

Sportzorg op de kaart

*(inclusief erratum/aanvulling)*



# Sportzorg op de kaart

*(inclusief erratum/aanvulling)*

*Een ruimtelijke verkenning van vraag naar en aanbod van sportzorgaanbieders in Nederland*

P.F. van Boven (RIVM)  
C.R. van der Togt (VSG)  
W.C. Graafmans (TNO-PG)



Bohn  
Stafleu  
Van Loghum



Nederlandse organisatie  
voor toegepast  
natuurwetenschappelijk  
onderzoek

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden  
© 2003 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten  
Het Spoor 2  
3994 AK Houten

Samen met	
Sportgeneeskunde Nederland	TNO Preventie en Gezondheid
Postbus 52	Postbus 2215
3720 AB Bilthoven	2301 CE Leiden

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie en auteurs geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270556008  
ISBN 90 313 4228 9  
NUGI 741

## VOORWOORD

Bewegen is gezond, of andersom gesteld: te weinig bewegen is ongezond. Met deze boodschap verscheen in 2001 de nota 'Sport, Bewegen en Gezondheid' van het Ministerie van VWS. De nota behandelt twee belangrijk aspecten van sporten en bewegen, namelijk de gezondheidswinst die met sporten en bewegen te behalen is en de gezondheidsrisico's die sporten en bewegen met zich meebrengen. In de nota wordt behandeld hoe het beleid zich zal moeten inzetten om méér gezondheidswinst te boeken door sporten en bewegen en tegelijkertijd de risico's van sport en beweging te verkleinen.

Om de herkenbaarheid van het sportzorgaanbod te vergroten is de site [www.sportzorg.nl](http://www.sportzorg.nl) ontwikkeld. Op deze site kan iedereen door middel van zijn of haar postcode zoeken naar sportzorgaanbieders in zijn of haar nabijheid. In juni 2003 is deze site officieel geopend door de staatssecretaris van VWS, mw. C. Ross-Van Dorp.

Zowel de bovengenoemde nota als de website sportzorg vormden de aanleiding tot dit voor u liggende rapport. Sportzorgverleners, zoals sportartsen en sportfysiotherapeuten, zijn bij het 'gewone' sportende en bewegende publiek vaak onbekende aanbieders. Na een bezoek aan de huisarts of een spoedeisende hulp loopt men vaak nog lang met de gevolgen van een blessure rond. Vaak is onbekend dat juist de sportzorg een belangrijke rol kan spelen in het traject ná het bezoek aan de huisarts of spoedeisende hulp. Door zijn kennis van sportgerelateerde aandoeningen kan de sportzorgaanbieder de sporter helpen zo snel mogelijk weer op het oude niveau terug te komen.

Het in dit rapport beschreven onderzoek is verkennend van aard. Niet eerder is op regionaal niveau de vraag naar sportzorg in kaart gebracht. De uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat het huidige aanbod van sportzorgvoorzieningen geografisch nog niet goed aansluit bij de verwachte vraag. Er zijn regio's waar veel blessures voorkomen in relatie tot het aantal aanbieders. Ook moeten soms relatief lange afstanden worden afgelegd naar een aanbieder. Voor aanbieders van sportzorg is dit een stimulans om meer vraaggericht bezig te zijn: wáár bevinden zich mijn (potentiële) cliënten en welke vorm van zorg zoeken zij.

Waar gesport wordt vallen blessures. Om inzicht te verkrijgen in het vóórkomen van blessures is het belangrijk te weten welke sport waar wordt beoefend. De sportparticipatiegegevens van Wegener vormden hiervoor een belangrijke bron. Per gemeente is verzameld hoeveel mensen een bepaalde sport beoefenen, en deze patronen zijn in kaart gebracht. Deze patronen geven een goed inzicht waar welke sport wordt beoefend en in welke mate.

Dit onderzoek maakt deel uit van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. In dit onderzoek is samengewerkt met de Vereniging van Sportgeneeskunde (VSG) en

met TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG). Daarnaast is gebruik gemaakt van uitkomsten uit andere onderzoeken die gedaan zijn op het terrein van sport, beweging en gezondheid. Het onderzoek is besproken en becommentarieerd in een eenmalige bijeenkomst van een beleidsadviesgroep bestaande uit beleidsmedewerkers van VWS, directie Sport.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn interessant voor diverse partijen zoals lokale, provinciale en landelijke overheden, zorgverzekeraars, maar zeker ook voor de sportzorgaanbieders zelf. Vergroting van de herkenbaarheid en het ontwikkelen van vraaggerichte zorg vormen belangrijke boodschappen.

Dr. Ir. A.M. Henken  
Sector Directeur Volksgezondheid (VGZ)

# INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

INHOUDSOPGAVE 7

KERNBOODSCHAP 9

## 1 INLEIDING 11

- 1.1 Aanleiding 11
- 1.2 Sportzorg: curatie en preventie 12
  - 1.2.1 Curatie 12
  - 1.2.2 Preventie 12
  - 1.2.3 Meerwaarde van sportzorg 13
- 1.3 Doelstelling, opzet en methode 13
  - 1.3.1 Vraagstelling 13
  - 1.3.2 Model 15
  - 1.3.3 Methode 15
  - 1.3.4 Afbakening 17
- 1.4 Opbouw rapport 18
- 1.5 Wat kunnen partijen met dit rapport? 18

## 2 SPORTZORG 21

- 2.1 Historie 21
- 2.2 Omschrijving Sportzorg 21
- 2.3 De pijlers van sportzorg 22
  - 2.3.1 Advisering en begeleiding 22
  - 2.3.2 Zorg rond de blessures 23
- 2.4 Takenpakket van sportzorg 24
- 2.5 Producten van sportzorg 25
- 2.6 Disciplines en organisaties in de sportzorg 26

## 3 RUIMTELIJKE SPREIDING VAN VRAAG NAAR SPORTZORG 27

- 3.1 Inleiding 27
- 3.2 Behoefte 27
  - 3.2.1 Sportparticipatie 27
  - 3.2.2 Aantal uren sport 30
  - 3.2.3 Blessures 31
- 3.3 Zorgvraag 34
- 3.4 Geschat gebruik sportartsen in SMA of SGA 37

4	RUIMTELIJKE SPREIDING VAN AANBOD VAN SPORTZORG	39
4.1	Inleiding	39
4.2	Spreiding van sportartsen in SMA en SGA	39
4.3	Spreiding van sportfysiotherapeuten	40
4.4	Spreiding van FysioSportcentra	40
5	AFSTEMMING VAN VRAAG EN AANBOD	43
5.1	Aanbod van en vraag naar specialistische sportzorg	43
5.2	Aantal benodigde sportartsen	45
6	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	47
6.1	Samenvatting en Conclusies	47
6.2	Aanbevelingen	49
LITERATUUR		53
AFKORTINGEN EN GEGEVENSBESTANDEN		55
DEFINITIES		57
Bijlage 1	Sportparticipatie	59
Bijlage 2	Grote Consumenten Enquête	64
Bijlage 3	Aanbieders Sportzorg	65
Bijlage 4	Berekening blessurekansen	66
Bijlage 5	Medewerking aan dit rapport	67
Bijlage 6	Samenstelling eenmalige beleidsadviesgroep	68
Bijlage 7	Indeling WZV-regio's	69



## Erratum/aanvulling op rapport “Sportzorg op de kaart”

Datum: 2 april 2004

Rapportnummer: 270556008

Na het verschijnen van dit rapport zijn gegevens beschikbaar gekomen over het aantal uren (FTE) dat sportartsen in Nederland in een sportmedische instelling werken. In het rapport was uitgegaan van het aantal sportartsen ongeacht de hoeveelheid tijd dat zij werkzaam waren. Dit heeft belangrijke gevolgen voor een aantal in het rapport genoemde cijfers en bijbehorende passages in de tekst. De gegevens geven de situatie weer per februari 2004. Wijzigingen zijn in vet weergegeven. Daarnaast is ook de linker kaart in *figuur 5.1* aangepast.

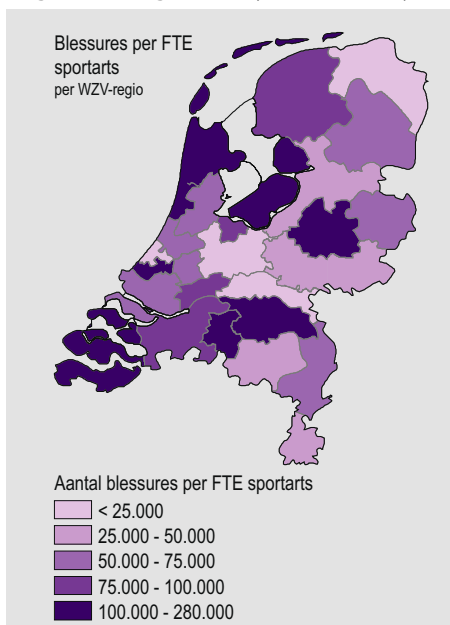
### *Pagina 9 (kernboodschap) en pagina 47 (blauwe kader)*

Onze schatting is dat in de regio's Tilburg, Zeeland, Den Bosch, Delft en Westland en **Stedendriehoek** relatief veel blessures voorkomen in verhouding tot het aantal sportzorgaanbieders, in de regio's Utrecht en Den Haag is dat veel minder.

### *Pagina 10 en pagina 48 (Afstemming van het aanbod op de vraag)*

Het verwachte aantal blessures per sportzorgaanbieder laat verschillen tot een **factor 11** zien tussen de regio's. In de regio's Stedendriehoek, Zeeland, Den Bosch, Delft en Westland en Tilburg, zien we relatief veel blessures ten opzichte van het aantal sportartsen, in de regio's Den Haag, **Groningen en Nijmegen** de minste.

### *Pagina 44, figuur 5.1(linker kaart)*



*Figuur 5.1(linker kaart): Aantal blessures per FTE sportarts*

### *Pagina 44, alinea boven de kaart*

Het aantal geblesseerden per sportarts is het laagst in de regio's Den Haag, **Groningen en Nijmegen** en het hoogst in de regio's Tilburg, Den Bosch, Delft en Westland, **Zeeland en Stedendriehoek**. Het verschil tussen de hoogste en de laagste regio bedraagt een **factor 11**.

**Pagina 45, tabel 5.2***Tabel 5.2: Aantal benodigde sportartsen (Bron: RIVM/VSG)*

Wzv-nummer	Wzv-naam	Aantal benodigde sportartsen	Aantal FTE sportartsen	tekort/ overschot
1	Groningen	4	4,4	0,4
2	Friesland	6	1,6	-4,4
3	Drenthe	4	1,4	-2,6
4	Zwolle	4	2,2	-1,8
5	Twente	5	1,7	-3,3
6	Stedendriehoek	4	0,3	-3,7
7	Arnhem	7	4,3	-2,7
8	Nijmegen	4	3,8	-0,2
9	Utrecht	8	8,7	0,7
10	Flevoland	2	0,4	-1,6
11	Het Gooi	2	0,5	-1,5
12	Alkmaar	5	0,7	-4,3
13	Kennemerland	3	0,6	-2,4
14	Amsterdam	7	2,2	-4,8
15	Leiden	4	1,8	-2,2
16	Den Haag	4	3,8	-0,2
17	Delft en Westland	3	0,3	-2,7
18	Midden Holland	2	0,7	-1,3
19	Rijnmond	6	2,6	-3,4
20	Dordrecht	2	0,4	-1,6
21	Zeeland	2	0,2	-1,8
22	Breda	4	1,1	-2,9
23	Tilburg	3	0,4	-2,6
24	Den Bosch	6	0,5	-5,5
25	Eindhoven	6	4,3	-1,7
26	Noord-Limburg	4	1,6	-2,4
27	Zuid-Limburg	3	1,5	-1,5
<b>Totaal</b>		<b>114</b>	<b>52</b>	<b>-62</b>

**Pagina 45, alinea onder tabel 5.2.**

In Nederland zijn 123 geregistreerde sportartsen. Daarvan werken 74 sportartsen (52 FTE) in een sportmedische instelling, waarvan er 13 nog in opleiding zijn. Er zijn 17 sportartsen in opleiding die nog niet werkzaam zijn. De overige 32 sportartsen zijn niet werkzaam als sportarts in een sportmedische instelling.

Uit het model (zie *paragraaf 3.4*) blijkt dat over heel Nederland bezien het aantal FTE van in sportmedische instellingen werkzame sportartsen nog onvoldoende is. Op de regio's Groningen en Utrecht na zijn er in elke regio tekorten (zie *tabel 5.2*).

**Pagina 48 (Spreiding en bereikbaarheid van het aanbod)**

Voor de sportarts varieert dit aantal van **0,5** tot **8** FTE sportartsen per één miljoen inwoners. Vooral de regio's Zeeland, **Stedendriehoek**, Den Bosch en Tilburg hebben weinig aanbieders ten opzichte van het aantal inwoners.

## KERNBOODSCHAP

Het huidige aanbod van gespecialiseerde sportzorgvoorzieningen is geografisch niet goed afgestemd op de verwachte zorgvraag. Hierdoor moeten soms lange afstanden worden overbrugd om bij een sportzorgaanbieder te komen en moet een sportzorgaanbieder met veel potentiële cliënten ‘gedeeld’ worden.

Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in de omvang van de sportende en bewegende populatie, en in de mate waarin men sport en beweegt. Hierdoor zullen zich regionale verschillen in het aantal blessures voordoen. Onze schatting is dat in de regio's Tilburg, Zeeland, Den Bosch, Twente en Delft en Westland relatief veel blessures voorkomen in verhouding tot het aantal sportzorgaanbieders, in de regio's Utrecht, Friesland en Den Haag is dat aantal veel lager.

Betere bereikbaarheid en beschikbaarheid kunnen behaald worden door meer aandacht te schenken aan vraaggestuurde zorg. Sportzorgaanbieders dienen zich bewust te zijn waar de vraag zich voordoet en hoe groot die vraag is.

### *De meerwaarde van sportzorg*

De meerwaarde van sportzorg boven de reguliere zorg die bijvoorbeeld huisartsen of specialisten verlenen is gelegen in de specifieke kennis over sportgerelateerde aandoeningen. Door hun sportspecifieke zorgkennis op het terrein van belasting en belastbaarheid, het behalen van optimale prestaties en de preventie en behandeling van blessures, kunnen ze een belangrijke bijdrage leveren aan een ‘gezonde, sportende en bewegende populatie’.

### *Regionale verschillen in sportparticipatie*

Per gemeente zijn grote verschillen te zien in welke sporten worden beoefend en hoeveel mensen de verschillende sporten beoefenen. Enkele opvallende patronen: skeeleren wordt relatief veel beoefend in Zuidwest-Nederland, in Friesland en Noord-Holland wordt veel geschaatst, voetbal is favoriet in Zuidoost-Nederland, paardrijden doet men vooral aan de kust en hockey wordt veel beoefend in de provincies Brabant en Utrecht.

### *Regionale verschillen in zorgbehoefte en zorgvraag*

Door verschillen in sportparticipatie zijn er ook aanzienlijke verschillen in de behoefte aan sportzorg, indien we het aantal verwachte blessures als maat nemen. De meeste blessures zullen zich op jaarbasis voordoen in de regio Utrecht (182.700) gevolgd door Amsterdam (154.700) en Arnhem (152.900), de minste in de regio Midden Holland (39.800).

De regio's waar men het hoogste risico heeft op een blessure zijn Den Bosch en Delft en Westland (beiden 1,5 blessures per 1.000 uur sport), de regio's met de laagste risico's zijn Den Haag en Amsterdam (beiden 0,9 blessures per 1.000 uur sport).

De zorgvraag, geoperationaliseerd als het verwacht aantal medische behandelingen naar aanleiding van een sportblessure laat een zelfde patroon zien als het aantal bles-

tures: in Utrecht (66.400), Arnhem (55.700) en Amsterdam (54.300) verwachten we de meeste behandelingen, in Midden-Holland (14.500) de minste.

### ***Regionale verschillen in aanbod van sportzorg***

De regio's Groningen, Friesland en Zeeland scoren relatief slecht op bereikbaarheid en toegankelijkheid van sportzorg. In delen van Noord-Nederland en Zeeland moet soms meer dan een half uur met de auto worden afgelegd worden naar een sportarts of een sportfysiotherapeut. In andere delen van Nederland zijn deze aanbieders wel binnen een half uur te bereiken.

### ***Afstemming van vraag en aanbod***

Het verwachte aantal blessures per sportzorgaanbieder laat verschillen tot een factor 8 zien tussen de regio's. In de regio's Tilburg, Den Bosch, Delft en Westland en Twente zien we relatief veel blessures ten opzichte van het beschikbare aantal sportartsen, in de regio's Friesland en Den Haag de minste. Voor de sportfysiotherapeuten zijn het vooral de regio's Noord-Limburg, Zeeland, Tilburg en Eindhoven met veel verwachte blessures per aanbieder, in de regio's Het Gooi en Utrecht verwachten we de minste.

### ***Aanbevelingen***

De volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Werk aan vraaggerichte sportzorg: de aanbieder dient zich bewust te zijn van waar de vraag zich voordoet en hoe groot die vraag is;
- Streef naar een betere beschikbaarheid van aanbod- en productiegegevens van sportzorgaanbieders: dit verhoogt transparantie en herkenbaarheid van het sportzorgaanbod;
- Zet in op blessureregistratie om meer inzicht te krijgen in het (regionaal) vóórkomen van blessures;
- Doe nader onderzoek naar sportparticipatie;
- Onderzoek ook regionale verschillen in inactiviteit. Dit zijn juist de mensen die bereikt moeten worden in het kader van beweegstimulering.

# 1 INLEIDING

## 1.1 Aanleiding

In de Nota Sport, Bewegen en Gezondheid (VWS, 2001) wordt grote nadruk gelegd op het belang van sporten en bewegen. Het ministerie van VWS zet daartoe de komende jaren fors in op het stimuleren van de breedtesport. Tegelijk wil het ministerie de negatieve kanten van sporten en bewegen (ziekteverzuim en kosten van gezondheidszorg door blessures) tot een minimum beperken. Om dit te bereiken is een goede toegankelijkheid van de sportzorg van groot belang. Deze toegankelijkheid kan worden afgemeten aan het geheel van beperkende en bevorderende factoren die van invloed zijn op het zorggebruik. Denk daarbij onder ander aan culturele, financiële, wettelijke en fysiekrumtelijke factoren.

Er kunnen twee knelpunten worden geconstateerd wat de toegankelijkheid van sportzorg betreft. Het eerste knelpunt betreft de fysiekrumtelijke toegankelijkheid van de sportzorgaanbieder. Hierbij speelt de afstand die moet worden afgelegd naar een aanbieder een grote rol. Een eerste verkenning van de spreiding van sportartsen, sportfysiotherapeuten en FysioSportcentra liet zien dat de aanbieders niet evenredig over Nederland zijn gespreid (VTV, 2003). In grote delen van Noord- en Oost-Nederland lijkt het aanbod gering. Het tweede knelpunt wordt door de aanbieders zelf geuit, namelijk dat hun aanbod ondoorzichtig, divers en van een niet herkenbare kwaliteit is (Goedhart, 1999).

Dit zijn factoren die de toegankelijkheid van sportzorg ernstig kunnen belemmeren. Deze signalen worden bevestigd in de Nota Sport, Bewegen en Gezondheid van VWS. Daarin wordt geconstateerd dat de toegankelijkheid van Sportmedische Adviescentra (SMA's) en Sportgeneeskundige Afdelingen van een ziekenhuis (SGA's) (de plek waar veel expertise op het gebied van sport en gezondheid is geconcentreerd) niet optimaal is. Tevens is het aanbod (in uren) te klein, is het niet evenwichtig over Nederland gespreid en heeft de huisarts – de poortwachter binnen de zorgketen – onvoldoende kennis van de sportzorg om adequaat door te kunnen verwijzen (VWS, 2001).

