig) kunnen deelnemen aan een maatschappelijke activiteit.

Prevalentiebeschrijving aandoeningen

Hieronder staat de volgorde in prevalentie van de meest voorkomende aandoeningen kort omschreven met daarbij de omvang in percentages en absolute aantallen. De genoemde percentages zijn verkregen uit steekproefonderzoek van het CBS. De absolute aantallen zijn gebaseerd op deze percentages en zijn daardoor indicatief. Er is onderscheid gemaakt tussen de twee leeftijdscohorten: 30 tot 55 jaar en 55 jaar en ouder. De onderstaande tabellen geven een beeld van hoe vaak een dergelijke prevalentie in deze cohorten voorkomt. Eenzaamheid is geen aandoening. De prevalentie van eenzaamheid wordt aan het einde van dit hoofdstuk apart besproken, omdat de data lastig te vergelijken is met data over de aandoeningen.

30 tot 55 jaar

In de doelgroep van 30 tot 55 jaar zijn mensen met een hoge bloeddruk en hartpatiënten de meest voorkomende prevalentie. Opvallend is dat mensen met een depressie in deze doelgroep hoog in de rangorde voorkomt.

Tabel 1: gewogen percentage en indicatie van absolute omvang 30-55-jarigen naar een specifieke aandoening*.

Rangorde in voorkomen	Aandoening	Omvang, gewogen percentage (%)**	Omvang, indicatie absolute aantallen (#)***
1	Hoge bloeddruk en hartpatiënten	Hoge bloeddruk: 10,4% Hart- en vaatpatiënten: 3,1%	Hoge bloeddruk: 599.801 Hart- en vaatpatiënten: 159.426
2	Aandoeningen bewegapparaat	Rug: 10,6% Nek of schouder: 10,4% Elleboog, pols of hand: 7,1%	Rug: 611.304 Nek of schouder: 602.232 Elleboog, pols of hand: 408.268
3	Depressies	9,8%	567.285
4	Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	8,2%	473.962
5	Motorische/lichamelijke beperking in het bewegen****	6,7%	390.055
6	Reumatische aandoeningen - Chronische gewrichtsontsteking	5,1%	297.245
7	Chronische longziekten (COPD, chronische bronchitis, longemfyseem)	3,5%	203.479
8	Diabetes	2,7%	156.608

*Gebaseerd op de vraag: heeft u in de afgelopen 12 maanden de aandoening gehad, tenzij anders aangegeven staat?

**Bron: CBS 2014, www.statline.nl

*** De absolute aantallen kunnen niet bij elkaar op worden geteld omdat a. de getallen gebaseerd zijn op steekproefgegevens en b. personen met meerdere aandoeningen kunnen dan meerdere keren mee worden geteld.

**** Gebaseerd op de vragen: – kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen? – kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken? – kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)? mensen zijn lichamelijk beperkt als ze hebben aangegeven minstens één van de bevraagde activiteiten niet, of alleen met veel moeite, te kunnen uitvoeren.

55 jaar en ouder

De prevalenties van alle aandoeningen liggen bij de groep 55 jaar en ouder zoals te verwachten een stuk hoger. Opvallend is dat waar de doelgroep 30 tot 55 jaar depressie op rangorde 3 stond, deze nu op plek 8 staat. De verschillende vormen van beperkingen in het bewegen (gewrichtsslijtage, lichamelijke beperkingen, reumatische aandoening, aandoeningen in het beweegapparaat) staan bij dit cohort hoog in de rangorde.

Tabel 2: gewogen percentage en indicatie van absolute omvang 55+’ers naar een specifieke aandoening*.

Rangorde in voorkomen	Aandoening	Omvang, gewogen percentage (%)**	Omvang, indicatie absolute aantallen (#)***
1	Hoge bloeddruk en hartpatiënten	Hoge bloeddruk: 34,3% Hart- en vaatpatiënten: 20,3%	Hoge bloeddruk: 1.749.427 Hart- en vaatpatiënten: 1.036.272
2	Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	33%	1.683.645
3	Lichamelijke beperking in het bewegen****	22,6%	1.149.379
4	Reumatische aandoeningen - Chronische gewrichtsontsteking	15,9%	809.658
5	Aandoeningen beweegapparaat	Rug: 16,1% Nek of schouder: 15,5% Elleboog, pols of hand: 12,1%	Rug: 821.309 Nek of schouder: 791.695 Elleboog, pols of hand: 618.044
6	Diabetes	12,5%	635.263
7	Chronische longziekten (COPD, chronische bronchitis, longemfyseem)	10,8%	548.678
8	Depressies	7,7%	389.907

*Gebaseerd op de vraag: heeft u in de afgelopen 12 mnd. de aandoening gehad, tenzij anders aangegeven staat?

**Bron: CBS 2014, www.statline.nl

*** De absolute aantallen kunnen niet bij elkaar op worden geteld omdat a. de getallen gebaseerd zijn op steekproefgegevens en b. personen met meerdere aandoeningen kunnen dan meerdere keren mee worden geteld.

**** Gebaseerd op de vragen: – kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen? – kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken? – kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)? mensen zijn lichamelijk beperkt als ze hebben aangegeven minstens één van de bevraagde activiteiten niet, of alleen met veel moeite, te kunnen uitvoeren.

Eenzaamheid

Eenzaamheid komt zoals eerder aangegeven voor onder alle leeftijdsgroepen. Eenzaamheid is niet altijd zichtbaar voor de directe omgeving en/of professionals. TNS/NIPO heeft in samenwerking met coalitie erbij diverse onderzoeken uitgevoerd naar eenzaamheid. Ook worden binnen de gezondheidsmonitor van GGD-en gegevens in kaart gebracht over eenzaamheid. Hieronder een tabel met recente cijfers over eenzaamheid.

Tabel 3: percentage mensen (19+), opgesplitst naar leeftijd, dat aangeeft eenzaam, (zeer) ernstig eenzaam, emotioneel eenzaam of sociaal eenzaam te zijn ([Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012, bewerkt door RIVM](#)).