De genoemde knelpunten hebben te maken met de organisatie van de sportzorg. Ook de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO, 2001) adviseert de minister onderzoek te doen op dit terrein. Dit onderzoek zal zich mede moeten richten op de opvang, begeleiding en behandeling van sporters en bewegers, en op de kwaliteit van de sportgeneeskunde, waarbij het monitoren van sporten/ bewegen en sportongevallen een voorwaarde is.

Dit rapport is een verkenning van de fysiekrumtelijke toegankelijkheid van sportzorg in Nederland. Daartoe worden op regionaal niveau zorgbehoefte, zorgvraag en zorgaanbod in kaart gebracht en met elkaar vergeleken.

## 1.2 Sportzorg: curatie en preventie

In dit rapport staat sportzorg centraal. We verstaan in dit rapport onder sportzorg *de zorg die specifiek gericht is op het behoud, herstel en bevordering van de gezondheid van de sportende of bewegende populatie*. Deze definitie laat zien dat sportzorg op twee manieren kan bijdragen aan de gezondheid. Aan de ene kant richt sportzorg zich op het behoud en de bevordering van de gezondheid door sporten en bewegen (preventie). Dit kan betekenen dat mensen die niet of te weinig bewegen gestimuleerd worden om te bewegen, maar de aandacht gaat ook uit naar het voorkómen van (herhalingen van) blessures. Aan de andere kant houdt sportzorg zich bezig met het behandelen van blessures (curatie), gericht op het weer gaan sporten of bewegen. Deze twee pijlers spelen een belangrijke rol in de sportzorg. In dit rapport zullen de curatieve taken van de sportzorg centraal staan.

### 1.2.1 Curatie

Een deel van het takenpakket van een sportzorgaanbieder ligt op het terrein van de curatie. Naast de positieve effecten (sport en beweging leiden tot betere gezondheid) zijn er ook negatieve effecten van sporten en bewegen. Schattingen van het aantal sportblessures dat zich per jaar voordoet variëren van 1,3 miljoen (POLS, CBS) tot 2,3 miljoen (Ongevallen in Nederland 1997/1998). Sportblessures veroorzaken niet alleen directe kosten als gevolg van medische behandelingen maar ook indirecte kosten als gevolg van arbeidsverzuim (Schmikli, 2000). Deze laatste kosten alleen al zijn een schadepost van ongeveer 200 miljoen euro op jaarbasis. En hoewel sport een klein aandeel heeft in de totale kosten van medische consumptie en arbeidsverzuim (2-4%) zijn er voldoende redenen om te werken aan de vermindering van negatieve gevolgen van sportbeoefening, onder andere door adequate behandeling van blessures. Daarom stelt de overheid voor te komen tot een platform voor de sportgezondheidszorg waarbij een samenhangend, transparant pakket aan dienstverlening van curatieve en preventieve taken wordt verkregen (VWS, 2001).

### 1.2.2 Preventie

Sportzorg richt zich op het behoud en de bevordering van de gezondheid door sporten en bewegen (preventie). Sporten en bewegen is goed voor de gezondheid. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 (Van Oers, 2002) blijkt dat lichamelijke inactiviteit één van de grootste risico's is voor het ontstaan van ziekten en vroegtijdige sterfte. Inactiviteit is jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting 8.000 sterfgevallen, 6% van het totale aantal sterfgevallen. Uit de speerpunten van beleid die de overheid formuleert blijkt welk belang wordt gehecht aan het vergroten van de gezondheidswinst door sporten en bewegen (VWS, 2001):

- Een breed publiek moet inzien dat sporten en bewegen, oftewel een actieve leefstijl, in het belang van de gezondheid is;

- Speciale doelgroepen, bijvoorbeeld chronisch zieken, moeten meer bewegen;
- Arbeidsgerelateerde aandoeningen kunnen voorkómen en behandeld worden door de inzet van sport en beweging.

### 1.2.3 Meerwaarde van sportzorg

We onderscheiden in dit rapport sportzorg en reguliere zorg. Onder sportzorg verstaan we de aanbieders die zich volledig op sporters richten zoals sportartsen, sportfysiotherapeuten, FysioSportcentra, sportmassieurs en sportverzorgers. De reguliere zorg betreft de 'gewone' voorzieningen die veelal als eerste worden bezocht en daardoor een poortwachtersfunctie vervullen. Denk bijvoorbeeld aan de huisarts of de spoedeisende hulp. De meerwaarde van de sportzorgaanbieder ten opzichte van de reguliere zorg ligt vooral op het terrein van adviezen op het gebied van belasting en belastbaarheid en daarmee op het behalen van optimale prestaties. Ook vervult de sportzorg een belangrijke rol bij de begeleiding van sporters met aandoeningen als hartproblemen, astma, suikerziekte, etc.

## 1.3 Doelstelling, opzet en methode

### *Het doel van dit rapport is*

Het geven van inzicht in de spreiding en omvang van de vraag, de spreiding en bereikbaarheid van het sportzorgaanbod en in hoeverre vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd.

### 1.3.1 Vraagstelling

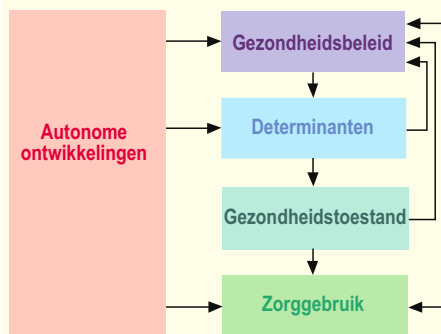
In dit rapport worden de volgende vragen uitgewerkt:

- 1) Is het mogelijk een regionaal beeld te krijgen van de *vraag* naar sportzorg, en zo ja, welke verschillen zien we dan?
- 2) In hoeverre is er regionale variatie in het *aanbod* van sportzorgvoorzieningen?
- 3) Is het mogelijk een regionaal beeld te krijgen van het *gebruik* van sportzorgvoorzieningen, en zo ja wat zijn de regionale verschillen in het gebruik?
- 4) In hoeverre kan het aanbod van sportzorgvoorzieningen voldoen aan de vraag?

In het onderzoek beperken we ons tot de fysiekruimtelijke toegankelijkheid van sportzorg. We gaan niet in op culturele, financiële en wettelijke aspecten van de toegankelijkheid. Ook beperken we ons in de analyses tot de curatieve taken van de sportzorgaanbieder.

### Tekstblok 1.1: Van beleid naar gezondheidswinst

Sportzorg richt zich op het behalen van gezondheidswinst door enerzijds sport en beweging te stimuleren en blessures te voorkomen (preventie), anderzijds door zich te richten op herstel van de gezondheid ná een blessure (curatie). Naar analogie daarvan kunnen we ook verschillende doelgroepen onderscheiden. Stimulering richt zich op dat deel van de bevolking dat te weinig of niet beweegt, blessurepreventie richt zich op de mensen die in meer of mindere mate actief zijn en curatie richt zich op die mensen die na een blessure ook daadwerkelijk in het zorgcircuit zijn terechtgekomen. Om te laten zien hoe de overheid door middel van haar beleid invloed kan uitoefenen op zorg en preventie, en zo op de gezondheidstoestand van de mensen hanteren we het VTV-model.



Figuur 1.1: Het conceptuele basismodel VTV  
(Bron: Ruwaard & Kramers, 1997)

#### Het VTV-model

De gezondheidstoestand waarin iemand zich bevindt wordt bepaald door determinanten (factoren die van invloed zijn op de gezondheid) en werkt door in het gebruik van zorg. Zowel determinanten als gezondheidstoestand als zorggebruik zijn van invloed op het door de overheid te voeren gezondheidsbeleid. Het gezondheidsbeleid dient om ieders gezondheid op peil te houden en voor zover mogelijk te verbeteren door preventie en zorg.

Kijken we naar het blok determinanten dan zien we dat preventie en zorg invloed kunnen uitoefenen op de gezondheidstoestand via exogene factoren (zoals leefstijl of sociale omgeving), via per-

soonskenmerken (bijvoorbeeld erfelijke eigenschappen) of rechtstreeks. Een bepaalde (on)gezondheidstoestand kan tot gevolg hebben dat een persoon behoefte aan zorg krijgt (het blok zorggebruik). Deze persoon kan besluiten zijn zorgbehoefte te uiten als zorgvraag bij een zorgverlener. Uit dit samenkomen van zorgvraag en zorgaanbod kan een indicatie voor verdere behandeling komen. De zo vastgestelde behoefte leidt op deze manier tot zorggebruik. Het gebruik van zorg is voor een belangrijk deel afhankelijk van de gezondheidstoestand maar kan ook niet los gezien worden van het aanbod. Door het verlenen van zorg kunnen tekorten in de gezondheidstoestand gereduceerd worden. De doelgroep van de zorg omvat de mensen die zich ook daadwerkelijk wenden tot iemand in het zorgcircuit. En elk van de blokken heeft weer invloed op het door de overheid te voeren gezondheidsbeleid. Op deze processen is een aantal autonome ontwikkelingen van invloed zoals demografische, economische, sociaal-economische en medisch-technologische ontwikkelingen.

#### Sportzorg en het VTV-model

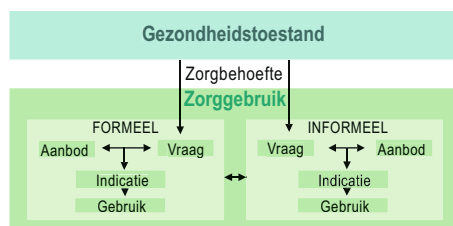
Sporten en bewegen zijn determinanten van gezondheidstoestand. Ze kunnen zowel een positief als een negatief effect hebben op de gezondheidstoestand. Sport en beweging hebben een gunstig effect op gezondheidsbevordering, ziektepreventie, revalidatie en een positief effect op het verloop van een ziekte, en dus een positief effect op de gezondheidstoestand. Aan de andere kant gaan sport en beweging gepaard met risico's die kunnen leiden tot een ongezondheidstoestand, meestal in de vorm van blessures (VWS, 2001).

De overheid kan ingrijpen in het blok determinanten door het voeren van beleid gericht op enerzijds het stimuleren van een actieve leefstijl, anderzijds het voorkomen van blessures. Daarnaast kan de overheid ook ingrijpen in het blok zorggebruik. Dit blok wordt bepaald door een samenspel van behoefte, vraag, aanbod en gebruik. Doel van dit ingrijpen is dat de mensen met een blessure op een zodanige wijze worden geholpen dat men, afhankelijk van de blessure, zo snel mogelijk weer kan functioneren en kan sporten en bewegen.



### 1.3.2 Model

In de vraagstelling staan de begrippen zorgbehoefte, zorgvraag en zorgaanbod centraal. De betekenis van deze begrippen komt tot uiting in het conceptuele model dat we hanteren. Dit model is afkomstig uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002 (zie *tekstblok 1.1*). We richten ons in het bijzonder op het blok 'zorggebruik' (zie *figuur 1.2*).



*Figuur 1.2: Het conceptuele model VTV: uitwerking van het blok 'Zorggebruik'*

(Bron: Ruwaard & Kramers, 1997)

Een zekere (on)gezondheidstoestand, bijvoorbeeld een blessure, leidt tot een zorgbehoefte die vervolgens door een interactie van zorgvraag en zorgaanbod leidt tot indicatie, en vervolgens wordt omgezet in zorggebruik.

De term zorgbehoefte is moeilijk definieerbaar omdat het een relatief begrip is waar normen en verwachtingen aan ten grondslag liggen. Vaak wordt de behoefte geplaatst op een denkbeeldige lijn tussen noodzaak en verlangen (Post & Stokx, 1997). We willen in dit rapport de termen zo hanteren: iemand met een blessure heeft, in meer of mindere mate, behoefte aan zorg. Een deel van deze groep zal die behoefte omzetten in een zorgvraag waardoor, afhankelijk van de ernst, eventueel na diagnose en indicatie zorggebruik plaatsvindt.

Het zorgaanbod wordt geleverd door zowel reguliere zorg als specialistische sportzorg. In de meeste gevallen zal een geblesseerde eerst in het reguliere zorgcircuit terechtkomen, via bijvoorbeeld een huisarts of de spoedeisende hulp. Daarna kan een verwijzing plaatsvinden naar specialistische sportzorg. Of er ook daadwerkelijk zorggebruik plaatsvindt, hangt af van meerdere factoren. Zowel subjectieve factoren (klaaggeneigdheid) als objectieve factoren (indicatie en zorgtoewijzing) kunnen hierin een rol spelen (Van Oers, 2002). Maar ook bereikbaarheid en herkenbaarheid van het aanbod zijn van invloed op het zorggebruik. Men is minder geneigd een zorgaanbieder te bezoeken waarvoor men een uur moet reizen dan wanneer deze om de hoek zijn praktijk heeft. Ook uit ander onderzoek blijkt dat afstand inderdaad een belangrijke rol speelt (IGZ/RIVM, 1997). In het model wordt ook een onderscheid gemaakt tussen formele zorg (door een zorgaanbieder) en informele zorg (familie of vrienden). In dit onderzoek beperken we ons tot de zorg verleend in het formele circuit.

### 1.3.3 Methode

Dit onderzoek is beschrijvend van aard en is gebaseerd op bestaande registraties en resultaten uit onderzoeken die al op dit terrein zijn gedaan. Met behulp van deze

gegevens wordt een regionaal kwantitatief beeld van behoefte, vraag en aanbod gegeven. Daar waar bestaand onderzoek en registraties niet toereikend zijn zullen we schattingen maken.

### ***Zorgbehoefte en zorgvraag***

De vraag naar sportzorg operationaliseren we op twee manieren. De eerste manier is door het schatten van het aantal blessures. Dit duiden we in dit rapport aan met de term *zorgbehoefte*. We gaan ervan uit dat iedereen met een blessure in meer of mindere mate behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg. Een deel van deze groep geblesseerden zal hun behoefte niet omzetten in een zorgvraag, een deel wel. De tweede operationalisering van zorgvraag betreft dan ook een schatting van de mensen die hun behoefte wel omzetten in een vraag. Hierbij schatten we hoeveel sporters een medische behandeling zullen ondergaan, zowel een opname op de spoedeisende hulp als overige medische behandelingen. Hoewel deze schatting al dicht tegen *zorggebruik* aanzit, hanteren we toch de term *zorgvraag* omdat het hier gaat om een schatting en niet om werkelijk gerealiseerd gebruik.

### ***Zorgbehoefte***

Om de zorgbehoefte te kunnen kwantificeren doen we een schatting van het aantal blessures dat zich per gemeente voordoet. Daarvoor maken we gebruik van sportparticipatiegegevens uit de Grote Consumenten Enquête van *Wegener* (zie *bijlage 2*) waarin 1,1 miljoen huishoudens is gevraagd naar hun sportgedrag. We nemen aan dat het aantal blessures in een gemeente wordt bepaald door:

1. De soort sporten die men in die gemeente doet;
2. Het aantal mensen dat een bepaalde sport in die gemeente doet;
3. De tijd die men aan een sport besteedt;
4. Het risico op een blessure per sport (de incidentiedichtheid, beschreven als het aantal blessures per 1.000 uur sport).

De gegevens uit de punten 1 en 2 zijn per gemeente bekend. Van de laatste twee punten hebben we geen regionale (gemeentelijke) gegevens, daar zullen we het met landelijk bekende cijfers moeten doen. We doen daarmee dus de aanname dat het aantal uren dat men gemiddeld een sport beoefent en het risico op een blessure, niet per gemeente verschillen.

Allereerst beschrijven we per gemeente welke sporten worden beoefend en hoeveel mensen die sporten beoefenen. We maken daarbij onderscheid in een vijftiental sporten (de grote sporten en de sporten met een hoge blessurekans). Per sport weten we het landelijk gemiddeld aantal uren per week dat deze sport wordt beoefend en kunnen we een schatting doen van hoeveel tijd er per gemeente totaal aan de betreffende sporten of vormen van beweging wordt besteed.

Deze schatting dient als input voor de berekening van het aantal blessures, door ze te vermenigvuldigen met de kansen op een blessure (uitgedrukt in aantal blessures per 1.000 uur sport). Deze (landelijke) blessurekansen zijn bekend en komen uit onderzoek van Schmikli (Schmikli, 2002).

### **Zorgvraag**

Het werkelijk regionaal *gebruik* van sportzorgaanbieders zoals sportarts en sportfysiotherapeut is niet bekend. Het is echter wel mogelijk een schatting van de *vraag* naar een medische behandeling te doen op basis van het risico op een medische behandeling. Deze risico's, die per sport verschillen, zijn uit onderzoek van Schoots en Schmikli (2002) bekend. Tezamen met gegevens over het aantal uur dat per gemeente aan een bepaalde sport wordt besteed kunnen we een regionale schatting maken van het aantal medische behandelingen en het aantal spoedeisende hulpopnamen.

### **Zorgaanbod**

Het *aanbod* van sportzorgvoorzieningen wordt beschreven aan de hand van ledenregistraties van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS) en de Vereniging voor FysioSport in Nederland (VFN). De ruimtelijke spreiding (locatie) van deze aanbieders wordt in kaart gebracht evenals de geschatte reistijd van de patiënt naar de aanbieder en het aantal zorgaanbieders per 1 miljoen inwoners. Van andere aanbieders zoals sportmassieurs of sportverzorgers is de locatie niet bekend en worden geen ruimtelijke analyses gedaan.

### **Omrekenen huishoudens naar individuen**

In de Grote Consumenten Enquete (zie *bijlage 2*) wordt gevraagd of er binnen een huishouden actief aan een vorm van sport of beweging wordt gedaan. Er kan dan een keuze uit diverse sporten worden gedaan. Voor de vijftien sporten die wij in dit onderzoek hebben meegenomen is dus bekend wat het aantal huishoudens is waarin de betreffende sport wordt beoefend. Willen we echter rekenen met het aantal individuen dat de sport beoefent dan moeten we een aanname doen van het gemiddeld aantal mensen binnen een huishouden dat een sport beoefent. Dit zijn er minimaal 1 en maximaal 2,3 (dat is namelijk de gemiddelde huishoudensgrootte) per gemeente. Uit het Aanvullende Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat gemiddeld 1,5 personen binnen een huishouden een sport beoefenen (het AVO is een enquête waarbij ongeveer 6.500 huishoudens, en iedereen binnen de huishoudens, worden bevraagd op hun vrijetijdsbesteding).

## **1.3.4 Afbakening**

In dit onderzoek beperken we ons tot de curatieve aspecten van de sportzorg, de nadruk ligt op de blessures en de behandelende rol van de sportzorg hierin. Om behoefte en vraag te kunnen schatten wordt gebruik gemaakt van de cijfers over vijftien sporten. Daarvoor hebben we een selectie gemaakt van de grote sporten en sporten met een grote blessurekans.

Dit rapport is een regionale verkenning naar behoefte, vraag en aanbod in de sportzorg. In de beschrijving van de resultaten zal blijken dat nog veel onderzoek moet plaatsvinden voordat een compleet beeld geschetst kan worden van de regionale verschillen in vraag en aanbod.

## 1.4 Opbouw rapport

In *hoofdstuk 2* omschrijven we de sportzorg. Zowel hun taken, producten alsmede de doelgroepen van de sportzorgaanbieders krijgen in dit hoofdstuk een plaats. Vervolgens gaan we in *hoofdstuk 3* nader in op de behoefte en vraag naar sportzorgdiensten. Op basis van regionale sportparticipatiegegevens schatten we het aantal geblesseerden en het aantal mensen dat met een zorgvraag het zorgcircuit binnenkomt. *Hoofdstuk 4* beschrijft vervolgens het huidige aanbod van sportzorg. In dit hoofdstuk geven we een ruimtelijke schets van sportzorglocaties en hun bereikbaarheid op basis van af te leggen afstand. Tenslotte vergelijken we in *hoofdstuk 5* vraag en aanbod om te zien in hoeverre het aanbod in staat is te voldoen aan de huidige (geschatte) vraag.

## 1.5 Wat kunnen partijen met dit rapport?

De uitkomsten van dit rapport zijn interessant voor diverse instanties en organisaties die opereren op het gebied van sporten en bewegen.

### *De Rijksoverheid*

Het ministerie van VWS heeft zich in de nota Sport, Bewegen en Gezondheid ten doel gesteld gezondheidswinst te behalen door en bij sport en beweging. Door een toenemend aantal sporters, en tevens een toename van het aantal sporters in kwetsbare groepen, bijvoorbeeld ouderen, is een toenemende zorgvraag te verwachten. Bij het ministerie van VWS staat vraagsturing en vraaggerichtheid hoog op de agenda. Daarbij zijn (individuele) vraag en behoefte van de (potentiële) zorggebruiker richtinggevend voor het aanbod van sportzorgvoorzieningen. Dit rapport geeft inzicht in deze regionale (potentiële) zorgvraag en zet dit af tegen de locatie en de grootte van het huidige aanbod aan sportzorgvoorzieningen.

### *De lagere overheden*

Gemeenten en provincies zijn in hun sportbeleid vooral bezig met sportstimulering. Daarbij is het van belang dat de negatieve aspecten van sporten en bewegen zo beperkt mogelijk worden gehouden. Dit rapport geeft voor de lagere overheden inzicht in vragen als: *‘Hoe ‘scoren’ wij als het gaat om aantallen blessures?’* of *‘Is er voldoende sportzorgaanbod voor onze burgers aanwezig?’* De uitkomsten kunnen ook als spiegelinformatie worden gezien om de eigen regio te vergelijken met andere regio's ('benchmarking').

### *Sportzorgaanbieders*

Eén van de kenmerken van een goede toegankelijkheid is een goede spreiding van het aanbod. Dit rapport geeft inzicht in de huidige spreiding. Daarnaast geeft dit onderzoek ook handvatten voor vraaggestuurde zorg: waar bevinden zich de zorgvragers, de potentiële klanten, en hoe kunnen we ons aanbod laten aansluiten op de vraag. Dit is niet alleen in het voordeel van die klanten, maar ook van de aanbieders.

***Zorgverzekeraars***

De zorgverzekeraars zullen in de toekomst verantwoordelijk worden voor het inkopen van zorg voor hun cliënten. Daarom is het belangrijk te weten waar zij de zorg voor hun klanten (de verzekerden) kunnen inkopen, en of die zorg van een goede kwaliteit is. Hierbij zal ook de bereikbaarheid van zorgaanbieders een rol spelen. Ook geven de analyses in dit rapport de verzekeraars een beeld waar zich potentiële klanten/sporters bevinden, die in aanmerking komen voor een verzekeringsproduct.



## 2 SPORTZORG

### 2.1 Historie

De geschiedenis van de sportzorg begint in feite in het jaar dat voorafging aan de Olympische Spelen van 1928 in Amsterdam. Toen werden in Den Haag, Amsterdam, Utrecht en Haarlem de eerste Sportkeuringsbureaus (SKB's) opgericht. Het aantal sportkeuringen dat werd verricht steeg snel. De top werd bereikt in de jaren zeventig waarin per jaar rond de 300.000 sporters werden gekeurd bij ongeveer 200 Sportkeuringsbureaus. Vanaf deze jaren liep het aantal keuringen af: veel sportbonden lieten de verplichting vallen, en vanaf deze tijd werd het in feite een verantwoordelijkheid van de sporter zelf.

Naast deze Sportkeuringsbureaus, bedoeld voor alle sporters, werden vanaf 1972 zogeheten Sportmedische Adviescentra (SMA's) opgericht. Belangrijk verschil met het Sportkeuringsbureau was dat het SMA zich vooral richtte op gespecialiseerde keuringen (voor bijvoorbeeld topsporters, wedstrijdsporters, ouderen, jeugdsporters en gehandicapten) en advisering bij blessures en training. In 1988 werden de taken van het SKB overgeheveld naar het SMA.

Er bleek naast het SMA nog behoefte te zijn aan gespecialiseerde afdelingen met een directe lijn naar het ziekenhuis: vanaf 1992 werden zogeheten Sportgeneeskundige Afdelingen (SGA's) van ziekenhuizen ontwikkeld. Deze afdelingen zijn organisatorisch verbonden aan een ziekenhuis maar vallen onder een ander financieringsregime. Tenslotte dient in dit verband de ontwikkeling van de sportfysiotherapie te worden genoemd. De Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS) werd opgericht in 1981. Dit leidde onder meer in de opzet van specifieke fysiotherapeutische praktijken voor behandeling en begeleiding van sporters. In de loop van de jaren negentig ontstonden hieruit de zogeheten FysioSportcentra: hier worden preventieve bewegingsprogramma's aangeboden.

### 2.2 Omschrijving sportzorg

Sportzorg is zorg gericht op behoud, herstel en bevordering van de gezondheid van de sportende of bewegende mens. Sportzorg wordt geleverd door een grote groep van sportzorginstellingen, zoals het SMA, de SGA en het FysioSportcentra. Daarnaast zijn er enkele gespecialiseerde sportmedische centra, zoals het Sportmedisch Centrum op Papendal, de Afdeling Sportgeneeskunde bij de KNVB in Zeist en de Sectie Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie van de Koninklijke Landmacht in Utrecht en het recent geopende centrum Topsportgeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum (UMC) in Utrecht. Verder zijn bepaalde huisarts- en fysiotherapiepraktijken op dit gebied actief, evenals ook bepaalde fitnesscentra, revalidatiecentra, ziekenhuizen, sportbonden, praktijken sportdiëtetiek en praktijken prestatie- en trainingsbegeleiding.

## 2.3 De pijlers van sportzorg

Sportzorg speelt een rol voor zowel mensen die willen gaan sporten, en om advies verlegen zitten, als voor mensen die al sporten en advies dan wel behandeling nodig hebben. Een belangrijk deel van de zorg die aan sporters wordt verleend is niet gekoppeld aan het feit dat iemand sport, maar is onderdeel van de reguliere zorg. Dit rapport richt zich voornamelijk op de zorg rond sporters die direct gekoppeld is aan de sportbeoefening. Hierin kunnen twee aspecten worden onderscheiden:

- Preventie: advisering en begeleiding (*paragraaf 2.3.1*)
- Curatie: zorg rond een blessure (*paragraaf 2.3.2*)

Deze twee belangrijke pijlers van sportzorg hebben betrekking op zowel het individu (de sporter) als op de sportvereniging.

### 2.3.1 Advisering en begeleiding

Door middel van advisering en begeleiding kunnen de aanbieders van sportzorg een bijdrage leveren aan gezonde sportbeoefening en aan bewegingsstimulering. Het betreft hier de randvoorwaarden die worden geboden om plezierig en verantwoord te kunnen sporten.

#### ***Belasting en belastbaarheid***

Zowel de belasting als de belastbaarheid kennen grote variatie tussen de verschillende sportsituaties. Een goede balans tussen belasting en belastbaarheid is echter een belangrijke voorwaarde voor gezonde sportbeoefening. De belasting varieert in type, duur en intensiteit. Het type belasting kan gekenmerkt worden door explosiviteit en kracht of door belasting van het cardio-respiratoire systeem. Beide stellen verschillende eisen aan de sporter. Daarnaast heeft bijvoorbeeld het niveau waarop een sport beoefend wordt grote consequenties voor de eisen aan de beoefenaar.

Een juiste inschatting van het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid vereist specifieke kennis over de sport, maar ook over de relevante typische kenmerken van de (aanstaande) sporter. Deze kennis is over het algemeen vooral aanwezig bij sportartsen en sportfysiotherapeuten. Kennis van de specifieke eisen die een sport aan de beoefenaar stelt, is noodzakelijk om een inschatting te maken van gezonde sportbeoefening. Een sportkeuring is een methode om inzicht te verkrijgen in de belastbaarheid. Maar ook door specifiek advies over het niveau van sportbeoefening kan een bijdrage geleverd worden aan de gezondheid en het welzijn van een sporter.

De sportzorg kan ook een belangrijke rol spelen voor de groep mensen met chronische aandoeningen. Deze groep heeft extra behoefte aan begeleiding om de mogelijkheden voor sportbeoefening duidelijk te krijgen. De begeleiding van sporters met een aandoening is een taak voor de sportzorg in combinatie met de zorg uit andere disciplines. In de specifieke kennis over belasting en belastbaarheid ligt de kracht die een sportarts of een sportfysiotherapeut heeft boven een huisarts.



### ***Optimale prestaties***

De gezondheid staat voor een sporter niet altijd voorop. Regelmatig gaat het om optimale prestaties. Hierbij wordt een maximaal beroep gedaan op de belastbaarheid van de sporter. Hieraan zijn risico's verbonden. Een optimale begeleiding van sporters met bijvoorbeeld trainingsadviezen en voedingsadviezen, draagt bij aan optimale prestaties in een gezonde toestand. Sportzorg kan ondersteunen met de juiste trainingsadviezen om overbelasting te voorkómen en toch de motivatie om te kunnen presteren vast te houden. Aangrijpingspunt daarbij is het behoud of verbetering van de gezondheid en niet de prestatie als zodanig, dat is meer een zaak van trainers en coaches.

### ***Preventie van blessures***

Sportzorgaanbieders kunnen door middel van voorlichting een bijdrage leveren aan het voorkómen van blessures. Deze voorlichting kan gericht zijn op de sporter en op de verenigingen. Daarnaast is op dit terrein ook een taak weggelegd voor bonden, gemeenten en verenigingen.

## **2.3.2 Zorg rond de blessures**

Sporten heeft een belangrijke rol in gezondheidsbevordering, maar kan ook leiden tot gezondheidsschade, voornamelijk in de vorm van blessures. Sportblessures hebben een aantal zeer nadelige gevolgen:

- Ongemak en leed voor de betrokkene;
- Kosten voor de gezondheidszorg;
- Arbeidsverzuim;
- Inactiviteit op de korte termijn;
- Verlies van interesse voor sportparticipatie (inactiviteit op lange termijn).

Van alle sportblessures wordt ongeveer 40% medisch behandeld, 26% op een niet-medische wijze en 34% wordt niet behandeld. Een deel van de behandelde blessures betreft behandeling behorend bij de sportzorg (Schmikli et al., 1995).

Blessures kunnen worden onderverdeeld in acute blessures en chronische blessures/overbelastingsblessures.

### ***Acute blessures***

Het merendeel van de sportblessures betreft plotseling optredende blessures (89%). De overige blessures kenmerken zich door een geleidelijk ontstaan. Bij acute blessures is er sprake van direct letsel als gevolg van een sportsituatie. Niet elke blessure wordt behandeld. Onderzoek naar het zorgtraject van geblesseerde sporters door Schmikli et al. (1995) laat zien dat 66% van de geblesseerden een eerste behandeling nodig hadden. Na de eerste behandeling heeft 24% van alle geblesseerden een vervolgbehandeling ondergaan.

De eerste behandeling (66%) werd uitgevoerd door de volgende personen/disciplines:

Tabel 2.1: Percentage eerste behandelaar (Bron: Schmikli et al., 1995)

Behandelaar	Percentage eerste behandelaar
Sporter/ gezinslid/ overig niet professional	36%
Huisarts	25%
Masseur/ verzorger	15%
EHBO sportveld	9%
Fysiotherapeut	9%
Ziekenhuis	7%

Een deel van de eerste behandelingen betrof een spoedbehandeling, namelijk 12%.

Het grootste deel van de eerste behandeling wordt door de sporter zelf of door de directe omgeving verzorgd. Daarnaast speelt de huisarts een belangrijke rol. Een vervolgbehandeling werd ingezet bij 24% van het totaal aantal geblesseerden. Tabel 2.2 toont de behandelaars die hierbij actief zijn.

Tabel 2.2: Percentage behandelaars bij een vervolgbehandeling (Bron: Schmikli et al., 1995)

Behandelaar	Percentage vervolgbehandelaar
Huisarts	33%
Fysiotherapeut	32%
Ziekenhuis	14%
Masseur/ verzorger	13%
Zelfbehandelaar	9%

Vervolgbehandelingen komen vaker voor bij georganiseerde wedstrijdporters. Bij acute blessures is er sprake van een belangrijke rol van de reguliere zorgverlening. Na behandeling door de reguliere zorgverlener heeft de sportzorg een taak in de directe opvang, verdere behandeling en revalidatie van de geblesseerden.

**Chronische en overbelastingsblessures**

Na een acute blessure kan de klacht chronisch worden, of zonder directe acute aanleiding kan een blessure ontstaan, zoals een overbelastingsblessure. Het aandeel niet acuut ontstane blessures betreft slechts 11% van het totaal aantal blessures. De chronische en overbelastingsblessures vormen een taak voor de sportzorg. Met name de rol van de fysiotherapeut lijkt hierin belangrijk. Uit het rapport *Sportfysiotherapie in de praktijk* (Ooijendijk, 2003) blijkt dat dit een van de belangrijkste blessures is die een sportfysiotherapeut te verwerken krijgt.

2.4    **Takenpakket van sportzorg**

In tabel 2.3 beschrijven we het takenpakket van de sportzorgaanbieders. Daartoe zetten we de gezondheidstoestand af tegen de mate van activiteit die een willekeurig

persoon ontplooit. Op de x-as staat de mate van activiteit. We onderscheiden daarbij: inactiviteit, inactief met intentie tot bewegen, sportief bewegen, sporten en arbeidsgerelateerde beweging. Op de y-as staat de gezondheidstoestand. We maken daarbij een onderscheid in: geen probleem of klacht, een typisch kenmerk of risico dat iemand loopt (bijvoorbeeld in geval van een chronische aandoening) en blessure. Naast de taken staat per cel met een nummer aangegeven welke producten geleverd kunnen worden (zie ook *paragraaf 2.5*).

Tabel 2.3 Het werkkerrein van de sportzorg (Bron: VSG/RIVM)

Mate van activiteit →	Inactief	Inactief met intentie tot actief	Sportief bewegen/ recreatief (bijvoorbeeld wandelen, fietsen, tuinieren)	Sport (wedstrijdsport)	Arbeid (bijvoorbeeld dans, brandweer)
Gezondheids-toestand ↓					
Geen probleem/ klacht	Gezondheids-voorlichting 5 <sup>1</sup>	Algemene bewegestimulering t.b.v. preventie 4,5,6,9	Voorlichting/ advies over blessure-preventie 4,5,6,7,8,9	Voorlichting/ advies over blessure-preventie 1,4,5,6,7,8,9	Voorlichting en advies over GBW <sup>2</sup> 4,9
Probleem/ klacht op basis van persoonskenmerk (bijvoorbeeld chronisch ziek, zwanger, hoge leeftijd)	Gezondheids-voorlichting 5	Specifieke bewegestimulering t.b.v. preventie 4,5,6,9	Specifieke beweegbegeleiding t.b.v. preventie en curatie 4,5,6,7,8,9	Specifieke beweegbegeleiding t.b.v. preventie en curatie 1,4,5,6,7,8,9	Specifieke hou-ding Beweegbegelei-ding t.b.v. preventie en curatie 4,5,9
Blessure (aandoening aan bewegings-apparaat, alge-mene aandoe-ning)		Behandeling Preventie recidive Bewegestimulering 2,3,4,5,6,9	Behandeling Preventie recidive Bewegestimulering 2,3,4,5,6,7,8,9	Behandeling Preventie recidive 1,2,3,4,5,6,7,8,9	Behandeling Preventie recidive 2,3,4,5,9

<sup>1</sup> getallen verwijzen naar de sportzorgproducten uit paragraaf 2.5  
<sup>2</sup> GBW = Gezondheidsbevordering op de werkplek

## 2.5 Producten van sportzorg

De twee pijlers van sportzorg (advisering en begeleiding, zorg rond een blessure) kunnen vertaald worden naar een negental producten die door sportzorgaanbieders worden geleverd (Bron: [www.sportzorg.nl](http://www.sportzorg.nl)).

1. *Sportkeuring*: Een beoordeling van de individuele gezondheid en de geschiktheid om te bewegen/sporten. Een sportarts doet hiervoor een sportmedisch onderzoek.
2. *Blessurebeoordeling*: Beoordeling van een sportblessure door een sportarts, sportfysiotherapeut, sportverzorger en/of EHBSO’er en advies over het vervolgtraject. Als het gaat over het stellen van een diagnose loopt dit via een arts (sportarts, huisarts).
3. *Blessurebehandeling*: Behandeling van een sportblessure door een arts en (sport)fysiotherapeut, op verwijzing van een arts. Doel is de persoon terug te bren-

gen naar zijn/haar oorspronkelijke prestatieniveau. Onder blessurebehandeling valt ook sportrevalidatie, oefentherapie en training. Belangrijk is de advisering over het voorkómen van een herhaling van dezelfde blessure.

4. *Blessurepreventie*: Advies aan personen en/of organisaties (verenigingen/sportbonden e.a.) over te nemen maatregelen die het ontstaan van blessures kunnen voorkomen c.q. beperken. Dit kan schriftelijk (teksten, posters e.d.) maar ook door bijeenkomsten of evenementen te organiseren.
5. *Sport/beweegadvies*: Individueel advies over de duur (hoe lang), frequentie (hoe vaak) en intensiteit (hoe intensief) van een aantal geschikte sport/beweegvormen. Dit gebeurt na een analyse van de huidige (sport-)activiteiten en een sportmedisch onderzoek of een test. Beginpunt hierbij is het doel van de (beginnende) sporter: waarom wil je meer bewegen/sporten?
6. *Testen en meten*: Het beoordelen van de fitheid van een persoon of een groep op basis van sportfysiologische testen. Op basis van deze test en afhankelijk van de doelstelling van de sporter wordt een trainingsprogramma opgesteld.
7. *Materiaaladvies*: Beoordelen van materialen bij een bepaalde sport of bewegingsvorm (schoeisel, beschermende materialen, ondersteunende materialen etc.) met het doel de prestatie te bevorderen en/of de gezondheid te beschermen.
8. *Voedingsadvies*: Advies over algemene voeding en specifieke diëten op basis van een individuele voedingsanamnese (wat nuttigt u zoal?), een analyse van de lichamelijke activiteit (wat beweegt/sport men over het algemeen?) en de kenmerken/wensen van de persoon.
9. *Begeleiding*: Meerdere onderdelen ten behoeve van individu, teams, vereniging, evenementen, en/of over een langere periode.

## 2.6 Disciplines en organisaties in de sportzorg

In *tabel 2.4* staan de belangrijkste disciplines en organisaties weergegeven die een rol spelen in de zorg rond sporters. Disciplines en organisaties die niet speciaal gericht zijn op sporters worden hier niet beschreven. In de tabel staan de hier beschreven organisaties weergegeven met de aantallen in Nederland. In *bijlage 3* worden de instellingen omschreven.

*Tabel 2.4: Aard en aantal Sportzorginstellingen 2002*

Type instelling	Aantal in Nederland
Sportmedische Adviescentra	39
Sportgeneeskundige Afdelingen in ziekenhuizen	3
FysioSportcentra	65
Sportfysiotherapiepraktijken	423
Overige sportmedische centra	60

### 3 RUIMTELIJKE SPREIDING VAN VRAAG NAAR SPORTZORG

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk verkennen we de vraag naar de curatieve aspecten van de sportzorg. Volgens het vraag-aanbod-model (*paragraaf 1.3.2*) brengen we eerst de behoefte aan zorg en vervolgens de vraag naar zorg in kaart.

#### 3.2 Behoefte

##### 3.2.1 Sportparticipatie

Niet elke sport wordt overal en evenveel beoefend. De ene stad staat er bijvoorbeeld bekend om dat er veel wordt gekorfbald, de andere stad kent een traditie van basketbal. Om een beeld te krijgen van de spreiding van sporten over Nederland maken we gebruik van gegevens uit de Grote Consumenten Enquête (*zie bijlage 1 en 2*).