Leeftijdscategorie	Eenzaam	(Zeer) ernstig eenzaam	Emotioneel* eenzaam	Sociaal** eenzaam
19-34	33,8	7,4	27,0	32,3
35-49	37,4	8,4	25,5	38,9
50-64	40,3	9,0	25,7	43,2
65-74	40,9	7,3	24,3	43,7
75-84	49,5	9,9	35,4	46,4
85+	59,2	13,8	50,2	48,0

*Als iemand een sterk gemis ervaart van een intieme relatie, een emotioneel hechte band met een partner of vriend(in), dan is er sprake van emotionele eenzaamheid

**Van sociale eenzaamheid is sprake als iemand betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of mensen met dezelfde belangstelling mist.

- Eenzaamheid (ook sociaal) neemt toe met leeftijd, en is in de categorie 85+ het hoogst.
- Het percentage mensen dat zich emotioneel eenzaam voelt, neemt pas toe vanaf 75 jaar.
- Na de leeftijd van ongeveer 75 jaar is de kans op eenzaamheid groter bij een opeenstapeling van verschillende gebeurtenissen zoals het overlijden van de partner en van andere leeftijdsgenoten en het verlies van mobiliteit en zelfstandigheid door afnemend fysiek, cognitief en sensorisch functioneren .

Bereikbaarheid en identificeerbaarheid verschillende aandoeningen

In dit hoofdstuk staat per aandoeningen beschreven hoe zij geïdentificeerd en bereikt kunnen worden. De adviezen inzake bereikbaarheid worden geschreven voor lokale bridgeclubs, maar er zijn ook adviezen aan de NBB zelf.

Alle mensen met de beschreven aandoeningen hebben te maken met de maatschappelijke ontwikkelingen van decentralisering en zij vallen allen onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) 2015. Een gevolg van deze ontwikkeling is dat vooral ouderen langer zelfstandig thuis moeten blijven wonen. De langdurige zorg wordt deels nog steeds via de zorgverzekeraars gefaciliteerd, maar bijvoorbeeld de huishoudelijke hulp en andere ondersteuning van deze groepen is vanaf 2015 de verantwoordelijkheid van gemeenten. Gemeenten gaan hier verschillend mee om. Wel worden in iedere gemeente sociale wijkteams opgericht om zoveel mogelijk persoonsgerichte en op maat gerichte zorg te kunnen bieden. Vanuit de keukentafelgesprekken bepaalt een gemeente vaak wat de betreffende persoon zelf nog kan, wat via de eigen omgeving opgevangen kan worden en waarin gefaciliteerd moet worden via de overheid. Kortom, in het bereiken van mensen met langdurige aandoeningen geldt dat aansluiting zoeken bij het WMO-beleid in de eigen gemeente een belangrijke eerste stap is. Hoe krijgt de zorg rondom deze mensen in de eigen gemeente vorm en wat betekent dit voor de manier waarop deze mensen bereikt kunnen worden voor de bridgesport?

1. Hoge bloeddruk en hart- en vaatpatiënten

Alle hart- of vaatpatiënten zijn in beeld bij de tweede en eerstelijnsgezondheidszorg. In de tweedelijns gezondheidszorg krijgen hart- en vaatpatiënten vaak een hartrevalidatie programma aangeboden. De Hartstichting heeft een overzicht van alle [gespecialiseerde hart- en vaatcentra](#) in Nederland. Ook kunnen hart- en vaatpatiënten zich aansluiten bij een patiëntenorganisatie en/of -vereniging zoals Hart in Beweging, de 'Hart- en vaatgroep' voor en door hartpatiënten etc. De Hartstichting werkt nauw samen met [De Hart&Vaatgroep](#). Daarnaast heeft de Hartstichting een overzicht van [patiëntenverenigingen](#) in Nederland voor Hart- en vaatziekten. Hart- en vaatpatiënten maken daarnaast voor een groot deel ook gebruik van geïndiceerde diëtistenzorg in de eerste of tweedelijns gezondheidszorg. Niet alle personen met hoge bloeddruk zijn in beeld in de huisartsenzorg. De huisarts is echter wel vaak de eerste medicus die een chronisch hoge bloeddruk diagnosticeert. Een groot deel van de patiënten met hart- en vaataandoeningen of hoge bloeddruk is niet aangesloten bij een patiëntenvereniging, omdat zij zich geen patiënt voelen. Een groot deel van deze groep ondervindt geen beperkingen in het dagelijks leven van hun aandoening en voelt zich dan ook niet een patiënt. Voor algemene communicatie richting deze doelgroep is het van belang dat de nadruk niet op 'patiënt' of 'aandoening' ligt.

Adviezen deze groep beter te bereiken:

1. Het bereiken van patiënten via de lokale huisartsen en praktijkondersteuners. Ook huisartsgroepen lokaal of regionaal kunnen een ingang zijn.

2. Als NBB aansluiting zoeken bij [Hart in Beweging](#) (ruim 10.000 hart- en vaatpatiënten die deelnemen aan hun sport- en beweegactiviteiten en ongeveer 230 sportorganisaties die aangesloten zijn).
3. Als NBB aangesloten zijn op de ['Beweegzoeker' van De Hart&Vaatgroep](#) (nu 6500 leden) en voor mogelijkheden bij u in de buurt.
4. Het bereiken van patiënten via ziekenhuizen die een [Hartrevalidatieprogramma](#) (zit ook bewegen in, maar het programma is eindig) aanbieden na een hartinfarct, dotterbehandeling of hartoperatie.
5. Het bereiken van patiënten via apotheken, trombosediensten, bibliotheken of ouderenbonden
6. Specifiek voor de 55+ers: bereiken van deze groepen via de ouderenbonden, regelmatig publiceren in lokale kranten, via de lokale omroep. Deze kanalen worden over het algemeen goed gelezen/bekeken door 55+ers.

2. Reumatische aandoening

Omdat de groep met een reumatische aandoening bestaat uit meer dan 100 verschillende aandoeningen maakt dit de identificeerbaarheid van deze groep ingewikkeld. Vast staat dat de grootste groepen gevormd worden door:

1. Artrose. Hierbij verslechtert het kraakbeen in de gewrichten. Ongeveer 1,1 miljoen mensen hebben artrose in een of meerdere gewrichten.
2. Ontstekingsreuma. Hieronder vallen aandoeningen waarbij ontstekingsreacties in het lichaam onder andere gewrichten beschadigen. Ongeveer 420.000 mensen hebben een vorm van ontstekingsreuma.
3. Wekedenreuma. Hieronder vallen aandoeningen aan onder andere spieren, banden, pezen en het kapsel om gewrichten. Ongeveer 240.000 mensen hebben een vorm van wekedenreuma.

Sommige mensen hebben meerdere vormen van reuma. (Reumafonds 2015, [Nationale peiling bewegingsapparaat 2010, TNO](#))

Van alle patiënten uit alle drie groepen zijn er ruim 9 van de 10 (90,7%) in contact geweest met een huisarts in het afgelopen jaar, 60,2% met een fysiotherapeut, 36,5% met een orthopedisch chirurg en 20,1% met een reumatoloog. In minder dan 12% van de gevallen is contact geweest met een psycholoog, een reumaconsulent, maatschappelijk werker of ergotherapeut. In absolute aantallen betekent dit dat 1,6 miljoen mensen met reumatische klachten een beroep hebben gedaan op een huisarts. Ongeveer 1,1 miljoen mensen met reumatische klachten zijn onder fysiotherapeutische behandeling geweest. Ook zijn in 2010 naar schatting ruim 650.000 mensen met reumatische klachten op consult bij een orthopedisch chirurg geweest. De reumatoloog werd bezocht door 360.000 mensen met reumatische klachten. Voor de overige zorgverleners is berekend dat ongeveer 150.000 mensen met reumatische klachten in contact zijn geweest met een reumaconsulent, 140.000 met een maatschappelijk werker, ruim 200.000 met een psycholoog en ruim 100.000 met een ergotherapeut. ([Nationale peiling bewegingsapparaat 2010, TNO](#)). Tenslotte maken Reumapatiënten, indien noodzakelijk ook gebruik van gespecialiseerde voetenverzorging (podothérapeuten, orthopedische schoenmaker). Ook zijn er diverse voetenpoliklinieken in Nederland. Er zijn in Nederland 66 reumapatiëntenverenigingen die voor ongeveer 5100 mensen beweegactiviteiten aanbieden.

Er is niet bekend hoe de spreiding van de verschillende vormen van reuma (meer dan 100) hierin vertegenwoordigd zijn (Reumafonds).

Adviezen deze groep beter te bereiken:

1. Het bereiken van patiënten via de lokale huisartsen, fysiotherapeuten, orthopedisch chirurg of reumatoloog. Ook huisartsengroepen of groepen van (fysio)therapeuten lokaal of regionaal kunnen een ingang zijn.
2. Als NBB met Denken en Doen aansluiten op de ['Beweeuwijzer' van het Reumafonds](#).
3. Als lokale bridgeclub aansluiting zoeken bij een lokale [Reumapatiëntenvereniging](#).
4. Het bereiken van patiënten via apotheken.
5. Specifiek voor de 55+ers: bereiken van deze groepen via de ouderenbonden, regelmatig publiceren in lokale kranten, via de lokale omroep. Deze kanalen worden over het algemeen goed gelezen/bekeken door 55+ers.

3. Aandoeningen beweegapparaat

Onder aandoeningen in het beweegapparaat horen rug-, nek-, schouder-, elleboog-, pols- of handklachten. Deze personen kunnen beperkingen hebben in het bewegen door pijn en stijfheid in het beweegapparaat.

Mensen met dergelijke klachten behoren hierdoor vaak niet tot een duidelijke patiëntengroep. Wel hebben mensen met deze klachten vaak gemeen dat ze baat kunnen hebben bij behandeling van een fysiotherapeut, caesar, mensendieck, chiropractor, osteopaat of een alternatieve geneeswijze behandeling (accupunctuur, homeopathie et cetera). Ook bezoekt een groot deel van deze patiëntengroepen de huisarts voor diagnose, verwijzing en pijnbehandeling. Voor sommige klachten kan behandeling van een neurochirurg noodzakelijk zijn, zoals bij een hernia of bij een carpaal tunnel syndroom (hand).

Adviezen deze groepen beter te bereiken:

1. Het bereiken van patiënten via de lokale huisartsen, fysiotherapeuten, caesar, mensendieck, chiropractor, osteopaat of een alternatieve geneeswijzer. Ook huisartsengroepen of groepen van therapeuten lokaal of regionaal kunnen een ingang zijn.
2. Het bereiken van patiënten via apotheken.
3. Specifiek voor de 55+ers: bereiken van deze groepen via de ouderenbonden, regelmatig publiceren in lokale kranten, via de lokale omroep. Deze kanalen worden over het algemeen goed gelezen/bekeken door 55+ers.

4. Diabetes

De groep van Diabetespatiënten is zoals eerder genoemd, onder te verdelen in Diabetes Mellitus type 1 en Diabetes Mellitus type 2. Deze laatste vorm van Diabetes wordt ook wel ouderdomsdiabetes genoemd. Beide groepen zijn wanneer gediagnosticeerd bekend in de huisartsenzorg en vaak ook de tweedelijnszorg (vooral bij Diabetes type 1). In de huisartsenzorg worden diabetespatiënten ongeveer eens in de drie maanden gecontroleerd door de Praktijkondersteuner huisarts (POH) en/of de diabetesverpleegkundige De POH is de casemanager, terwijl de huisarts eindverantwoordelijk blijft.

Daarnaast zijn diabetespatiënten ook lid van de Diabetesvereniging Nederland (DVN). Diabetespatiënten maken voor een groot deel ook gebruik van geïndiceerde diëtistenzorg. Tenslotte maken Diabetespatiënten, indien noodzakelijk ook gebruik van gespecialiseerde oog- en voetenzorg (podothérapeuten, pedicure, orthopedische schoenmaker, oogarts). Ook zijn er diverse voetenpoliklinieken in Nederland door ziekenhuizen opgezet. Een groot deel van de diabetespatiënten is niet aangesloten bij een patiëntenvereniging, omdat zij zich geen patiënt voelen. Een deel van deze groep ondervindt geen beperkingen bij het bewegen in het dagelijks leven.