##### *De sporten uit de lifestyle database*

We beperken ons onderzoek tot vijftien sporten. Bepalend voor keuze van deze vijftien sporten is het aantal mensen dat de sport beoefent en de kans op een blessure die een bepaalde sport met zich meebrengt (*zie tabel 3.1*). De gegevens beperken zich ook niet tot alleen de georganiseerde sporten. Sporten als recreatief fietsen, skeeleren en paardrijden zijn ook in deze berekeningen meegenomen, alsmede dat deel van de mensen dat een sport ongeorganiseerd beoefent. In deze paragraaf zullen we een aantal sporten met een opmerkelijk spreidingspatroon laten zien.

*Tabel 3.1: Sporten uit de lifestyle database, aantal huishoudens dat sport beoefent (Bron: Grote Consumenten Enquête), aantal uur dat een sport per week wordt beoefend (Bron: TNO-PG, 1999) en incidentiedichtheid per sport (Bron: Schmikli et al., 1995; TNO, 2002).*

Sport	Aantal huishoudens dat sport beoefend	Uur per week	Incidentie dichtheid 1992/1993	Incidentie dichtheid 1997/1998	Gemiddelde incidentie dichtheid
Recreatief fietsen	1.988.871	4,4	2,1	1,1	1,60
Voetbal	1.193.097	4,0	5,5	2,0	3,75
Zwemmen	1.175.061	1,9	2,1	0,6	1,35
Tennis	843.316	2,2	1,5	0,5	1,00
Skeeleren	621.155	2,8	2,5	1,1	1,80
Joggen	545.755	2,9	2,0	1,3	1,65
Schaatsen	511.841	2,8	3,2	2,1	2,65
Paardrijden	392.678	4,7	1,6	0,9	1,25
Wielrennen	348.994	5,5	2,1	1,1	1,60
Volleybal	343.395	2,8	3,6	2,4	3,00
Squash	288.145	1,7	3,6	1,1	2,35
Vechtsport	238.885	2,0	3,5	2,5	3,00
Hockey	136.702	3,3	5,5	2,1	3,80
Korfbal	100.184	3,0	4,1	1,0	2,55
Basketbal	89.475	3,9	4,8	3,3	4,05

### ***Skeelers vooral in het zuidwesten***

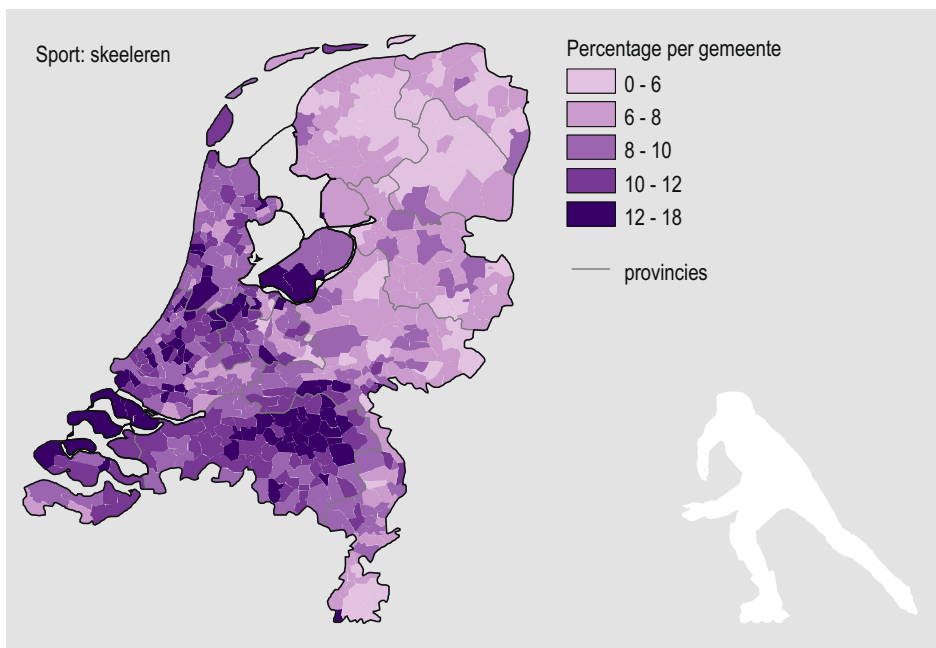
*Figuur 3.1* laat het percentage huishoudens per gemeente zien waar wordt geskeelerd. Dit loopt uiteen van 1 procent van het totaal aantal huishoudens in Vaals (Zuid-Limburg) tot 18 procent van het totaal aantal huishoudens in Nootdorp. Er is een duidelijke gradiënt te zien van noordoost naar zuidwest. De gebieden met het hoogste percentage zijn Midden-Brabant, Zuid-Flevoland en enkele gebieden in Zeeland en Zuid-Holland.

### ***Schaatsen vooral in het noordwesten***

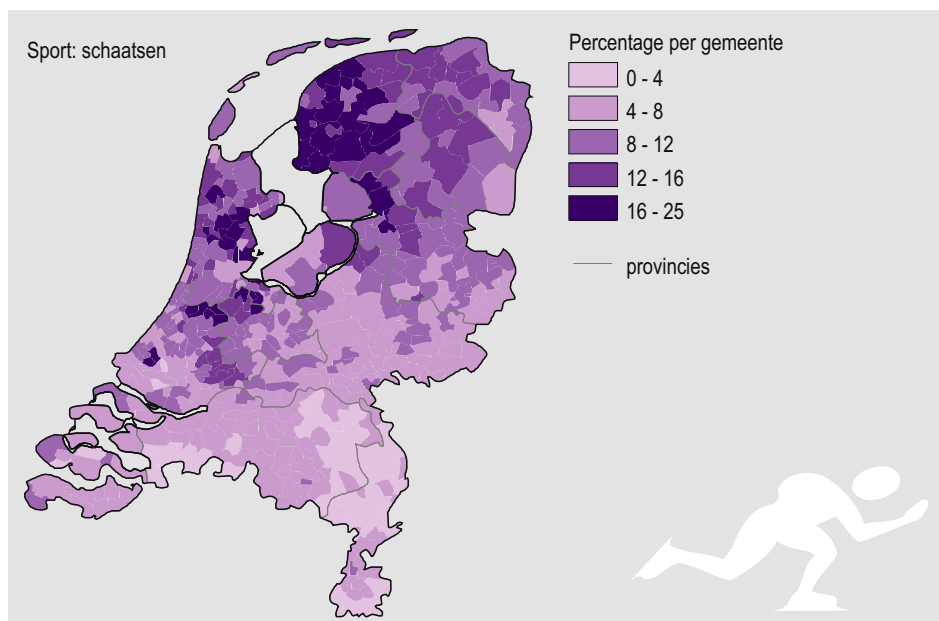
Vergelijken we dit patroon met het patroon van schaatsen, dan zien we grote verschillen. *Figuur 3.2* laat zien dat schaatsen vooral favoriet is in de provincies Friesland en Noord-Holland. Er loopt een gradiënt van zuidoost naar noordwest. Het percentage huishoudens waarin actief wordt geschaatst loopt uiteen van 1% in Vaals (Zuid-Limburg) tot 25% in Littenseradiel (Friesland). Opvallend (en niet verwonderlijk) is dat vooral in gemeenten rond plassen, meren en kanalen dit percentage aanzienlijk hoger is dan in de rest van Nederland. Verder zien we lokale verhogingen rond kunstijsbanen zoals bijvoorbeeld in Deventer, Eindhoven, Dronten en Geleen.

### ***Voetbal vooral in het zuidoosten***

In *figuur 3.3* is voor elke gemeente het percentage huishoudens weergegeven waarin actief wordt gevoetbald. Dit percentage loopt uiteen van 10% in Bennebroek (Noord-Holland) tot 36% in Weerselo (Overijssel). De figuur laat zien dat vooral in delen van Zuidoost-Nederland en Noord-Holland het percentage actieve voetballers hoog ligt.

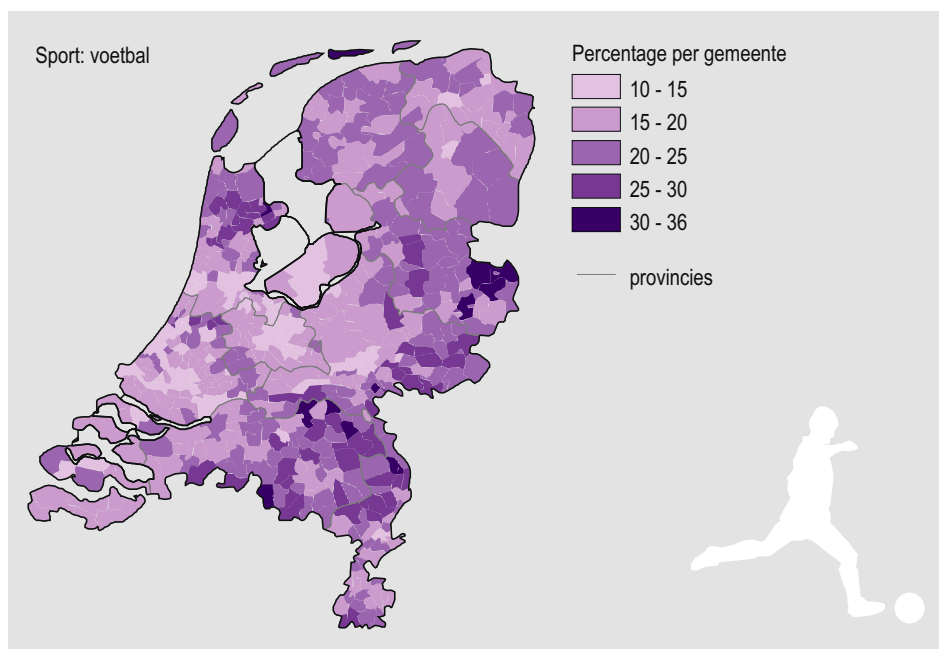


*Figuur 3.1: Percentage huishoudens waar wordt geskeelerd (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)*



Figuur 3.2: Percentage huishoudens waar wordt geschaatst (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)

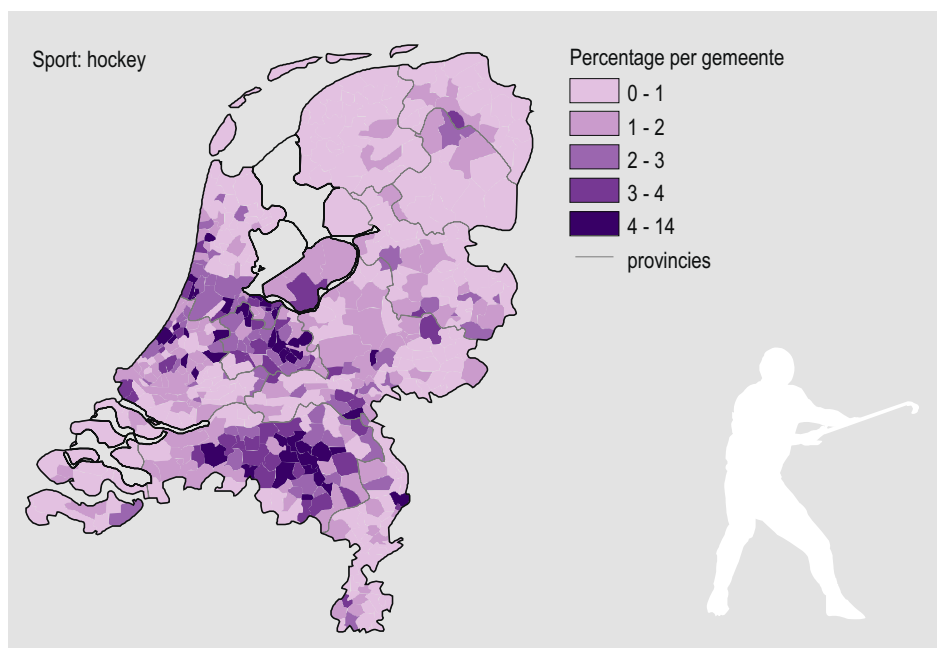
Daarentegen laten met name de grote steden in de Randstad (o.a. Amsterdam, Haarlem, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Dordrecht en Arnhem) veel lagere percentages zien.



Figuur 3.3: Percentage huishoudens waar wordt gevoetbald (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)

### ***Hockey in de 'rijkere' gemeenten***

Het patroon van hockey laat zien dat er enkele kernen zijn waaromheen veel wordt gehockeyd. Het zijn vooral de 'rijkere' gemeenten waar het percentage hockey hoog is: de top-5 van hockeyminnende gemeenten bestaat uit Bloemendaal, Heemskerk, Waalre, Bennebroek en Wassenaar (respectievelijk 14, 9, 9, 9 en 8 procent). Opvallend is ook de concentratie van hockey rond Utrecht, Den Bosch en Eindhoven.



*Figuur 3.4: Percentage huishoudens waar wordt gehockeyd (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)*

### ***Grote regionale verschillen tussen sporten***

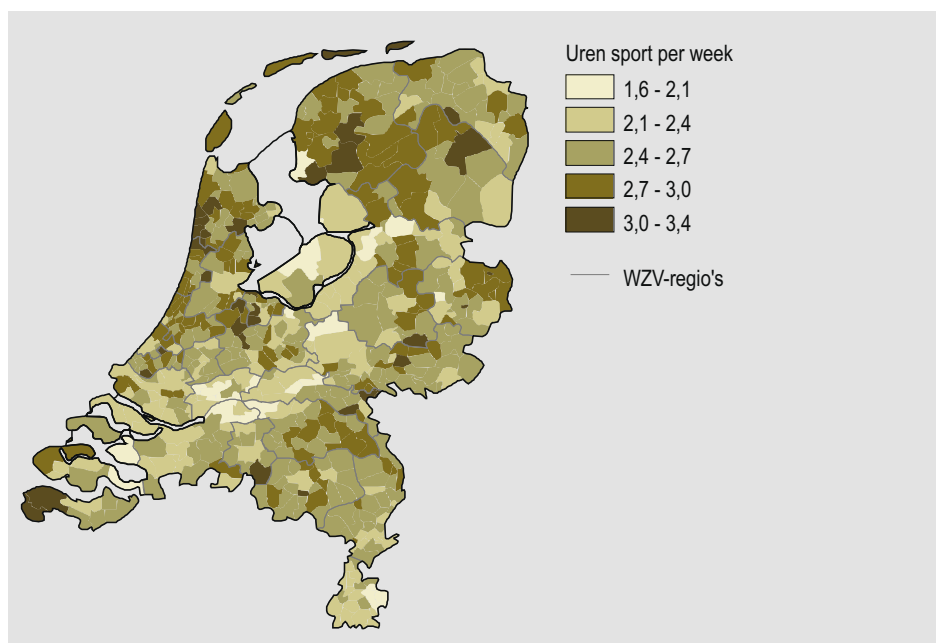
In *bijlage 1* staan de kaarten voor alle in dit rapport behandelde sporten op een rij. De kaarten tonen aan dat er aanzienlijke regionale verschillen bestaan tussen gemeenten wat betreft de sportparticipatie.

## **3.2.2 Aantal uren sport**

Uit de vorige paragraaf blijkt dat het aantal mensen dat sport en beweegt verschilt per gemeente. Het is ook bekend dat het aantal uur dat aan een bepaalde sport wordt besteed verschilt per sport. *Tabel 3.1* toont de gemiddelde tijd dat men per week aan een bepaalde sport besteedt (Hildebrandt et al., 1999).

Met behulp van de sportparticipatiegegevens is berekend hoeveel mensen per gemeente aan één van deze sporten doen. Dit vermenigvuldigd met de bovenstaande uren levert per gemeente een schatting van het totaal aantal uur dat aan deze spor-





*Figuur 3.5: Geschat aantal uren sport per gemeente (Bron: Hildebrandt et al., 1999)*

ten wordt besteed. *Figuur 3.5* laat de ruimtelijke spreiding hiervan zien.

Het geschat aantal uur sport per week loopt uiteen van 1,6 uur tot 3,4 uur. Het patroon van voetbal is duidelijk in de kaart terug te zien (zie *figuur 3.3*). Niet verwonderlijk als je bedenkt dat meer dan één miljoen huishoudens aangeeft actief aan voetbal te doen, waarmee voetbal één van de grootste sporten is.

### 3.2.3 Blessures

In tegenstelling tot sportparticipatie en het aantal uur dat een sport wordt beoefend, zijn er voor blessurekansen geen regionale gegevens bekend. We zijn afhankelijk van gegevens die landelijk beschikbaar zijn. Er is namelijk wel bekend wat de verschillen in blessurekansen per sport voor heel Nederland zijn. Met behulp van de gegevens die regionaal voorradig zijn, schatten we het risico op een blessure en het aantal blessures per regio.

#### *Incidentiedichtheid van blessures*

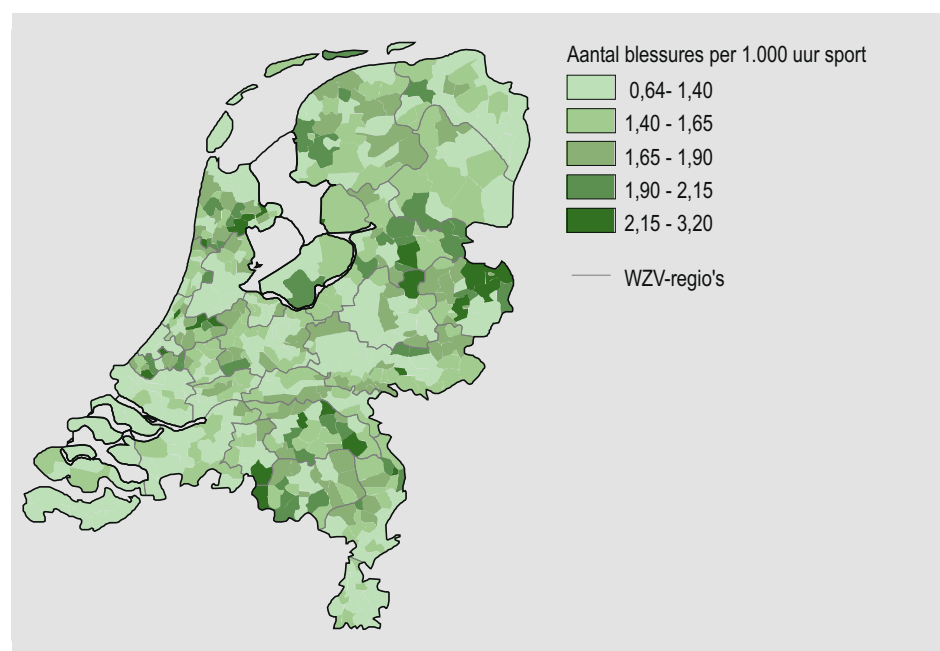
Het risico dat iemand een sportblessure oploopt wordt gerelateerd aan het aantal uur dat die sport beoefend wordt. Dit wordt ook wel de incidentiedichtheid genoemd (Schmikli et al., 1995). Deze wordt uitgedrukt in het aantal blessures per 1.000 uur sport. Uit de landelijke survey *Ongevallen in Nederland* (OiN) van 1992/1993 is voor een aantal sporten de incidentiedichtheden berekend. In deze survey worden gegevens verzameld over sportparticipatie en blessures van een representatieve steekproef ter grootte van ongeveer 65.000 mensen. Deze gegevens staan gepresenteerd in het

Trendrapport Bewegen en Gezondheid 1998/1999 (Hildebrandt et al., 1999). In het Trendrapport 2000/2001 (Ooijendijk et al., 2001) staan nieuwe cijfers over sportblessures. Deze cijfers zijn ook verzameld met de survey OiN en hebben betrekking op de periode 1997/1998. *Tabel 3.1* toont de incidentiedichtheden voor de 15 sporten die in dit rapport zijn opgenomen, zoals die uit beide onderzoeken naar voren komen. We zien dat de incidentiecijfers, uitgedrukt in aantal blessures per 1.000 uur sport, voor de periode 1997/1998 behoorlijk zijn gedaald. Voetbal bijvoorbeeld kende in 1992/1993 een incidentie van 5,5 blessures per 1.000 uur sport. In de survey van 1997/1998 is de incidentie gedaald naar 2 blessures per 1.000 uur sport. Verschillen worden door de auteur onder andere verklaard door verschil in terugvraagtijd. In dit onderzoek gebruiken we voor de verdere berekeningen de gemiddelde incidentiedichtheid van de twee dataverzamelingen.

### ***Incidentiedichtheid van blessures per gemeente***

Voor de berekening van het risico op een blessure per gemeente wordt verwezen naar *bijlage 4*. De uitkomst van de berekening laat de incidentiedichtheid per sport zien, ongeacht de soort sport die wordt beoefend. Hierin is verrekend het aantal mensen dat een sport beoefent en de tijd die gemiddeld aan een sport wordt besteed.

*Figuur 3.6* toont voor iedere gemeente de incidentiedichtheid van sportblessures. De waarden lopen uiteen van 0,64 tot 3,20. Dit scheelt een factor 5. De hoogste waarde vinden we in de gemeente Tubbergen in Twente (3,2 blessures per 1.000 uur sport). De drie gemeenten met de laagste blessurekansen zijn de steden Rotterdam, Amsterdam



*Figuur 3.6: Incidentiedichtheid van sportblessures per gemeente (Bron: OiN, 1992/ 1993; OiN 1997/ 1998; gegevens bewerkt door RIVM)*

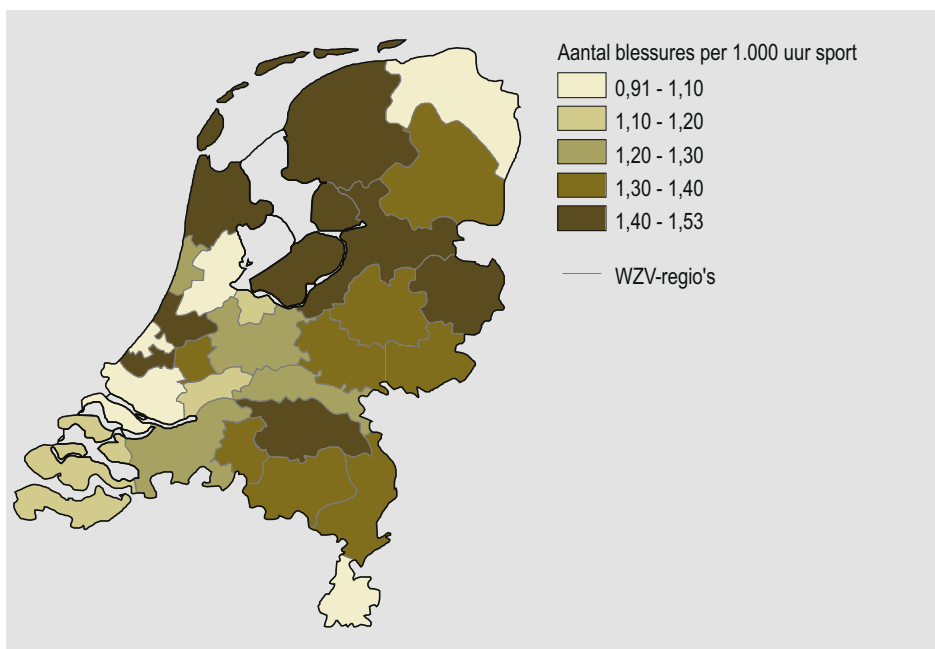
en Groningen (respectievelijk 0,64; 0,65 en 0,69 blessures per 1.000 uur sport). Ook de grote steden Den Haag en Utrecht kennen een laag risico op een blessure. Verder laat de kaart zien dat men in delen van Brabant, Twente, Overijssel, Noord-Holland en de polders een grotere kans op een blessure heeft dan in bijvoorbeeld Zeeland, grote delen van Gelderland, Drenthe en de grote steden.

Ook in deze kaart is het patroon van de sport voetbal duidelijk terug te zien (zie *figuur 3.3*). Deze sport wordt in meer dan één miljoen huishoudens beoefend en kent een relatief hoge blessurekans (Schoots berekende naar aanleiding van gegevens uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Stichting Consument en Veiligheid dat 31% van de blessures veldvoetbalblessures zijn Schoots, 2002).

### ***Schatting van het absoluut en relatief aantal blessures per WZV-regio***

Tabel 3.2 toont per WZV-regio (zie ook *bijlage 7*) het absoluut aantal blessures. In de regio's Utrecht, Amsterdam, Rijnmond en Arnhem verwachten we de meeste blessures.

Relateren we dit aantal verwachte blessures aan het aantal uur dat per WZV-regio aan sport en beweging wordt gedaan dan zien we dat de regio Den Bosch de koppositie inneemt met een incidentiedichtheid van 1,53, al snel gevolgd door Delft en Westland, Zwolle, Flevoland en Friesland. Den Haag, Amsterdam en Rijnmond zijn de regio's met de laagste kans op een blessure. Zie ook de kaart in *figuur 3.7*. Deze verschillen betekenen overigens niet dat de incidentiedichtheid van de sporten daar hoger zijn. Het incidentiecijfer van de regio wordt in dit rekenmodel bepaald door de soorten sporten die worden beoefend en de hoeveelheid mensen die een sport beoefenen.



*Figuur 3.7: Incidentiedichtheid van sportblessures per WZV-regio*

Tabel 3.2: Inwoners, geschat aantal uren sport, geschat absoluut aantal blessures en de incidentiedichtheid per WZV-regio.

WZV-nummer	WZV-naam	Inwoners (Bron CBS)	Uren sport (x 1.000.000) per jaar	Geschat aantal blessures per jaar	Aantal blessures per 1.000 uur sport
1	Groningen	562.646	74,23	81.300	1,1
2	Friesland	624.500	85,52	120.900	1,4
3	Drenthe	469.806	62,93	83.000	1,3
4	Zwolle	516.639	63,85	94.800	1,5
5	Twente	596.394	76,92	111.300	1,5
6	Stedendriehoek	470.296	61,18	83.800	1,4
7	Arnhem	896.771	113,62	152.900	1,4
8	Nijmegen	477.699	61,33	76.400	1,3
9	Utrecht	1.124.690	145,04	182.700	1,3
10	Flevoland	317.206	37,45	54.100	1,4
11	Het Gooi	250.096	33,93	40.700	1,2
12	Alkmaar	590.515	80,28	117.600	1,5
13	Kennemerland	389.929	55,52	68.000	1,2
14	Amsterdam	1.305.241	169,05	154.700	0,9
15	Leiden	511.583	69,62	98.700	1,4
16	Den Haag	704.924	86,24	78.400	0,9
17	Delft en Westland	281.010	38,72	58.200	1,5
18	Midden Holland	238.562	29,85	39.800	1,3
19	Rijnmond	1.260.123	149,45	141.600	1,0
20	Dordrecht	382.312	42,05	48.600	1,2
21	Zeeland	371.866	47,84	54.200	1,1
22	Breda	658.328	81,13	100.200	1,2
23	Tilburg	415.395	52,22	68.200	1,3
24	Den Bosch	621.461	83,03	127.300	1,5
25	Eindhoven	709.410	92,33	128.700	1,4
26	Noord-Limburg	467.666	60,37	83.900	1,4
27	Zuid-Limburg	648.882	72,40	71.900	1,0
Totaal		15.863.950	2.026,12	2.521.900	

Het totaal aantal blessures in deze schatting komt uit op ongeveer 2,5 miljoen per jaar. Dit komt overeen met de schatting van 2,5 miljoen blessures die wordt berekend uit het periodiek onderzoek Ongevallen in Nederland, uitgevoerd door Consument en Veiligheid in samenwerking met het UMC Utrecht (Ooijendijk et al., 2002).

### 3.3 Zorgvraag

Paragraaf 3.2 handelde over de behoefte aan sportzorg, geoperationaliseerd als het aantal blessures dat zich voordoet. In deze paragraaf gaan we een stap verder en schatten we hoeveel mensen in het zorgcircuit terechtkomen. Omdat het hier om een schatting gaat en niet om werkelijk (gemeten) gebruik, gebruiken we hiervoor de term *potentiële zorgvraag*. In de inleiding (*hoofdstuk 1*) vermeldden we al dat het jammer is dat er geen productiegegevens zijn van sportzorgaanbieders. Daarom betreft de zorgvraag hier een medische behandeling in het algemeen, waarvan de sportzorg-behandeling een onderdeel is.

Uit de survey *Ongevallen in Nederland* en uit het *Letsel Informatie Systeem* blijkt dat ongeveer 40% van de geblesseerden een medische behandeling ondergaat. Daarvan

komt ongeveer een kwart terecht op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis (Schoots, 2002).

Het risico op een medische behandeling, en het risico op een spoedeisende hulpopname per 1.000 uur sport staan vermeld in *tabel 3.3*. Ook hier is een gemiddelde genomen van de incidentiedichtheden uit het onderzoek uit 1992/1993 en uit 1997/1998 van Ongevallen in Nederland.

*Tabel 3.3: Risico op een blessure, risico op een medische behandeling en het risico op een opname op de spoedeisende hulp per 1.000 uur sport (Bron: Hildebrandt et al., 1999, Ooijendijk et al., 2002)*

Sport	Risico op een blessure	Risico op een medische behandeling	Risico op een opname op de spoedeisende hulp
Recreatief fietsen	1,6	0,5	0,1
Voetbal	3,8	1,6	0,4
Zwemmen	1,4	0,4	0,1
Tennis	1,0	0,4	0,1
Skeeleren	1,8	0,5	0,1
Joggen	1,7	0,3	0,1
Schaatsen	2,7	1,0	0,5
Paardrijden	1,3	0,6	0,2
Wielrennen	1,6	0,5	0,1
Volleybal	3,0	1,2	0,2
Squash	2,4	1,3	0,2
Vechtsport	3,0	1,0	0,2
Hockey	3,8	1,7	0,4
Korfbal	2,6	1,8	0,3
Basketbal	4,1	0,8	0,4

Tabel 3.4 toont per WZV-regio een schatting van het absoluut aantal medische behandelingen en opnames op de spoedeisende hulp.

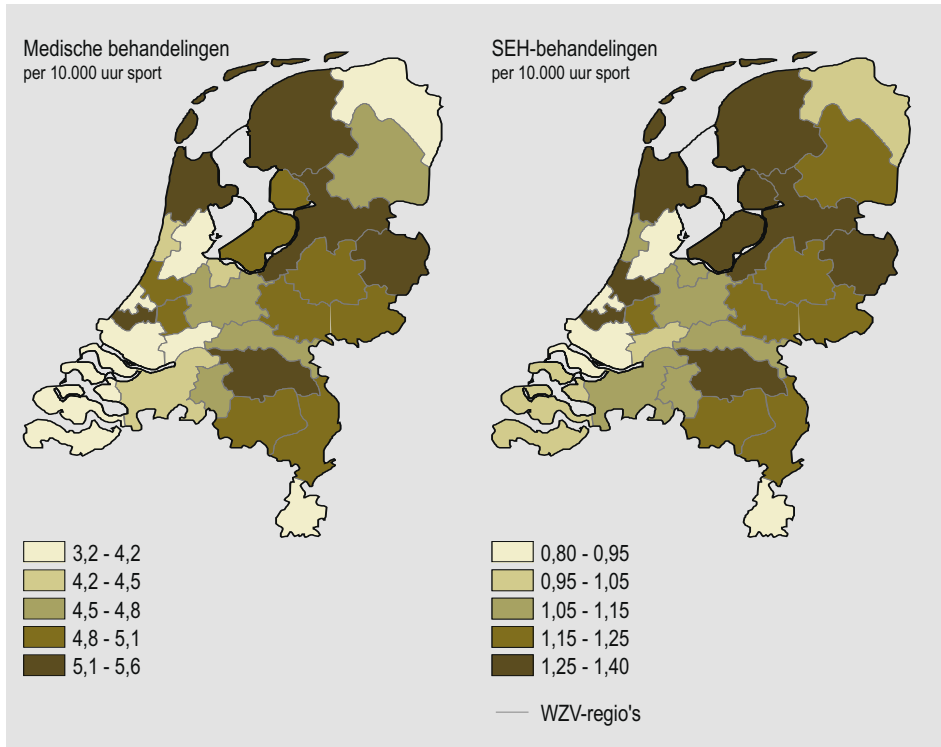
*Tabel 3.4: Geschat aantal medische behandelingen en opnames op de spoedeisende hulp ten gevolge van sportblessures*

WZV-nummer	WZV-naam	Aantal medische behandelingen per jaar	Aantal behandelingen per 1.000 uur sport	Aantal opnames op de spoedeisende hulp	Aantal SEH-opnames per 1.000 uur sport
1	Groningen	29.300	0,39	7.600	0,10
2	Friesland	44.700	0,52	11.700	0,14
3	Drenthe	30.200	0,48	7.700	0,12
4	Zwolle	34.400	0,54	8.800	0,14
5	Twente	41.000	0,53	10.000	0,13
6	Stedendriehoek	30.800	0,50	7.600	0,12
7	Arnhem	55.700	0,49	13.400	0,12
8	Nijmegen	28.400	0,46	7.000	0,11
9	Utrecht	66.400	0,46	16.200	0,11
10	Flevoland	19.100	0,51	4.800	0,13
11	Het Gooi	14.600	0,43	3.700	0,11
12	Alkmaar	42.200	0,53	10.800	0,13
13	Kennemerland	24.300	0,44	6.100	0,11
14	Amsterdam	54.300	0,32	13.800	0,08
15	Leiden	35.500	0,51	9.000	0,13
16	Den Haag	28.100	0,33	6.900	0,08

vervolg tabel 3.4

WZV-nummer	WZV-naam	Aantal medische behandelingen per jaar	Aantal behandelingen per 1.000 uur sport	Aantal opnames op de spoedeisende hulp	Aantal SEH-opnames per 1.000 uur sport
17	Delft en Westland	20.900	0,54	5.100	0,13
18	Midden Holland	14.500	0,49	3.700	0,12
19	Rijnmond	50.000	0,33	12.300	0,08
20	Dordrecht	17.500	0,42	4.400	0,10
21	Zeeland	19.800	0,41	4.900	0,10
22	Breda	35.800	0,44	8.600	0,11
23	Tilburg	24.400	0,47	5.900	0,11
24	Den Bosch	46.700	0,56	11.100	0,13
25	Eindhoven	47.100	0,51	11.100	0,12
26	Noord-Limburg	30.700	0,51	7.200	0,12
27	Zuid-Limburg	25.900	0,36	6.200	0,09
Totaal		912.300		225.600	

Absoluut gezien verwachten we in de regio Utrecht zowel de meeste medische behandelingen (66.400) als de meeste SEH-opnames (16.200). De regio Midden Holland heeft naar schatting de minste medische behandelingen (14.500) en het Gooi de minste SEH-opnames (3.700). De tabel laat ook de incidentiedichtheid per regio zien. Hierbij wordt het aantal behandelingen en opnames gerelateerd aan het aantal uur



Figuur 3.8: Risico op een medische behandeling en risico op een opname op de SEH, per WZV-regio

dat per regio wordt gesport (*tabel 3.2*). Dit is in *figuur 3.8* weergegeven. De regio Den Bosch heeft de hoogste incidentiedichtheid voor een medische behandeling (0,56) en de regio Amsterdam de laagste (0,32). Het risico op een opname op een SEH is het hoogst in Zwolle (0,14) en het laagst in de regio Den Haag (0,08).

Het patroon van voetbal - met een hoog blessurerisico en een groot aantal beoefena-  
ren - is weer terug te zien in bovenstaande kaarten. De regio's Den Bosch, Twente en  
Alkmaar, waar veel wordt gevoetbald, laten mede daardoor een hoog aantal verwach-  
te behandelingen zien.

3.4    Geschat gebruik sportartsen in SMA of SGA

TNO-PG heeft in 1997 een schatting gedaan van het aantal benodigde sportartsen  
(Ooijendijk et al., 1997). Ze schat in dat het voor 10% van de medisch behandelde bles-  
sures nuttig zou zijn een sportarts te bezoeken. Daarbij gaat het voornamelijk om  
overbelastingsblessures en terugkerende blessures. *Tabel 3.5* laat de schatting zien van  
het aantal mensen dat in dit geval per jaar een sportarts zou bezoeken. Tevens wordt  
op basis van dit aantal een berekening gemaakt van het aantal sportartsen dat nodig

*Tabel 3.3: Schatting van het gebruik van sportartsen en het daarvoor benodigde aantal sportartsen.*

WZV- nummer	WZV-naam	Geschat aantal medische behandelingen	Potentieel gebruik van sportarts	Aantal benodigde sportartsen
1	Groningen	29.300	2.930	4
2	Friesland	44.700	4.470	6
3	Drenthe	30.200	3.020	4
4	Zwolle	34.400	3.440	4
5	Twente	41.000	4.100	5
6	Stedendriehoek	30.800	3.080	4
7	Arnhem	55.700	5.570	7
8	Nijmegen	28.400	2.840	4
9	Utrecht	66.400	6.640	8
10	Flevoland	19.100	1.910	2
11	Het Gooi	14.600	1.460	2
12	Alkmaar	42.200	4.220	5
13	Kennemerland	24.300	2.430	3
14	Amsterdam	54.300	5.430	7
15	Leiden	35.500	3.550	4
16	Den Haag	28.100	2.810	4
17	Delft en Westland	20.900	2.090	3
18	Midden Holland	14.500	1.450	2
19	Rijnmond	50.000	5.000	6
20	Dordrecht	17.500	1.750	2
21	Zeeland	19.800	1.980	2
22	Breda	35.800	3.580	4
23	Tilburg	24.400	2.440	3
24	Den Bosch	46.700	4.670	6
25	Eindhoven	47.100	4.710	6
26	Noord-Limburg	30.700	3.070	4
27	Zuid-Limburg	25.900	2.590	3
Totaal		912.300	91.230	114

is om deze patiënten te behandelen<sup>3</sup>. Op basis van het geschat aantal medische behandelingen (zie *tabel 3.4*) zou het voor ongeveer 90.000 geblesseerden nuttig zijn een sportarts te bezoeken.

Uit deze berekening blijkt dat in de regio's Utrecht, Amsterdam en Arnhem de meeste sportartsen nodig zijn en in Zeeland en Dordrecht en Midden Holland de minste. Totaal zijn volgens deze berekening 114 sportartsen nodig.

<sup>3</sup> Uitgegaan wordt van een 40-urige werkweek, voor 40 weken per jaar. 60% van de uren wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten. De verhouding eerste consulten en herhaalconsulten is 2:1. De verhouding preventieve activiteiten en curatieve activiteiten is 50/50. Per dagdeel (4 uur) kan een sportarts 10 blesureconsulten afhandelen, per week dus ongeveer 30, waarvan dus 10 eerste consulten.