Adviezen deze groep beter te bereiken:

1. Het bereiken van patiënten via de lokale huisartsen, en dan in het bijzonder via de diabetesverpleegkundige door de lokale bridgeclubs. Ook kunnen diëtisten als zorgverlener een ingang zijn.
2. Als NBB met Denken en Doen aansluiting zoeken met de [Diabetesvereniging Nederland \(DVN\)](#) met circa 6500 leden om te bekijken wat de mogelijkheden zijn op het gebied van samenwerking in het kader van bijvoorbeeld Denken en Doen.
3. Als lokale bridgeclub aansluiting zoeken bij een regionale [DVN-afdeling](#).
4. Via professionals in de gespecialiseerde oog- en voetenzorg (podothérapeut, pedicure, orthopedische schoenmaker, oogarts) kan deze groep ook worden bereikt.
5. Het bereiken van patiënten via apotheken, bibliotheken of ouderenbonden.
6. Diverse aanbieders van benodigde zorgproducten (insulinemeters, bloedprikkers en bijbehoren) zijn ook een mogelijk kanaal om deze groep te bereiken.
7. Specifiek voor de 55+ers: regelmatig publiceren in lokale kranten, via de lokale omroep. Deze kanalen worden over het algemeen goed gelezen/bekeken door 55+ers.

5. Chronische longziekten (COPD)

COPD is een verzamelnaam van chronische bronchitis en longemfyseem. De behandelaars van COPD zijn bijvoorbeeld de huisarts, praktijkondersteuner, longarts en longverpleegkundige. De samenwerking tussen dit team van behandelaars wordt 'ketenzorg' genoemd. Ook wordt een (long) fysiothérapeut vaak betrokken bij het helpen ademen in rust of tijdens beweging. Ook kan een COPD patiënt aankloppen bij de (long) fysiothérapeut voor longrevalidatie, gericht op het beter omgaan met dingen die men niet meer kan en het omgaan met een gebrek aan energie.

Adviezen deze groep beter te bereiken:

1. Het bereiken van patiënten via de lokale huisartsen, en dan in het bijzonder via de praktijkondersteuner, maar ook via (long)fysiothérapeuten door de lokale bridgeclubs.
2. Het bereiken van patiënten via de longartsen, longverpleegkundigen door de lokale bridgeclubs.
3. Als NBB met Denken en Doen aansluiting zoeken met het [Longfonds](#) (heeft rond de 38.000 leden) om te bekijken wat de mogelijkheden zijn op het gebied van samenwerking in het kader van bijvoorbeeld Denken en Doen.
4. Als lokale bridgeclub aansluiting zoeken bij een rayon (patiëntenvereniging) van het Longfonds. Te vinden op de [website](#) van het longfonds.

5. Als lokale bridgeclub aansluiting zoeken bij een Longpunt. Dit is een middag van circa twee uur, georganiseerd door een van de rayonnen van het longfonds. Deze middagen staan in het teken van lotgenotencontact, maar kennen vaak ook praktische onderwerpen zoals bijvoorbeeld een 'inhalatie-instructie'. Deze bijeenkomsten zijn te vinden bij een specifiek rayon van het longfonds op hun [website](#).
6. Het bereiken van patiënten via apotheken, bibliotheken of ouderenbonden.
7. Specifiek voor de 55+ers: regelmatig publiceren in lokale kranten, via de lokale omroep. Deze kanalen worden over het algemeen goed gelezen/bekeken door 55+ers.

6. Auditieve beperking

Omdat voor deze groep -meer dan bij de andere groepen- de bridgesport in mindere mate geschikt is, wordt de identificeerbaarheid en bereikbaarheid van deze groep in dit hoofdstuk niet verder beschreven.

7. Lichamelijke beperkingen in het bewegen

De groep mensen met een lichamelijke beperking in het bewegen is zoals genoemd in het vorige hoofdstuk erg divers. Dit maakt het identificeren en bereiken van deze groep niet eenvoudig. Daarnaast wordt het aanbod voor deze groep vaak regionaal georganiseerd vanwege relatief kleine aantallen per gemeente. De mensen die vanuit de zorg 'begeleid wonen' zijn bijvoorbeeld gemakkelijker te bereiken, maar de mensen die nog thuis wonen zijn vaak moeilijk in beeld te krijgen. Er zijn organisaties en regionale netwerken waar aansluiting bij gezocht kan worden. Deze organisaties worden hieronder in de adviespunten concreter beschreven.

Ook is het landelijk beleidsprogramma [Grenzeloos Actief](#) gestart om vanuit het programma Sport in de Buurt te zorgen dat ook mensen met een handicap of beperking kunnen participeren. In dit programma is een belangrijk doel regionale samenwerkingsverbanden te realiseren (uiterlijk in 2019). Aansluiting zoeken bij deze samenwerkingsverbanden is in de toekomst wellicht een mogelijkheid.

Tevens is in de leeftijdscategorie 30-55 jaar het aantal mensen in deze groep veel kleiner dan in de groep 55+. Dit heeft te maken met het feit dat mensen door hun chronische aandoening (bijvoorbeeld reuma) ook steeds meer lichamenlijk beperkt raken. Voor het identificeren en bereiken van deze groep gelden vooral de adviezen genoemd bij de andere aandoeningen.

Adviezen deze groep beter te bereiken:

1. Voor een lokale bridgeclub: allereerst onderzoeken hoe in de gemeente het beleid voor mensen met een beperking uitvoering krijgt (WMO 2015). Ook is het interessant om te kijken of in de betreffende gemeente ook 'aangepast sporten' wordt aangeboden.
2. Voor een lokale bridgeclub: aansluiting zoeken bij (een van de) partners van een sociaal wijkteam. Zij kunnen verder adviseren hoe het sociale wijkteam een mogelijke ingang kan zijn naar deze groep mensen.

3. Vooral voor de groep 30-55+: het bereiken mensen met een beperking via de regionale MEE-organisaties. [MEE-NL](#) is een organisatie die mensen met een beperking ondersteunt en maakt meedoen mogelijk, voor iedereen met een beperking, handicap of autisme. MEE NL is in verschillende regio's georganiseerd, te vinden op de [website](#) van MEE NL.
4. Het bereiken van mensen met een beperking via organisaties die 'begeleid wonen' voor deze personen aanbieden. Er worden verschillende woonvormen aangeboden, te vinden op de website '[MEE woonwinkel](#)', te filteren op lichamelijke beperking.
5. Specifiek voor de 55+ers: zie ook de adviezen die gelden voor de andere langdurige aandoeningen.

8. Depressies

Mensen met depressieve klachten waarvan de diagnose depressie nog niet is vastgesteld, zijn voor een huisarts moeilijk herkenbaar en bezoeken vaak niet eens een huisarts (293.700 versus 649.500 uit epidemiologisch onderzoek, [Nationaalkompas](#)). Sommige komen wel bij de huisarts, maar vaak met andere gerelateerde klachten zoals nek-, rug- en slaapproblemen.

Mensen waarbij depressieve klachten danwel depressie in de huisartsenpraktijk wel worden vastgesteld, zijn vaak in beeld bij de huisarts en de POH-GGZ. Maar anderen richten zich rechtstreeks tot een psycholoog of psychiater (2^e lijns GGZ hulpverlening). Depressie kan een terugkerende gebeurtenis zijn bij mensen, maar kan ook eenmalig voorkomen. Mensen die een depressie hebben doorgemaakt, hebben een grotere kans op een nieuwe depressie dan mensen zonder depressie. Lotgenotencontact wordt georganiseerd via diverse verenigingen en lotgenotenfora. Echter, het aantal mensen met een depressie (of uit de omgeving van iemand met depressie) dat zich aanmeldt bij dit soort initiatieven is beduidend lager dan bij een somatische aandoeningen. Dit betekent dat deze groep mensen moeilijker te bereiken en te identificeren is dan andere lichamelijke aandoeningen. Daarom worden geen adviezen gegeven voor het bereiken van deze groep.

9. Gewrichtsslijtage van heupen of knieën

Zie beschrijving 2. Reumatische aandoeningen.

10. Eenzaamheid

Omdat dit onderzoek zich grotendeels heeft gericht op het bereiken van mensen met aandoeningen wordt het bereiken van mensen met eenzaamheid niet verder besproken. Vanuit de [Coalitie Erbij](#) zijn veel mogelijkheden te onderzoeken hoe mensen met eenzaamheid op te sporen en in contact te brengen met de bridgesport.

Conclusies en aanbevelingen voor het betrekken van specifieke groepen met chronische aandoeningen

30 tot 55 jaar

In de doelgroep van 30 tot 55 jaar zijn hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten de meest voorkomende aandoeningen. Opvallend is dat depressie in deze doelgroep hoog in de rangorde voorkomt. Wanneer ook rekening wordt gehouden met hoe deze groepen te identificeren en te bereiken zijn, wordt de rangorde in tabel 4 ook bepaald door de volgende zaken:

- Personen met COPD, reuma, artrose en diabetes zijn het beste te identificeren en te bereiken. Dit komt omdat zij via diverse zorgprofessionals goed in beeld zijn en er is sprake van een landelijk-regionaal/lokaal patiëntenverenigingsnetwerk. Bij de bepaling van de volgorde is daarnaast ook gekeken naar grote en kracht van dit netwerk. Het Longfonds lijkt het sterkste en meest actieve verenigingsnetwerk te hebben. Tenslotte is bij de bepaling van de volgorde ook de ziektelast mee gewogen, waarbij bridge een welkome ontspanning kan zijn. Om die reden staat de groep met reuma boven de groep met artrose.
- Hoewel hoge bloeddruk en hartpatiënten op de eerste plaats komen qua prevalentie, is het grootste deel van deze groep (hoge bloeddruk) lastig te identificeren en te bereiken. De (sub)groep hartpatiënten echter kent een sterk verenigings- en beweegnetwerk via diverse verenigingen. De prevalentie van hart- en vaataandoeningen is in dit leeftijdscohort echter relatief laag.
- De groep met diabetes scoort qua prevalentie niet hoog in dit leeftijdscohort. Daarbij komt dat bridge weinig specifieke voordelen biedt voor de deelnemers met deze beperking ten opzichte van andere sporten.
- De groepen met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en lichamelijk beperkten zijn qua prevalentie groot, echter voor beide groepen geldt dat zij divers zijn, en de zorg wordt deels regionaal georganiseerd en de groepen zijn daardoor lastig te identificeren en te bereiken.
- Hoewel de groep depressie de hoogste prevalentie scoort in dit leeftijdscohort, is dit de laatste groep in deze rangorde om twee redenen: 1. De groep is slecht te identificeren en te bereiken omdat een groot deel zich niet meldt voor hulp. Ook uiten de klachten vaak onduidelijker (lichamelijk). 2. De groep is slecht te motiveren voor meer openbare groepsactiviteiten, juist omdat gebrek aan motivatie een belangrijke uiting van depressie is.

Tabel 4: gewogen percentage en indicatie van absolute omvang 30-55-jarigen naar een specifieke aandoening*.