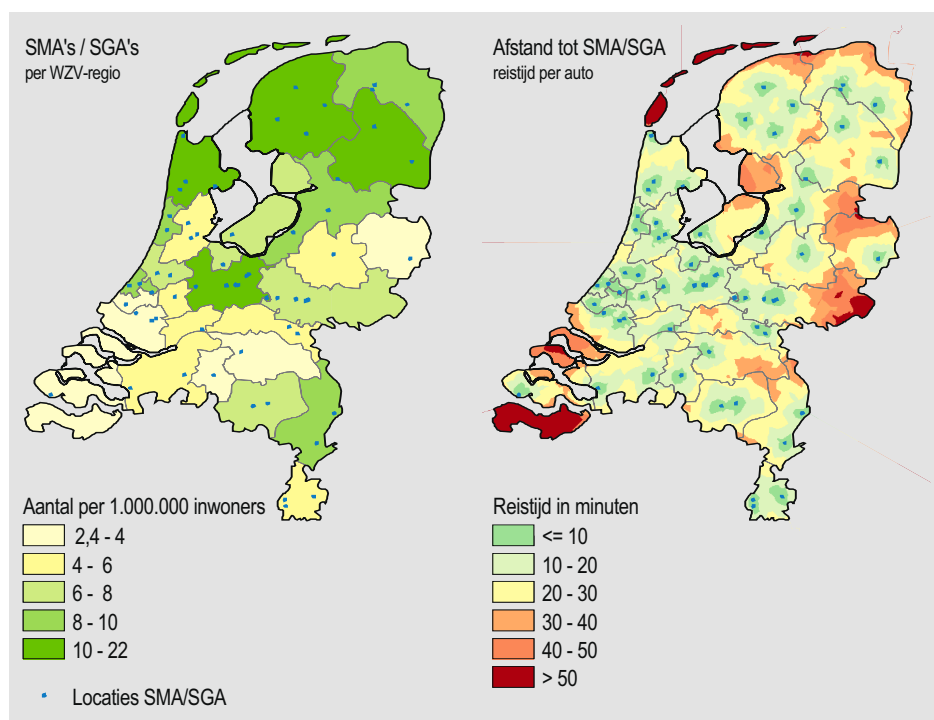
## 4 RUIMTELIJKE SPREIDING VAN AANBOD VAN SPORTZORG

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de ruimtelijke spreiding van de sportzorgaanbieders beschreven. De kaarten tonen de locaties van de aanbieders en per regio wordt weergegeven hoeveel aanbieders er zijn op 1 miljoen inwoners. Ook de afstand die moet worden afgelegd naar een aanbieder wordt getoond.

### 4.2 Spreiding van sportartsen in SMA en SGA

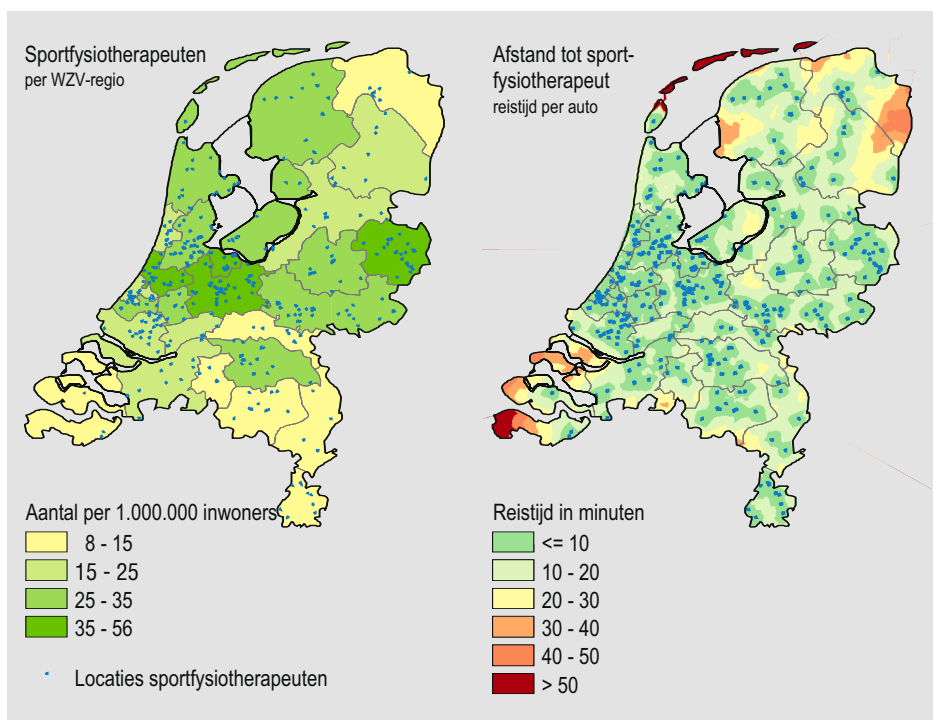
De linker kaart in *figuur 4.1* laat zien dat het aantal sportartsen per 1 miljoen inwoners uiteenloopt van 2,4 in de regio Tilburg tot 22,5 in de regio Friesland. In de noordelijke regio's zijn er meer sportartsen per inwoner dan in de zuidelijke regio's. De rechterkaart laat zien dat er in sommige regio's ook afstanden van meer dan een half uur moeten worden afgelegd om bij een SMA of SGA te komen. In delen van Oost-Nederland, Zeeland en Flevoland moet meer dan een half uur worden afgelegd naar een sportarts.



*Figuur 4.1: Aantal sportartsen per 1 miljoen inwoners en afstand tot dichtstbijzijnde sportarts 2003 (Bron: VSG, 2003; CBS-Statline 2003; AND)*

### 4.3 Spreiding van sportfysiotherapeuten

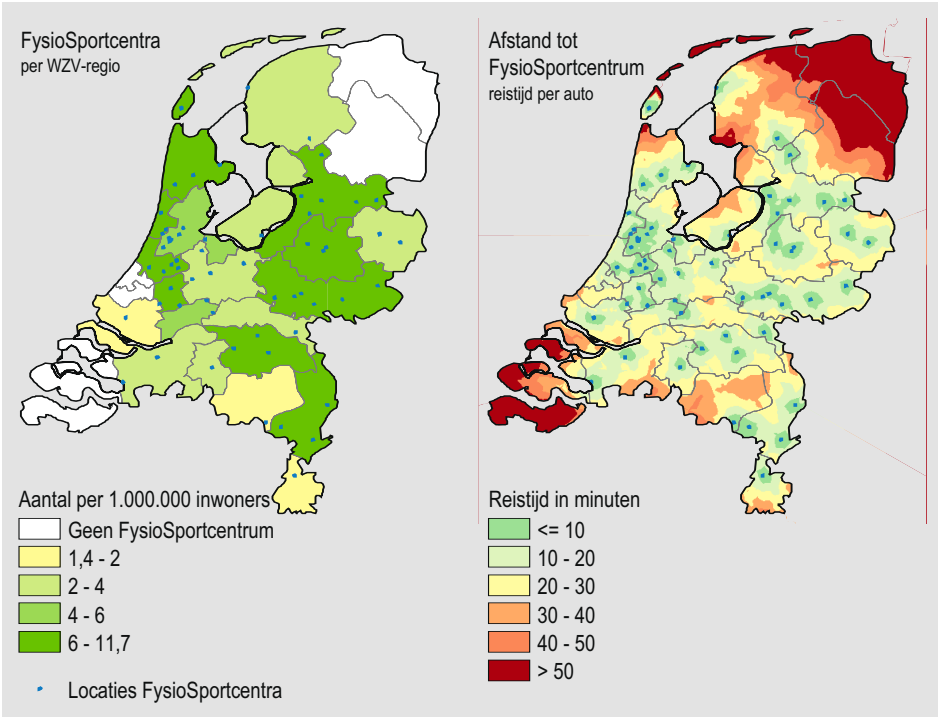
*Figuur 4.2* laat de spreiding van sportfysiotherapeuten over Nederland zien. Vooral het zuiden en noordoosten van Nederland laten een lagere dichtheid van sportfysiotherapeuten zien dan het midden van Nederland. De verschillen tussen regio's lopen uiteen van 8 sportfysiotherapeuten per één miljoen inwoners in Zeeland tot 56 in het Gooi, een factor 7 verschil. Vooral in Zeeland en Groningen moeten aanzienlijke afstanden worden afgelegd om een sportfysiotherapeut te bezoeken. Deze afstand speelt een nog sterkere rol dan bij de sportartsen omdat men meerdere malen op consult moet komen.



*Figuur 4.2: Aantal sportfysiotherapeuten per 1 miljoen inwoners en afstand tot dichtstbijzijnde sportfysiotherapeut 2001 (Bron: NVFS, 2003; CBS-Statline 2003; AND)*

### 4.4 Spreiding van FysioSportcentra

De regio's Delft en Westland, Groningen, Drenthe, Den Haag en Zeeland hebben geen FysioSportcentrum binnen hun grenzen. Ook hier zien we tussen de regio's grote verschillen. Enkele regio's hebben maar één of twee centra terwijl er ook regio's zijn (Amsterdam, Zwolle en Arnhem) waar zes centra gelegen zijn.



*Figuur 4.3: Aantal FysioSportcentra per 1 miljoen inwoners en afstand tot dichtstbijzijnde FysioSportcentrum 2001 (Bron: NVFS, 2003; CBS-Statline 2003; AND)*



## 5 AFSTEMMING VAN VRAAG EN AANBOD

De hoofdstukken 3 en 4 tonen de spreiding van respectievelijk behoefte, vraag en aanbod van sportzorgvoorzieningen. In dit hoofdstuk willen we een verband leggen tussen vraag en aanbod. Is de spreiding van het aanbod nu zo dat voldaan kan worden aan de potentiële vraag? Zo nee, welke regio's blijven daarin achter?

### 5.1 Aanbod van en vraag naar specialistische sportzorg

In hoofdstuk 2 is toegelicht dat de meerwaarde van de sportzorgaanbieder niet is gelegen in het verlenen van acute zorg maar in de kennis over belasting, belastbaarheid en in het geven van adviezen en voorlichting op het gebied van voeding en materiaal. Ook de behandeling van blessures hoort bij zijn taak, meestal nadat iemand door de reguliere zorg is doorverwezen, met het doel iemand weer zo snel mogelijk op het oude (sport)niveau terug te krijgen. In deze paragraaf vergelijken we onder andere het benodigde aantal aanbieders met het huidige aantal aanbieders.

#### Sportartsen en sportfysiotherapeuten

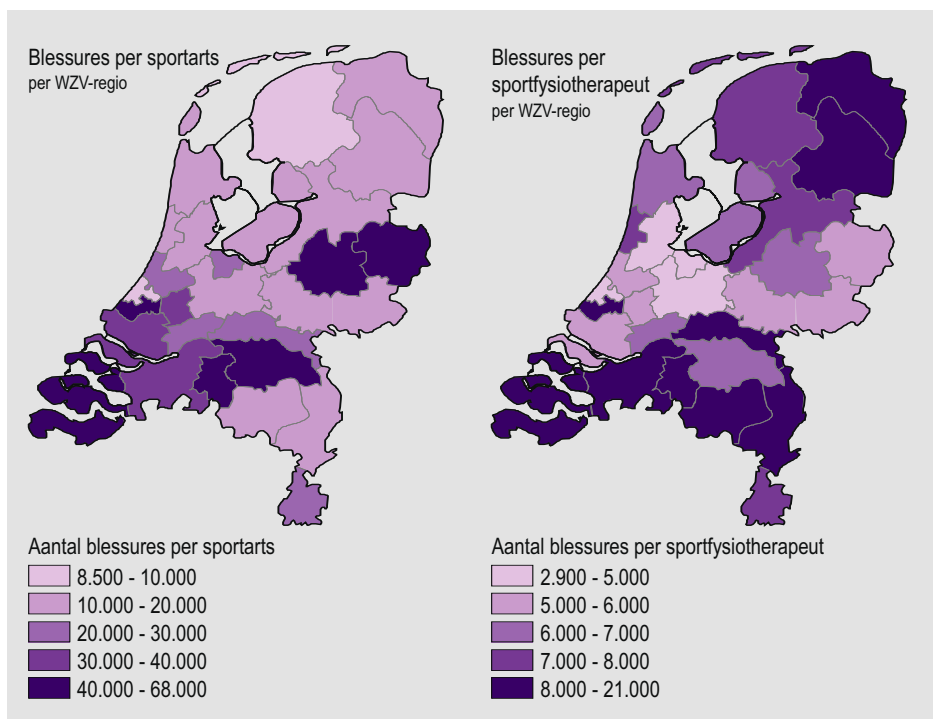
Als maat voor toegankelijkheid laten we in tabel 5.1 het geschat aantal blessures per aanbieder, per jaar zien.

Tabel 5.1: Aantal blessures per aanbieder (sportarts en sportfysiotherapeut), per jaar, per WZV-regio

WZV-nummer	WZV-naam	Aantal blessures per sportarts	Aantal blessures per sportfysiotherapeut
1	Groningen	13.500	11.600
2	Friesland	8.600	7.600
3	Drenthe	11.800	8.300
4	Zwolle	15.700	7.900
5	Twente	55.600	5.100
6	Stedendriehoek	41.900	6.400
7	Arnhem	19.100	5.100
8	Nijmegen	25.400	10.900
9	Utrecht	10.100	4.200
10	Flevoland	18.000	6.000
11	Het Gooi	20.300	2.900
12	Alkmaar	11.700	6.500
13	Kennemerland	16.900	7.600
14	Amsterdam	17.100	4.700
15	Leiden	24.600	5.200
16	Den Haag	9.700	4.600
17	Delft en Westland	58.200	8.300
18	Midden Holland	39.800	5.700
19	Rijnmond	35.300	5.700
20	Dordrecht	24.300	6.100
21	Zeeland	54.100	18.100
22	Breda	33.400	10.000
23	Tilburg	68.100	17.000
24	Den Bosch	63.600	6.400
25	Eindhoven	18.300	12.900
26	Noord-Limburg	16.700	21.000
27	Zuid-Limburg	23.900	8.000

Deze tabel laat grote verschillen tussen de regio's zien. In *figuur 5.1* zijn de regionale verschillen in kaart gebracht. De donkere gebieden zijn de gebieden waar het aantal geblesseerden relatief groot is ten opzicht van het aantal sportzorgaanbieders.

Het aantal geblesseerden per sportarts is het laagst in de regio Friesland en Den Haag en het hoogst in de regio's Tilburg, Den Bosch, Delft en Westland en Twente. Het verschil tussen de hoogste en de laagste bedraagt een factor 8. Voor de sportfysiotherapeuten varieert het aantal blessures per aanbieder van ongeveer 3000 in het Gooi tot bijna 21.000 in Noord-Limburg. Dit verschilt een factor 7.



*Figuur 5.1: Aantal blessures per sportarts en per sportfysiotherapeut*

In de regio's met een groot aantal blessures per aanbieder zal de druk op de zorg toenemen. Dit kan enerzijds resulteren in langere wachttijden, anderzijds kan het deel van de zorg dat niet meer door een sportarts of sportfysiotherapeut verleend kan worden, op de schouders van de regulier zorg terechtkomen.

Hoewel deze analyses de ruimtelijke verschillen laten zien, weten we daarmee nog niet of het huidige sportzorgaanbod wel of niet in staat is aan de verwachte vraag te voldoen. Voor de sportartsen kunnen we hiervoor een berekening doen met behulp van het model van TNO uit *paragraaf 3.4*. Voor de sportfysiotherapeuten is dat niet mogelijk.

5.2    Aantal benodigde sportartsen

In *paragraaf 3.4* berekenden we voor welk deel van de medische behandelingen het nuttig zou zijn een sportarts te bezoeken. Per regio is dan te berekenen hoeveel sportartsen nodig zijn om aan deze potentiële vraag te voldoen (zie *tabel 3.5*). *Tabel 5.2* toont het aantal benodigde sportartsen en het huidige aantal sportartsen.

*Tabel 5.2: Aantal benodigde sportartsen (Bron: VSG, 2003; RIVM)*

WZV-nummer	WZV-naam	Aantal benodigde sportartsen	Huidig aantal sportartsen 2003	Tekort/ overschot
1	Groningen	4	6	2
2	Friesland	6	14	8
3	Drenthe	4	7	3
4	Zwolle	4	6	2
5	Twente	5	2	-3
6	Stedendriehoek	4	2	-2
7	Arnhem	7	8	1
8	Nijmegen	4	3	-1
9	Utrecht	8	18	10
10	Flevoland	2	3	1
11	Het Gooi	2	2	0
12	Alkmaar	5	10	5
13	Kennemerland	3	4	1
14	Amsterdam	7	9	2
15	Leiden	4	4	0
16	Den Haag	4	8	4
17	Delft en Westland	3	1	-2
18	Midden Holland	2	1	-1
19	Rijnmond	6	4	-2
20	Dordrecht	2	2	0
21	Zeeland	2	1	-1
22	Breda	4	3	-1
23	Tilburg	3	1	-2
24	Den Bosch	6	2	-4
25	Eindhoven	6	7	1
26	Noord-Limburg	4	5	1
27	Zuid-Limburg	3	3	0
Totaal		114	136	22

Over heel Nederland genomen blijken er voldoende sportartsen aanwezig te zijn. De regio's Utrecht, Friesland en Alkmaar laten een 'overschot' aan sportartsen zien terwijl er bijvoorbeeld in Den Bosch en Twente een 'tekort' aan sportartsen is. Verbetering kan gezocht worden in de verdeling van sportartsen over de regio's en binnen regio's. Het is nu vaak zo dat er meerdere sportartsen praktijk houden op één locatie. Een betere verdeling van sportartsen over een regio zou de bereikbaarheid ten goede komen.





## 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 6.1 Samenvatting en conclusies

Het doel van dit rapport is het geven van inzicht in spreiding en bereikbaarheid van sportzorgaanbod, de spreiding en grootte van behoefte, vraag en aanbod en de afstemming tussen vraag en aanbod. In dit rapport staat de regionale invalshoek centraal. Het rapport is een eerste verkenning naar regionale patronen. Met opzet gebruiken we de term ‘verkenning’ omdat veel harde gegevens, met name over vraag naar en gebruik van sportzorg, niet voorhanden zijn. Op een aantal punten zijn schattingen gedaan om toch een regionaal beeld te schetsen.

Het huidige aanbod van gespecialiseerde sportzorgvoorzieningen is geografisch niet goed afgestemd op de verwachte zorgvraag. Hierdoor moeten soms lange afstanden worden overbrugd om bij een sportzorgaanbieder te komen en moet een sportzorgaanbieder met veel potentiële cliënten ‘gedeeld’ worden.

Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in de omvang van de sportende en bewegende populatie, en in de mate waarin men sport en beweegt. Hierdoor zullen zich regionale verschillen in het aantal blessures voordoen. Onze schatting is dat in de regio's Tilburg, Zeeland, Den Bosch, Twente en Delft en Westland relatief veel blessures voorkomen in verhouding tot het aantal sportzorgaanbieders, in de regio's Utrecht, Friesland en Den Haag is dat aantal veel lager.

Betere bereikbaarheid en beschikbaarheid kunnen behaald worden door meer aandacht te schenken aan vraaggestuurde zorg. Sportzorgaanbieders dienen zich bewust te zijn waar de vraag zich voordoet en hoe groot die vraag is.

#### *Spreiding en grootte van de verwachte zorgbehoefte*

*De verwachte vraag naar sportzorg verschilt aanzienlijk per regio. We verwachten in de regio Utrecht de meeste blessures, in de regio Het Gooi de minste. Het risico op een blessure is het grootst in Den Bosch, het kleinst in Den Haag.*

De regionale verschillen in het verwacht aantal blessures worden verklaard door regionale verschillen in sportparticipatie. Het participatiepatroon van de 15 in dit onderzoek meegenomen sporten laat grote regionale verschillen zien. Ook het aantal uur dat per gemeente aan sport wordt besteed verschilt daardoor. Uit de berekeningen blijkt dat het verwacht (absoluut) aantal blessures dat zich voordoet het hoogst is in de regio's Utrecht, Amsterdam, Rijnmond en Arnhem, en het laagst in de regio's Het Gooi, Midden Holland en Delft en Westland.

De regio's waar het risico op het krijgen van een blessure het hoogst is zijn Den Bosch, Delft en Westland en Zwolle (1,48 – 1,53 blessures per 1.000 uur sport). De regio's Den Haag, Amsterdam en Rijnmond hebben een lage kans op een blessure (0,91 – 0,95 blessures per 1.000 uur sport). Opmerkelijk is dat voetbal een belangrijke bijdrage heeft aan de blessureproblematiek. Dit is onder meer te zien aan de overeenkomst tussen het patroon van de incidentiedichtheid van blessures en de voetbalparticipatie.

### ***Spreiding en grootte van de verwachte zorgvraag***

*De potentiële zorgvraag naar sportzorgvoorzieningen verschilt per regio. De regio Utrecht kan absoluut gezien veel zorggebruik verwachten, de regio Midden Holland weinig.*

Het geschat aantal medische behandelingen loopt uiteen van ongeveer 14.500 in de regio Midden Holland, tot meer dan 66.400 in de regio Utrecht. Het aantal opnamen per jaar op de spoedeisende hulp loopt uiteen van 3.700 in het Gooi tot 16.000 in de regio Utrecht. De regio Den Bosch heeft het grootste risico op een medische behandeling (0,56 behandelingen per 1.000 uur sport), de regio Amsterdam de minste kans (0,32 behandelingen per 1.000 uur sport).