Rangorde (voorkomen) en identificeerbaarheid	Aandoening	Omvang, gewogen percentage (%)**	Omvang, indicatie absolute aantallen (#)***	Identificeerbaarheid/ bereikbaarheid
(7)1	Chronische longziekten (COPD, chronische bronchitis, longemfyseem)	3,5%	203.479	Goed: via zorg en Longfonds rayons, longpunten
(6)2	Reumatische aandoeningen - Chronische gewrichtsontsteking	5,1%	297.245	Goed: via zorg en reuma/artrose patiëntenverenigingen
(4)3	Gewrichtsslijtage van heupen of knieën (artrose)	8,2%	473.962	Goed: via zorg en reuma/artrose patiëntenverenigingen
(1)4	Hoge bloeddruk en hartpatiënten	Hoge bloeddruk: 10,4% Hart- en vaatpatiënten: 3,1%	Hoge bloeddruk: 599.801 Hart- en vaatpatiënten: 159.426	Hoge Bloeddruk: slecht identificeerbaar Hartpatiënten: Goed via de zorg, Hart in Beweging, hartstichting, hart- en vaatgroep
(8)5	Diabetes	2,7%	156.608	Goed: via zorg, redelijk via diabetesvereniging
(2)6	Aandoeningen beweegapparaat	Rug: 10,6% Nek of schouder: 10,4% Elleboog, pols of hand: 7,1%	Rug: 611.304 Nek of schouder: 602.232 Elleboog, pols of hand: 408.268	Redelijk: via zorg, erg versnipperde groep, zonder duidelijke zelfgeorganiseerde vereniging (en)
(5)7	Motorische/lichamelijke beperking in het bewegen****	6,7%	390.055	Slecht: via MEE NL, gemeenten en andere (zorg) organisaties; bereikbaarheid op regio-niveau
(3)8	Depressies	9,8%	567.285	Slecht: via de zorg, lastig te identificeren groep, zelfs voor de zorg

*Gebaseerd op de vraag: heeft u in de afgelopen 12 mnd. de aandoening gehad, tenzij anders aangegeven staat?

**Bron: CBS 2014, www.statline.nl

*** De absolute aantallen kunnen niet bij elkaar op worden geteld omdat a. de getallen gebaseerd zijn op steekproefgegevens en b. personen met meerdere aandoeningen kunnen dan meerdere keren mee worden geteld.

**** Gebaseerd op de vragen: – kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen? – kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken? – kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)? mensen zijn lichamelijk beperkt als ze hebben aangegeven minstens één van de bevraagde activiteiten niet, of alleen met veel moeite, te kunnen uitvoeren.

55 jaar en ouder

De percentages indicatie omvang bij deze groep liggen een stuk hoger. Opvallend is dat waar de doelgroep 30 tot 55 jaar depressie op rangorde 3 stond, deze nu op plek 8 staat. Hierbij moet worden opgemerkt dat 'eenzaamheid' niet als beperking erkend is en dus in dit rapport ook niet is onderzocht. De groepen met veel beperkingen in het bewegen (gewrichtsslijtage, lichamelijke beperkingen, reumatische aandoening, aandoeningen in het beweegapparaat) staan voornamelijk hoog in de rangorde.

Wanneer ook rekening wordt gehouden met hoe deze groepen te identificeren en te bereiken zijn, wordt de rangorde in tabel 5 ook bepaald door de volgende zaken:

- Personen met hart- en vaataandoeningen, artrose, reuma COPD en diabetes zijn het beste te identificeren en te bereiken. Dit komt omdat zij via diverse zorgprofessionals goed in beeld zijn en er sprake is van een landelijk-regionaal/lokaal patiëntenverenigingsnetwerk. Er is bij de bepaling van de volgorde -naast prevalentie- ook gekeken naar hoe groot en hoe sterk het patiëntenverenigingsnetwerk is. Het Longfonds lijkt hier het sterkste en meest actieve verenigingsnetwerk te hebben, gevolgd door het Reumafonds. Hart- en vaatpatiënten kunnen voor bewegen terecht bij een sterk netwerk, specifiek gericht op bewegen. Bij hen en ook bij de diabetesgroep is het aantal lidmaatschappen bij de vereniging een stuk lager in verhouding met de totale patiëntengroep. Personen met hoge bloeddruk echter, zijn lastig te identificeren en te bereiken.
- De groepen met aandoeningen aan het beweegapparaat en lichamenlijk beperkten zijn qua prevalentie groot, echter voor beide groepen geldt dat zij divers zijn en daardoor lastig te identificeren en te bereiken. In de groep van lichamenlijk beperkten boven de 55 jaar komen ook vaak de langdurige aandoeningen voor van groep 1 t/m 6. Daarom wordt deze groep ook grotendeels bereikt als de focus ligt op andere langdurige aandoeningen.
- De groep depressie komt in dit leeftijdscohort het minste voor en staat onderaan in de rangorde van identificeerbaarheid omdat ook hier de groep slecht is te identificeren en te bereiken alsmede lastig te motiveren voor sociale activiteiten (zie hierboven).

Tabel 5: gewogen percentage en indicatie van absolute omvang 55+'ers naar een specifieke aandoening*.

Rangorde (voorkomen) en identificeerbaarheid	Aandoening	Omvang, gewogen percentage (%)**	Omvang, indicatie absolute aantallen (#)	Identificeerbaarheid/bereikbaarheid
(1)1	Hoge bloeddruk en hartpatiënten	Hoge bloeddruk: 34,3% Hart- en vaatpatiënten: 20,3%	Hoge bloeddruk: 1.749.427 Hart- en vaatpatiënten: 1.036.272	Hoge Bloeddruk: slecht identificeerbaar Hartpatiënten: Goed via de zorg, Hart in Beweging, hartstichting, hart- en vaatgroep
(2)2	Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	33%	1.683.645	Goed: via zorg en reuma/artrose patiëntenverenigingen
(4)3	Reumatische aandoeningen - Chronische gewrichtsontsteking	15,9%	809.658	Goed: via zorg en reuma/artrose patiëntenverenigingen
(7)4	Chronische longziekten (COPD, chronische bronchitis, longemfyseem)	10,8%	548.678	Goed: via zorg en Longfonds rayons, longpunten
(6)5	Diabetes	12,5%	635.263	Goed: via zorg, redelijk via diabetesvereniging
(3)6	Lichamelijke beperking in het bewegen****	22,6%	1.149.379	Noot: bevat veel personen uit groep 1 t/m 6. Slecht: via MEE NL, gemeenten en andere (zorg) organisaties; bereikbaarheid op regio-niveau.
(5)7	Aandoeningen beweegapparaat	Rug: 16,1% Nek of schouder: 15,5% Elleboog, pols of hand: 12,1%	Rug: 821.309 Nek of schouder: 791.695 Elleboog, pols of hand: 618.044	Redelijk: via zorg, erg versnipperde groep, zonder duidelijke zelfgeorganiseerde vereniging (en)
(8)8	Depressies	7,7%	389.907	Slecht: via de zorg, lastig te identificeren groep, zelfs voor de zorg

*Gebaseerd op de vraag: heeft u in de afgelopen 12 mnd. de aandoening gehad, tenzij anders aangegeven staat?

**Bron: CBS 2014, www.statline.nl

*** De absolute aantallen kunnen niet bij elkaar op worden geteld omdat a. de getallen gebaseerd zijn op steekproefgegevens en b. personen met meerdere aandoeningen kunnen dan meerdere keren mee worden geteld.

**** Gebaseerd op de vragen: – kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen? – kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken? – kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)? mensen zijn lichamenlijk beperkt als ze hebben aangegeven minstens één van de bevraagde activiteiten niet, of alleen met veel moeite, te kunnen uitvoeren.

Algemene conclusie

In algemene zin geldt dat de aanwezigheid van langdurige aandoeningen in het leeftijdscohort 55+ veel hoger is dan in de leeftijdsgroep 30-55 jaar. Ook is er verschil te zien in de volgorde van meest voorkomende aandoeningen. De grootste aandoeningen in het leeftijdscohort 55+ zijn makkelijker te identificeren en te bereiken. Terwijl dit in het leeftijdscohort van 30-55 jaar juist andersom lijkt te zijn.

De eerste vier aandoeningen die qua identificeerbaarheid en prevalentie gerangschikt zijn van het leeftijdscohort 30-55 jaar komen redelijk overeen met de groepen uit het leeftijdscohort 55+. Dit zou kunnen pleiten voor een leeftijdsloze benadering in het meerjarenbeleid van de NBB. Bij de keuze voor welke groepen de NBB zich in het kader van haar toekomstige meerjarenbeleid het beste zou kunnen richten is niet één antwoord te geven. Maar wanneer bij deze groep rekening gehouden wordt met:

- Prevalentie van de aandoening.
- Identificeerbaarheid
- Ziektebelasting
- Geschiktheid voor bridge.
- De mate waarop bridge aanvullend kan zijn op het leven van iemand.

Dan springen de aandoeningen: artrose, reuma, hart- en vaatziekten en COPD er duidelijk uit, waarbij opgemerkt wordt dat eenzaamheid niet valt onder langdurige aandoeningen in het kader van dit rapport. Deze groep is echter wel een interessante groep om via de [Coalitie Erbij](#) een nadere verkenning op uit te voeren. Zeker wanneer maatschappelijk gezien (WMO 2015) mensen met een langdurige aandoening langer thuis moeten blijven wonen. Het advies is om een weloverwogen keuze uit een of meer van deze groepen te maken. Hierbij is aan te raden dat de landelijke NBB-organisatie voor de keuze tussen deze groepen gemaakt wordt in gesprek gaat met de organisaties die een grote betekenis kunnen hebben bij het bereiken van deze groepen, te weten: Longfonds, Reumafonds (Artrose maakt hier ook onderdeel van uit), Hart in Beweging en de Hart- en vaatgroep en de Coalitie Erbij (eenzaamheid).

Geraadpleegde literatuur

1. Snel, N. Plantinga, S. (2012) Eenzaamheid in Nederland. Den Haag, TNS/NIPO: http://www.eenzaam.nl/sites/eenzaam/files/rapportage_coalitie_erbij_eenzaamheid_in_nederland.pdf;
2. TNS/NIPO, Coalitie Erbij (2013). Eenzaamheid en vrijwilligerswerk. . Den Haag, TNS/NIPO: <http://www.eenzaam.nl/sites/eenzaam/files/rapportage-eeenzaamheid-en-vrijwilligerswerk-coalitie-erbij.pdf>
3. Factsheet Denken en Doen, Website NIVEL: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-Denken-en-Doen-eeenzaamheid.pdf>
4. Heijden, A. von, Dool; R. van den; Lindert, C. van; Breedveld, K. (2013). Monitor sport- en beweegdeelname van mensen met een handicap. [http://www.onbeperktportief.nl/sites/default/files/corporate-files/zorg/zo_kan_het_ook/ARK1311%20Boek%20-%20\(on\)%20beperkt%20sportief%20BW_LR.pdf](http://www.onbeperktportief.nl/sites/default/files/corporate-files/zorg/zo_kan_het_ook/ARK1311%20Boek%20-%20(on)%20beperkt%20sportief%20BW_LR.pdf). Bunnik, Onbeperkt Sportief
5. Website CBS (2016, verslagperiode 2014): <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83005ned&D1=2-32,45&D2=0-2,8-13&D3=0&D4=I&HDR=G2,G3,T&STB=G1&VW=T>
6. RIVM (2015). Beweeg- en sportgedrag van mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:277228&type=org&disposition=inline&nc=1>. Bilthoven, RIVM
7. RVIM (2014). Hoeveel mensen zijn eenzaam? http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/eeenzaamheid/hoeveel-mensen-zijn-eeenzaam#reference_24755. Bilthoven, RIVM.
8. Schouten, L. (2012). De samenhang tussen depressieve symptomen, eigen-effectiviteit en het willen deelnemen aan een beweegprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg. <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/onderzoek/masterthese-linda-schouten-def-publ.pdf>. Amsterdam, UvA, afdeling psychologie.
9. Website HartinBeweging: <http://icdsite.tripod.com/1/id47.html>
10. Website Beweegzoeker Hart en Vaatgroep: <http://www.hartenvaatgroep.nl/leefstijl/sporten-en-bewegen/beweegzoeker.html>
11. Website Hartstichting, hart- en vaatcentra: <https://www.hartstichting.nl/hartcentra-en-vaatcentra>
12. Chorus, A.M.J., Schokker D.F. (2011). Nationale Peiling Bewegingsapparaat 2010. <http://www.reumafonds.nl/sana/handlers/getfile.ashx/9bfcd838-da9b-4fe8-a628-a739d1a5eddc/2011+013+nat+peil+bewegingsapp+2010.pdf>. Leiden, TNO.
13. Website Reumafonds, beweegwijzer: <http://www.reumabeweegwijzer.nl/>; patiëntenverenigingen: <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/patientenverenigingen>
14. Website Diabetesvereniging Nederland: <https://www.dvn.nl/>; overzicht regio's: <https://www.dvn.nl/dvn/dvn-in-uw-regio>
15. Website Longfonds: <https://www.longfonds.nl/>, rayons longfonds: <https://www.longfonds.nl/uw-buurt/over-de-vereniging#>
16. Website Sport in de Buurt: <https://www.sportindebuurt.nl/meer-landelijke-programmas/grenzeloos-actief/>