Door het ontbreken van gebruikscijfers van sportartsen en sportfysiotherapeuten is het niet mogelijk uitspraken te doen over het werkelijk gebruik en over de productiecapaciteit van de aanbieders. Een schatting van het aantal benodigde sportartsen laat zien dat er in principe voldoende sportartsen zijn, maar dat gewerkt moet worden aan een betere verdeling over Nederland.

### ***Spreiding en bereikbaarheid van het aanbod***

*Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in spreiding en bereikbaarheid van sportzorgaanbieders. Met name de noordelijke en zuidelijke regio's komen wat spreiding betreft minder goed uit de bus dan de Randstedelijke regio's.*

De spreiding van de sportzorgvoorzieningen is niet optimaal. In delen van Oost-Nederland, Zeeland en Flevoland moet vaak meer dan een half uur met de auto worden afgelegd om bij de sportarts te komen. Voor de sportfysiotherapeuten zijn het vooral de noordelijke provincies en Zeeland waar de bereikbaarheid slecht is.

Ook blijken er naast bereikbaarheid verschillen te bestaan tussen regio's in het aantal inwoners per sportzorgaanbieder. Voor de sportarts varieert dit aantal van 2,4 tot 22,5 sportartsen per één miljoen inwoners. Vooral de regio's Tilburg, Zeeland, Rijnmond, Den Bosch en Twente hebben weinig aanbieders ten opzicht van het aantal inwoners. Voor de sportfysiotherapie zijn het vooral de regio's Groningen, Zeeland, Nijmegen en Limburg waar weinig aanbieders zijn ten opzichte van het aantal inwoners. Het aantal sportfysiotherapeuten per één miljoen inwoners loopt uiteen van 8 tot 56.

In een aantal regio's is geen FysioSportcentrum te vinden. Het aantal centra per één miljoen inwoners loopt uiteen van 1,4 tot 11,7.

### ***Afstemming van het aanbod op de vraag***

*Het aantal verwachte blessures per sportzorgaanbieder laat verschillen tot een factor 8 zien tussen de WZV-regio's. In de regio's Tilburg, Den Bosch, Delft en Westland en Twente verwachten we relatief veel blessures ten opzichte van het aantal sportartsen, in de regio's Friesland en Den Haag de minste. Voor de sportfysiotherapeuten zijn het vooral de regio's Noord-Limburg, Zeeland, Tilburg en Eindhoven met veel verwachte blessures per aanbieder, en de regio's Gooi en Utrecht met de minste.*

We verwachten dat in die gebieden waar relatief veel blessures voorkomen in relatie tot het aantal sportzorgaanbieders de wachttijden toenemen. Ook de druk op andere (reguliere) zorgaanbieders, zoals huisartsen of specialisten, kan daardoor toenemen.

Een vergelijking van het aantal benodigde sportartsen met het huidige aantal sportartsen laat zien dat een andere verdeling van aanbieders over de regio's een deel van

dit probleem kan oplossen. Voor een toename van de bereikbaarheid moet ook binnen een regio gestreefd worden naar een betere spreiding.

## 6.2 Aanbevelingen

### *Werken aan vraaggerichte sportzorg*

Uit deze studie blijkt dat er grote verschillen tussen regio's zijn in verwachte zorgvraag. Omdat de aanbieders van sportzorg een belangrijke bijdrage kunnen hebben aan de blessureproblematiek, verwachten we dat hun bereikbaarheid en beschikbaarheid zodanig is dat zij aan de vraag kunnen voldoen. De resultaten laten echter zien dat het regionale aanbod, vooral op het punt van bereikbaarheid, niet aan de verwachte vraag kan voldoen. In een periode waar vraaggerichte zorg hoog op de agenda staat is het juist van belang te weten waar je 'klanten' zich bevinden. Vooral in het kader van de breedtesport, met als doel zo veel mogelijk mensen aan het bewegen te krijgen en te houden, is een goede behandeling van blessures van groot belang, en neemt het belang van een goed sportzorgnetwerk toe. Door een betere spreiding, op basis van verwachte vraag, kan gewerkt worden aan een betere toegankelijkheid van sportzorg.

### *Betere beschikbaarheid van aanbod- en productiegegevens sportzorgaanbieders*

De nota Sport, Bewegen en Gezondheid (VWS, 2001) noemt bereikbaarheid, transparantie, kwaliteit en samenwerking de belangrijkste speerpunten voor de sportzorg. Voor alle aanbieders geldt dat er niet of nauwelijks productiegegevens beschikbaar zijn. Deze gegevens zijn mede van belang om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de sportzorgaanbieders en om de transparantie van deze beroepsgroepen te vergroten. Dit zal ook bijdragen aan een betere herkenbaarheid van deze aanbieders.

In dit rapport vormen bereikbaarheid en beschikbaarheid een belangrijk thema, en dus zijn locatiegegevens een belangrijke gegevensbron geweest. Voor wat betreft de SMA's, SGA's, sportfysiotherapeuten en FysioSportcentra zijn locatiegegevens voorhanden. Van de sportverzorger of sportmasseurs is echter niet bekend wie het zijn en waar zij zitten. Toch vormt dit een grote groep van sportzorgaanbieders die in de directe omgeving van de sporter hun beroep uitoefenen en zij zijn ook vaak de eerste die acute hulp verlenen bij blessures. Aanbevolen wordt een overzicht van deze aanbieders te verkrijgen.

### *Zet in op blessureregistratie*

In de bestaande onderzoeken worden vanuit een relatief kleine onderzoekspopulatie uitspraken gedaan over de hele Nederlandse populatie. Gevolg is dat er tussen de uitkomsten van de verschillende onderzoeken grote verschillen te zien zijn in bijvoorbeeld aantal geblesseerden en het risico op blessures. Een breder onderzoek hiernaar is dan ook gewenst.

In dit rapport doen we op basis van een aantal kenmerken van de sporter/beweger een regionale schatting van het aantal blessures en het risico op een blessure. Het blijft echter een schatting. Ook hebben we aangenomen dat de soort sport en de

intensiteit bepalend zijn voor de kans op een blessure. En hoewel dit aannemelijk lijkt weten we dat pas echt als we een werkelijke blessureregistratie vergelijken met het in dit rapport geschatte aantal blessures. En er zijn misschien meer factoren, zoals inkomen of religie, die een rol kunnen spelen bij het krijgen van een blessure waar we in ons onderzoek géén rekening mee hebben gehouden.

In dit rapport maakten we gebruik van blessurekansen per sport, maar wel op landelijk niveau. Het is onbekend of blessurekansen ook per regio verschillen. Een landelijke blessureregistratie met deze informatie kan ook hierin meer inzicht geven.

In de nota Sport, Bewegen en Gezondheid wordt nadrukkelijk aandacht gegeven aan blessurebeleid. In de nota wordt het belang van verschillende maatregelen aangegeven zoals een risico-inventarisatie, preventieve maatregelen en een registratiesysteem voor de eigen tak van sport. Momenteel wordt door TNO Preventie en Gezondheid onderzoek verricht naar de mogelijkheden voor blessureregistratie bij verenigingen.

### ***Beter overzicht van de sportparticipatie in Nederland***

Tijdens het onderzoek is er veel tijd gestoken in het verkrijgen van gegevens over sportparticipatie: waar wordt welke sport beoefend en in welke mate. Dit naar onze mening één van de belangrijkste factoren die bepalend is voor het vóórkomen van blessures. De informatie die ter beschikking is, bijvoorbeeld via ledenadministratie van bonden, is vaak niet toereikend. De registraties zijn vaak niet centraal beschikbaar en verschillen onderling sterk zodat het moeilijk is voor alle sporten een eenduidig beeld te verkrijgen. Daarnaast is het wenselijk om niet alleen de georganiseerde sporters in beeld te krijgen, maar ook de ongeorganiseerde sporters en bewegers (denk daarbij aan mensen die skeeleren, recreatief fietsen of wandelen). Een (commercieel) bestand als die wij in ons onderzoek gebruikt hebben kan hier een rol vervullen, vooral omdat het een enorme populatie kan bereiken (1,1 miljoen huishoudens). Voorwaarde zal dan wel moeten zijn dat de vraagstelling aangepast wordt zodat we ook weten hoeveel mensen binnen een huishouden een bepaalde sport beoefenen.

Het verkrijgen van deze gegevens dient meerdere doelen. Als bekend is waar men sport of beweegt, is ook bekend waar men niet actief is. Dit kan bijdragen aan een betere inzet van preventieve maatregelen gericht op zowel het voorkomen van negatieve effecten van sporten en bewegen als het 'in beweging krijgen' van de inactieve populatie.

Tevens zijn sportparticipatiegegevens van belang voor de vraaggerichte zorgaanbieder. Daar waar veel gesport wordt bevinden zich potentiële klanten.

### ***Nader onderzoek naar verschillen in inactiviteit tussen regio's***

In dit onderzoek is niet dieper ingegaan op regionale verschillen van inactiviteit en de taken die de sportzorg daarin kan vervullen. Het is, ook in het kader van de breedtesportstimulering, van belang te weten waar de inactiviteit het grootst is. Juist in die gebieden is de inzet van preventie door sporten en bewegen van groot belang.

De vraag is of dit op het niveau van een gemeente moet worden uitgevoerd, of dat beter naar een nog kleinere eenheid, bijvoorbeeld een wijk of een bepaalde doelgroep zoals jongeren, moet worden gekeken. Rapporten als 'Gezondheid in de grote steden' (Van der Lucht & Verkleij, 2001) en 'Tijd voor gezond gedrag' (Jansen et al., 2002) laten

zien dat bij bepaalde groepen nog veel gezondheidswinst, mede door bevorderen van een actieve leefstijl, te behalen is.

### ***Registratie van sportblessures bij huisartsen***

In huidige huisartsenregistraties (bijvoorbeeld LINH en de tweede Nationale Studie, beiden van het NIVEL) wordt niet consequent bijgehouden of een blessure te wijten is aan een sportblessure, of aan een ander soort ongeval. Om een idee te krijgen hoeveel van de sportblessures bij de huisarts terechtkomt zou het goed zijn als geregistreerd zou worden of de cliënt letsel heeft opgelopen door een sport, en zo ja, bij welke sport.



## LITERATUUR

- Centraal Bureau voor de Statistiek. Sport in Nederland 1998. Heerlen: CBS, 1998.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen). Spreiding Ziekenhuiszorg. Utrecht: CBZ, 2002.
- Goedhart EA Strategisch Plan Sportgezondheidszorg. VSG/NVFS/NGS/FSMA/NOC\*NSF, 1999.
- Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M (red.). Trendrapport Bewegen en Gezondheid 1998/1999. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg en RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Openhartig*. Rijswijk: IGZ, 1997.
- Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag, bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Joseph AE, Phillips DR. Accessibility & utilization; geographical perspectives on health care delivery. New York: Harper and Row, 1984.
- Kalisvaart B. Geografie en Zorg, een onderzoek naar ruimtelijke methoden en technieken om de bereikbaarheid van gezondheidszorg te presenteren. Bilthoven: RIVM, 1998 (Afstudeer-opdracht Universiteit Utrecht/RIVM, 1998).
- Lucht F van der, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Ooijendijk WTM, Stiggelbout M, Loo S de. Sportartsen in Nederland: verleden, heden en toekomst. Leiden: TNO-PG, 1997.
- Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Stiggelbout M (red.). Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2000/2001 TNO-PG. Heerhugowaard: Plantijn-Casparie, 2002.
- Post D, Stokx LJ (Eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning deel IV, Zorgbehoefte en Zorggebruik. Maarssen: Elsevier/Tijdstroom, 1997.
- NOC\*NSF. Kengetallen sportbeoefening 1999 – op basis van de richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO). Arnhem: NOS\*NSF, december 2000.
- Reep-van den Bergh CCM, Hildebrandt VH. Trends in sportieve activiteit in Nederland. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk, WTM, Stiggelbout, M. Trendrapport bewegen en gezondheid. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.
- Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, De som der delen. Maarssen: Elsevier/Tijdstroom, 1997.
- Oers JAM, Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies onderzoek Sportgezondheidszorg – Sport en Bewegen. Den Haag, 2001.
- Schmikli SL, Backx FJG, Bol E. Sportblessures nader uitgediept. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- Schmikli SL, De 97/98 survey van sportblessures. In: Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Stiggelbout M (red.) Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2000/2001 TNO-PG. Heerhugowaard: Plantijn-Casparie, 2002.
- Schoots W. Sportblessures op de Spoedeisende Hulpafdeling 1997-1999. In: Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Stiggelbout M (red.) Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2000/2001 TNO-PG. Heerhugowaard: Plantijn-Casparie, 2002.
- Stam, PJA et al.: Sportief bewegen en gezondheidsaspecten : een verkennende studie naar kosten en baten. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek der Vrije Universiteit Amsterdam, 1996.
- Verheij RA, Boven PF van, Kosterman F. OKZ binnen bereik? De toegankelijkheid van ouderen kindzorg in geografisch perspectief. Houten : Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> versie 2.4, 18 september 2003.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota Sport, Bewegen en Gezondheid. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.





## AFKORTINGEN EN GEGEVENSBESTANDEN

### *Gebruikte afkortingen*

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AVO	Aanvullende Voorzieningengebruik Onderzoek
EHBSO	Eerste Hulp bij SportOngevallen
GBW	GezondheidsBevordering op de Werkplak
GCE	Grote Consumenten Enquête
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst
KNVB	Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond
IOS	Interprovinciale Organisatie Sport
LINH	Landelijk InformatieNetwerk Huisartsen
LIS	Letsel Informatiesysteem
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Magnetische Resonantie Imaging)
Nebas/NSG	Nederlandse Bond voor aangepaste sporten/ Nederlandse sportbond voor mensen met een verstandelijke handicap
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVFS	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Sportgezondheidszorg
OiN	Ongevallen in Nederland
POLS	Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEH	Spoedeisende Hulp
SGA	Sportgeneeskundige Afdeling in een ziekenhuis
SKB	Sportkeuringsbureaus
SMA	Sport Medisch Adviescentrum
TNO-PG	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek, onderdeel Preventie en Gezondheid
UMC	Universitair Medische Centrum
VFN	Vereniging van FysioSportcentra in Nederland
VSG	Vereniging van Sportgeneeskunde
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WZV	Wet op de Ziekenhuisvoorzieningen

### *Gegevensbestanden die ten grondslag aan de berekeningen liggen*

AVO	Aanvullende Voorzieningengebruik Onderzoek (Sociaal Cultureel Planbureau)
GCE	Grote Consumenten Enquête (Wegener Direct Marketing)
LIS	Letsel Informatie Systeem (Consument en Veiligheid)
OiN	Ongevallen in Nederland. Nu OBiN: Ongevallen en Bewegen in Nederland (Consument en Veiligheid, secretariaat; VWS, directies Gezondheidsbeleid en Sport, opdrachtgever; Arbeid en TNO PG, vooral: bewegingsdeel; Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), vooral: letseldeel; Rijksuniversiteit Utrecht, vooral: sport en blessures.
POLS	Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (CBS)



## DEFINITIES

Sportzorg	De zorg die specifiek gericht is op het behoud, herstel en bevordering van de gezondheid van de sportende of bewegende mens
Breedtesport	Sportactiviteiten, zowel georganiseerd als ongeorganiseerd, die op lokaal niveau plaatsvinden en die niet beroepsmatig of op topsportniveau worden beoefend.
Bewegen en Sporten	Onder beweging worden alle vormen verstaan die een zekere lichamelijke activiteit veronderstellen. Denk daarbij aan activiteiten als tuinieren, klussen, stofzuigen, traplopen en fietsen. Het gaat hier om activiteiten die we als matig intensief kunnen bestempelen. Onder sporten verstaan we een intensieve vorm van beweging.
Incidentiedichtheid	Het aantal blessures per 1.000 uur sport
Zorgaanbod	Beschikbare middelen om zorg te verlenen (beschikbare budgetten, aantal ziekenhuisbedden, aantal specialisten). Een belangrijk kenmerk van het aanbod is de locatie (het adres) waar de zorg wordt geleverd.
Zorggebruik	Het daadwerkelijk gebruik van zorg, een resultante van de interactie tussen vraag en aanbod.
Zorgbehoefte	<ol style="list-style-type: none"><li>Een objectieve (of geobjectiveerde) behoefte aan zorg volgens maatstaven van deskundigen.</li><li>Subjectieve behoefte aan zorg volgens de betrokkenen (patiënten, cliënten, consumenten).</li></ol> Dit rapport hanteert de term op deze wijze: iemand met een blessure heeft in principe, in meer of mindere mate, behoefte aan zorg.
Zorgvraag	De geëxpliciteerde (uitgesproken) zorgbehoefte door de betrokkenen (patiënten, cliënten, consumenten).