17. Website MEE NL: <http://www.mee.nl/>, MEElocator: <http://www.mee.nl/meelocator>
MEEwoonwinkel: <http://www.meewoonwinkel.nl/woonaanbod/kaart>
18. Website Nationaal kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/omvang/>

Bijlage 1 Bridgebond schema doelgroepen en kenmerken

Aandoening	Doelgroep	Rangorde in voorkomen	Rangorde in voorkomen en identificeerbaarheid	Indicatie omvang (gewogen %)	Extrapolatie naar absolute aantallen (indicatief)	Geschiktheid bridge - (on)toegankelijkheid	Koppeling kenmerken bridge	Identificeerbaarheid en bereikbaarheid voor bridgeverenigingen*
Hoge bloeddruk en hartpatiënten	30 tot 55 jaar	1	5	Hoge bloeddruk: 10,4% Hart- en vaatpatiënten: 3,1%	Hoge bloeddruk: 599.801 Hart- en vaatpatiënten: 159.426	Weinig tot geen fysieke belemmerende factoren	Geestelijke gezondheid. Laagdrempelige lichamelijke inspanning. (Beweging vergemakkelijkt de dagelijkse bezigheden) Denken en doen: (beperkte mate van) bewegen is gewenst	Hoge Bloeddruk: slecht identificeerbaar Hartpatiënten: Goed via de zorg, Hart in Beweging, hartstichting, hart- en vaatgroep
	55 jaar en ouder	1	1	Hoge bloeddruk: 34,3% Hart- en vaataandoeningen 20,3%	Hoge bloeddruk: 1.749.427 Hart- en vaatpatiënten: 1.036.272			
Reumatische aandoeningen - Chronische gewrichtsontsteking	30 tot 55 jaar	6	2	5,1%	297.245	Beperkingen in bewegen: stijfheid en pijn in het beweegapparaat. Mogelijk niet lang stil kunnen zitten of gebonden aan hulpmiddelen.	Laagdrempelige lichamelijke inspanning. Ontspanning.	Goed: via zorg en reuma/artrose patiëntenverenigingen
	55 jaar en ouder	4	3	15,9%	809.658			
Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	tot 55 jaar	4	3	8,2%	473.962	Beperkingen in bewegen: stijfheid en pijn in het beweegapparaat. Mogelijk niet lang stil kunnen zitten of gebonden aan hulpmiddelen.	Laagdrempelige lichamelijke inspanning. Ontspanning.	Goed: via zorg en reuma/artrose patiëntenverenigingen
	55 jaar en ouder	2	2	33,0%	1.683.645			
Chronische longziekten (COPD)	30 tot 55 jaar	6	1	3,50%	203.479	Mogelijk gebonden aan hulpmiddelen (zuurstoffles).	Laagdrempelige lichamelijke inspanning. (Beweging vergemakkelijkt de dagelijkse bezigheden)	Goed: via zorg en Longfonds rayons, longpunten
	55 jaar en ouder	7	4	10,8%	548.678	Rook- en stofvrije omgeving.		
Diabetes	30 tot 55 jaar	7	4	2,7%	156.608	Weinig tot geen fysieke belemmerende factoren	Laagdrempelige lichamelijke inspanning. Ontspanning.	Goed: via zorg, redelijk via diabetesvereniging
	55 jaar en ouder	6	5	12,50%	635.263			
Lichamelijke beperking in het bewegen	30 tot 55 jaar	5	7	6,7%	390.055	Beperkte bewegingsmogelijkheid. Mogelijk gebonden aan hulpmiddelen.	Laagdrempelige lichamelijke inspanning. Ontspanning.	Slecht: via MEE NL, gemeenten en andere (zorg) organisaties; bereikbaarheid op regio-niveau
	55 jaar en ouder	3	6	22,6%	1.149.379			

Aandoening	Doelgroep	Rangorde in voorkomen	Rangorde in voorkomen en identificeerbaarheid	Indicatie omvang (gewogen %)	Extrapolatie naar absolute aantallen (indicatief)	Geschiktheid bridge - (on)toegankelijkheid	Koppeling kenmerken bridge	Identificeerbaarheid en bereikbaarheid voor bridgeverenigingen*
Aandoeningen bewegapparaat	30 tot 55 jaar	2	6	Rug: 10,6% Nek of schouder: 10,4% Elleboog, pols of hand: 7,1%	Rug: 611.304 Nek of schouder: 602.232 Elleboog, pols of hand: 408.268	Beperkingen in bewegen: stijfheid en pijn in het bewegapparaat. Mogelijk niet lang stil kunnen zitten of gebonden aan hulpmiddelen.	Laagdrempelige lichamelijke inspanning.Ontspanning.	Redelijk: via zorg, erg versnipperde groep, zonder duidelijke zelfgeorganiseerde vereniging (en)
	55 jaar en ouder	5	7	Rug: 16,1% Nek of schouder: 15,5% Elleboog, pols of hand: 12,1%	Rug: 821.309 Nek of schouder: 791.695 Elleboog, pols of hand: 618.044			
Depressies	tot 55 jaar	3	8	9,80%	567.285	Stemmingswisselingen. Gebrek aan initiatief.	Sociale interactie, ontspanning	Slecht: via de zorg, lastig te identificeren groep, zelfs voor de zorg
	55 jaar en ouder	8	8	7,70%	389.907			