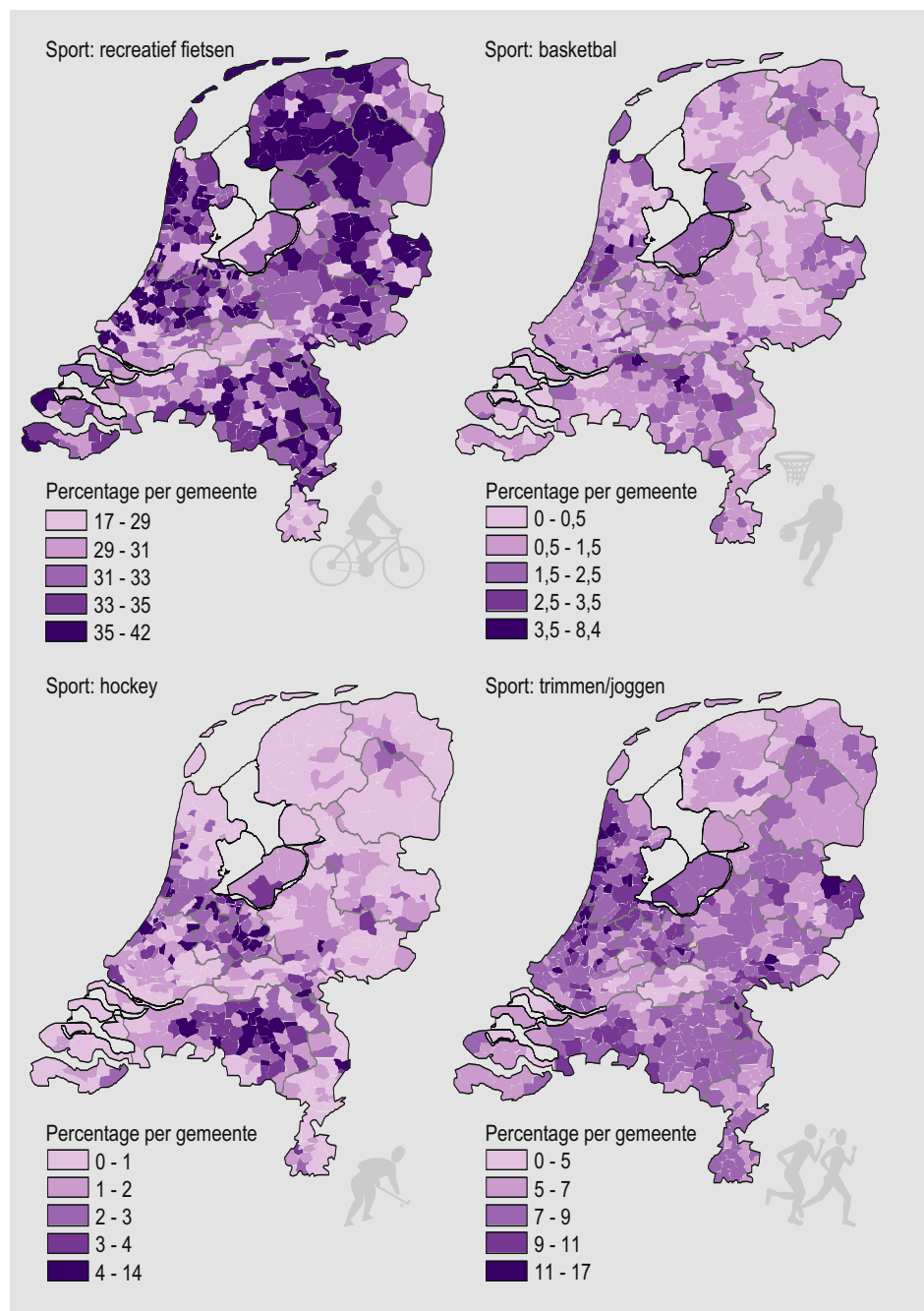


## Bijlage 1 Sportparticipatie

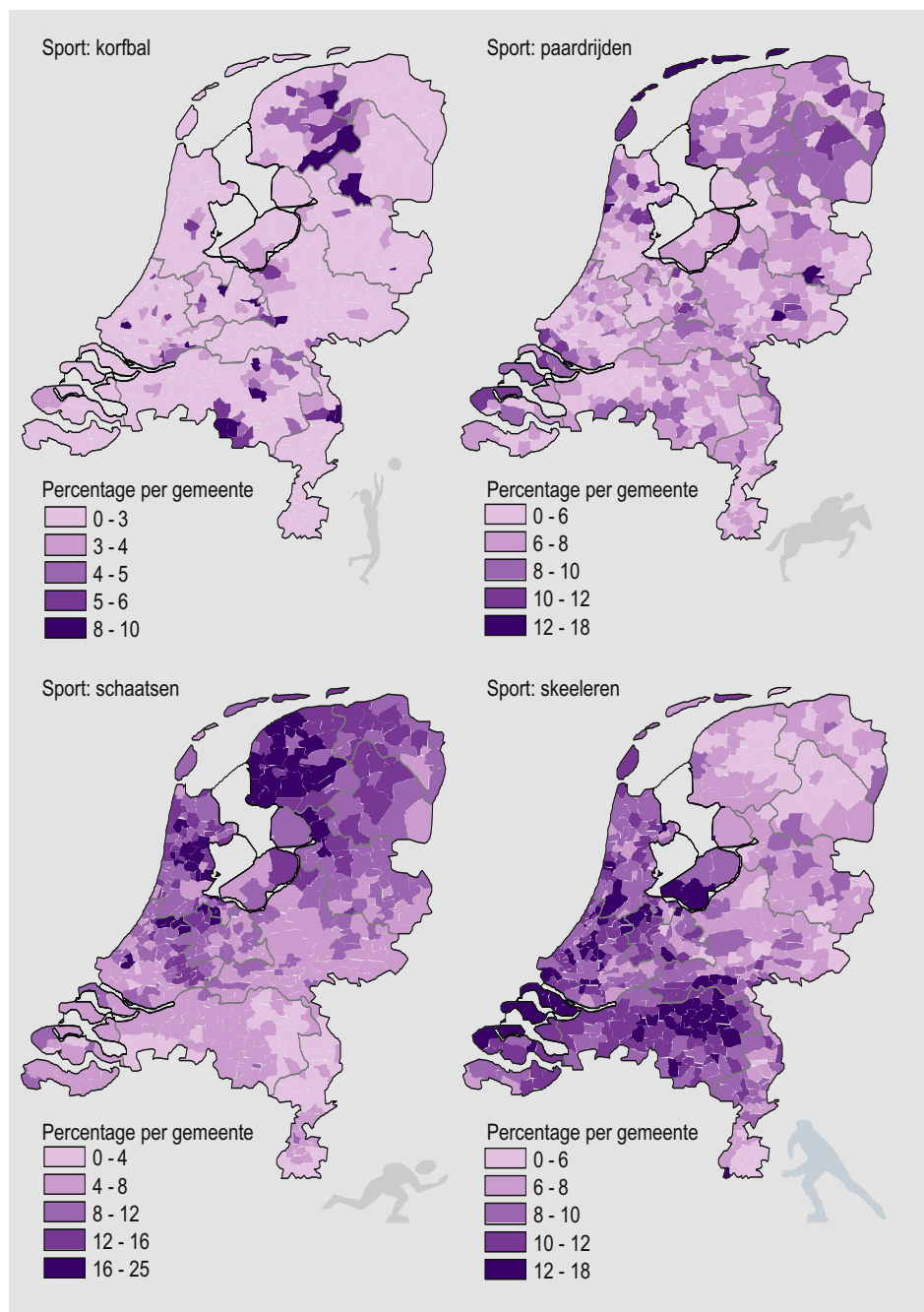
In deze bijlage wordt voor 15 sporten de spreiding van de deelname weergegeven. Deze gegevens komen uit de Grote Consumenten Enquête van Wegener (zie *bijlage 2*). De kaarten geven het percentage van de huishoudens per gemeente weer dat een bepaalde sport beoefent.

Let op: de percentages die in de legenda worden weergegeven verschillen per kaart.

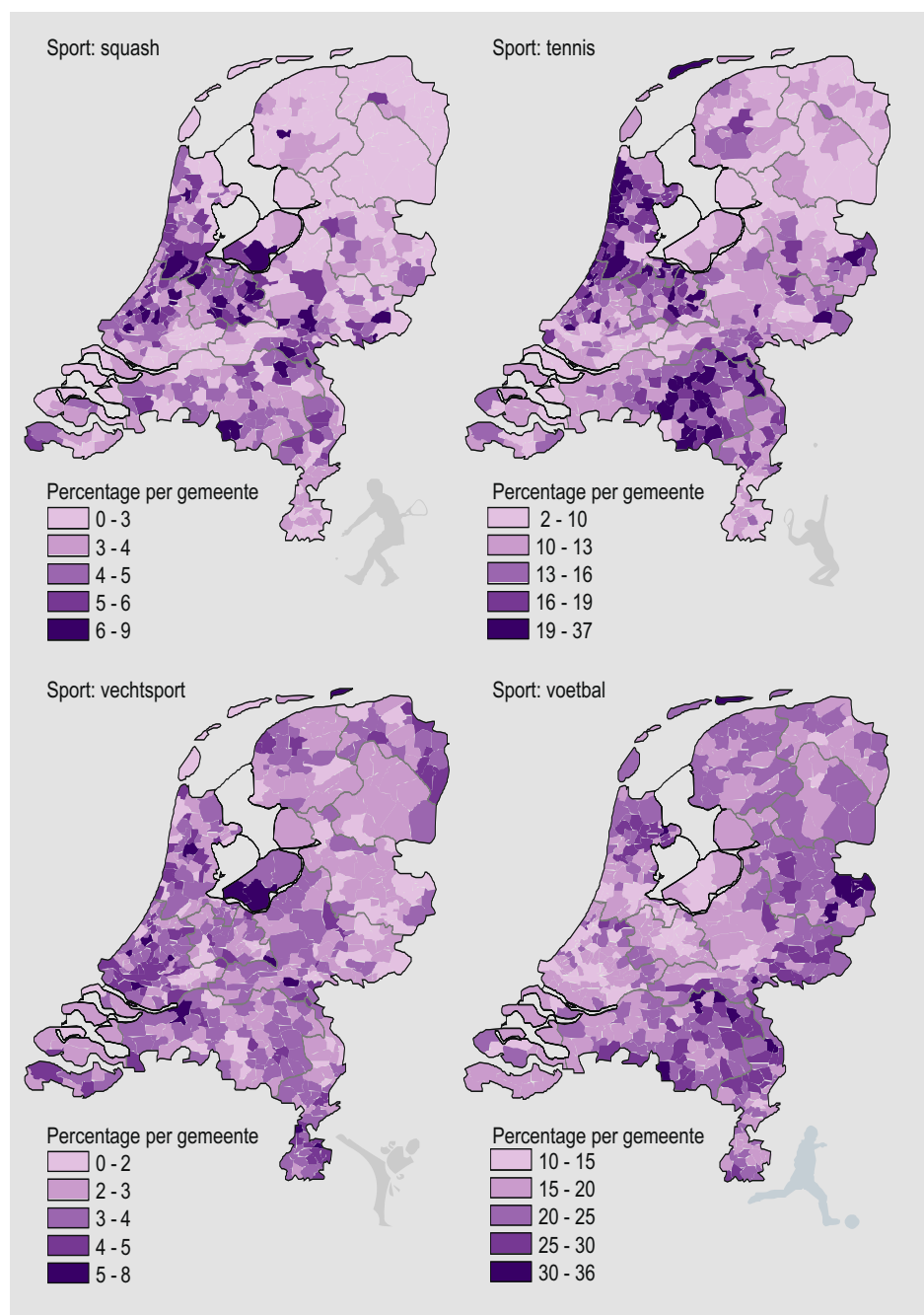
Bron: Wegener Direct Marketing; gegevens bewerkt door het RIVM.



*Figuur bijlage 1-a: Percentage sportbeoefenaren per gemeente: recreatief fietsen, basketbal, hockey en trimmen/joggen (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)*

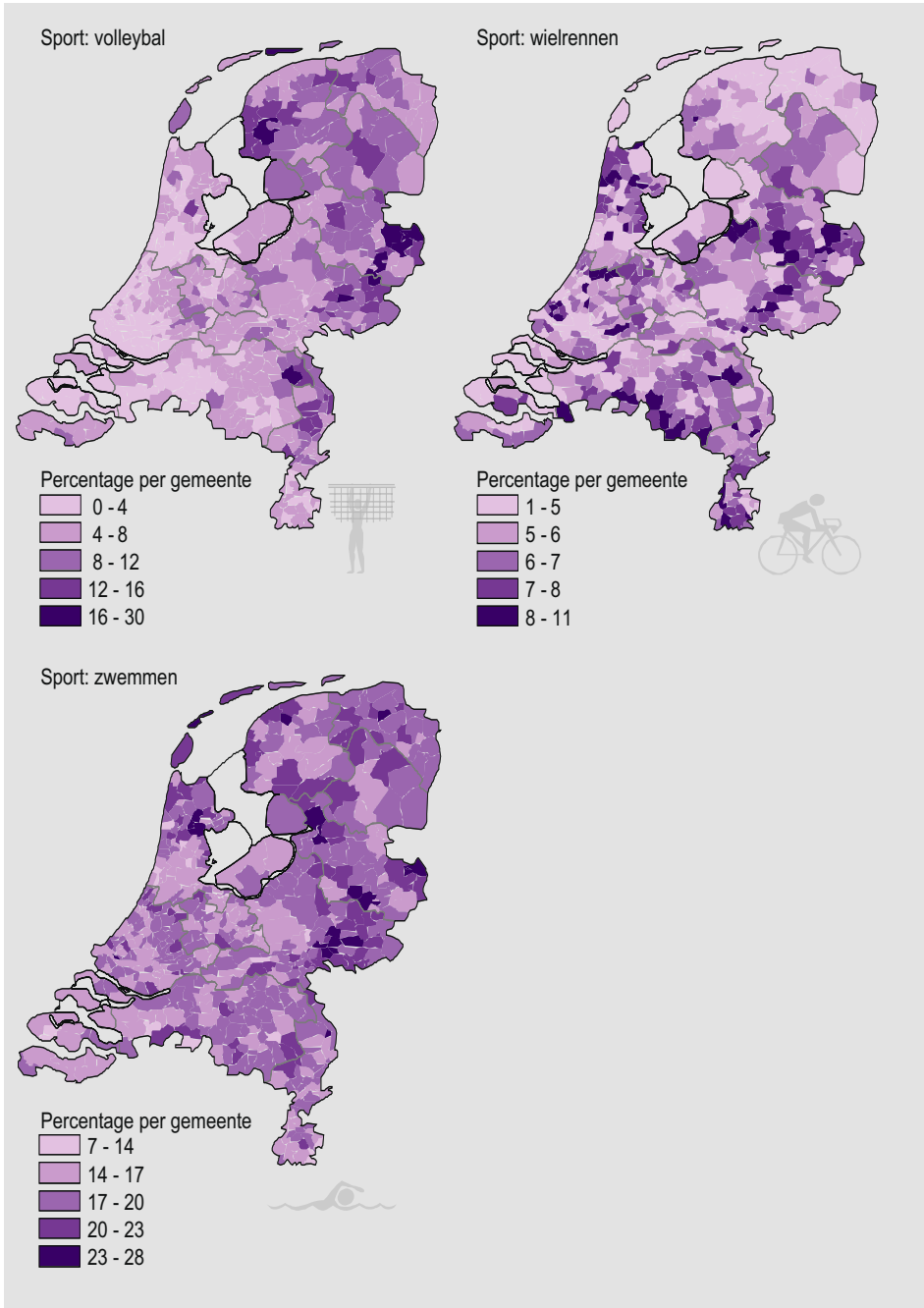


*Figuur bijlage 1-b: Percentage sportbeoefenaren per gemeente: korfbal, paardrijden, schaatsen en skeeleren (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)*



*Figuur bijlage 1-c: Percentage sportbeoefenaren per gemeente: squash, tennis, vechtsport en voetbal (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)*





Figuur bijlage 1-d: Percentage sportbeoefenaren per gemeente: volleybal, wielrennen en zwemmen (Bron: Wegener Direct Marketing, 2001)

## Bijlage 2 Grote Consumenten Enquête

De lifestyle database is ontstaan uit de respons op een vragenlijst, ook wel de Grote Consumenten Enquête (GCE) genoemd, die sinds 1994 jaarlijks door Wegener Direct Marketing wordt verspreid. Wegener verzamelt in deze lifestyle database op huishoudniveau informatie over onder andere vakanties, vrije tijd, hobby, gebruik van bepaalde producten, mediagedrag, etc. De enquête bevat een respons van ongeveer 1,1 miljoen unieke huishoudens. Voor de datalevering aan het RIVM is gebruik gemaakt van de lifestyle database met daarin de respons op de GCE-edities 1995 t/m 2000. Daarin werd onder andere de vraag gesteld welke vorm(en) van sport en beweging door iemand in het huishouden actief werd(en) beoefend. Er kan een keuze gemaakt worden uit een groot aantal vormen van sport en beweging.

## Bijlage 3    Aanbieders Sportzorg

### ***Sportmedisch Adviescentrum (SMA)***

Een SMA is een instelling waar iedereen terecht kan voor een consult bij klachten van blessures en van andere aandoeningen die hinderen bij sporten en bewegen. Ook is een consult mogelijk bij vragen over meer fysiologisch gerichte onderwerpen zoals voeding en prestatieverbetering, een sportkeuring en (periodiek) preventief sportmedisch onderzoek met advies over optimale sportbeoefening en begeleiding (individueel, vereniging, evenement). Daarnaast kan een SMA ook voorlichting geven, zowel persoonlijk als groepsgewijs.

Bij een SMA is een geregistreerde sportarts werkzaam. Veelvuldig wordt samengewerkt met sportfysiotherapeuten, (inspannings-)fysiologen, medisch specialisten en diëtisten. Een steeds groter aantal SMA's werkt intensief samen met het ziekenhuis uit de betreffende regio.

Wanneer de sporter door de huisarts naar een SMA wordt verwezen vergoeden veel zorgverzekeraars de kosten van het consult uit hun aanvullend pakket. Enkele verzekeraars vergoeden ook de kosten van sportmedische onderzoeken.

### ***Sportgeneeskundige Afdeling in een ziekenhuis (SGA)***

Een sportgeneeskundige afdeling binnen een ziekenhuis heeft -naast wat het SMA biedt- als extra voordeel dat diagnostiek en nadere analyse direct in een ziekenhuisorganisatie plaatsvindt. Alle medische disciplines met de daartoe geëigende voorzieningen (MRI, röntgen, laboratorium, etc.) zijn voorhanden. Omgekeerd geldt natuurlijk hetzelfde: de aanwezigheid van sportgeneeskunde kan voordelig zijn voor de patiënten van andere specialisten. Vanuit 3 ziekenhuizen (Zwolle, Leidschendam en Geldrop) wordt inmiddels een volwaardig sportmedisch pakket aangeboden. In een aantal ziekenhuizen (Woerden, Groningen, Meppel, Roermond en Vlaardingenv) wordt een sportgeneeskundige afdeling ontwikkeld.

### ***FysioSport centrum***

Deze instellingen richten zich vooral op 'Plezierig en verantwoord bewegen'. Onder leiding van een FysioSport-consultant, een fysiotherapeut met een post-HBO opleiding, worden preventieve bewegingsprogramma's voor verschillende doelgroepen aangeboden. Deze programma's zijn niet primair gericht op een stoornis, handicap of beperking, maar zijn gericht op algemeen bewegen, waarbij rekening gehouden wordt met een eventuele stoornis, handicap of beperking. FysioSport geschiedt niet op verwijzing van een arts en komt voor rekening van de cliënt.

### ***Sportfysiotherapiepraktijken***

Fysiotherapie is een vorm van paramedische zorg die zich richt op het bewegend functioneren van de mens. Ruim 85% van de klachten die de fysiotherapeut behandelt, heeft betrekking op het bewegingsapparaat. Sportfysiotherapie richt zich op een speciale situatie. Een sporter dient niet alleen teruggebracht te worden naar het oorspronkelijke ADL niveau, maar deze wil (zo snel mogelijk) weer een wedstrijdbelasting kunnen ondergaan.

## Bijlage 4 Berekening blessurekansen

De gegevens uit de lifestyle database van Wegener Direct Marketing bestaan uit een gemeentenaam met voor vijftien sporten (zie *tabel 3.1*) voor elke gemeente het aantal huishoudens waarin die sport wordt beoefend.

Om het aantal huishoudens te vertalen naar het aantal personen hebben we het volgende gedaan.

We hebben een schatting gedaan van het risico van minstens één event per 1.000 uur sporten. Het event is gedefinieerd als een sportblessure. Uit het rapport 'Sportblessures nader uitgediept' (Schmickliet al., 1995 en Ooijendijk et al., 2002) weten we wat de incidentiedichtheid van elke sport is voor heel Nederland (zie *tabel 3.1*). Ook weten we wat het percentage één-, twee-, drie-, vier en vijf-en-meer-persoonshuishoudens per gemeente is ten opzichte van het totaal.

Om per gemeente het risico te berekenen is gebruik gemaakt van de volgende formule:

**Risico =**

$$\frac{(hh1 * (1 - (1 - p)) + hh2 * (1 - (1 - p)^2) + hh3 * (1 - (1 - p)^3) + hh4 * (1 - (1 - p)^4) + hh5 * (1 - (1 - p)^5))}{hhtot} * 1000$$

**p** = de kans op een event per 1 uur sporten,

**hhi** <sub>(i=1...5)</sub> = het aantal huishoudens dat sport bestaande uit 1,2,...5 leden

**hhtot** = het totaal aantal huishoudens in een gemeente

**Hhi** is als volgt berekend: de fractie van het aantal huishoudens met 1...5 (of meer) gezinsleden gedeeld door het totaal aantal volgens CBS, maal het aantal huishoudens uit de lifestyle database voor een bepaalde sport.

## Bijlage 5 Medewerking aan dit rapport

### *Wetenschappelijke review*

Dr. F. van der Lucht

Ir. A.H.P. Luijben

Dr. Ing. J.A.M. van Oers

Dr. J.J. Polder

Drs. A.A. van der Veen

Drs. S.L.N. Zwakhals

### *Statistische ondersteuning*

Dr. S.H. Heisterkamp

### *Projectondersteuning*

Mw. Drs. Ing. H. Giesbers

### *Vormgeving en Layout*

Mw. M.J. Kramer, Studio RIVM

## Bijlage 6 Samenstelling eenmalige beleidsadviesgroep

Op 15 september 2003 is er een eenmalige bijeenkomst geweest van een beleidsadviesgroep, bestaande uit de volgende personen

*Namens Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Sport aanwezig:*

R. Boer

J.P.M. Hogenbirk

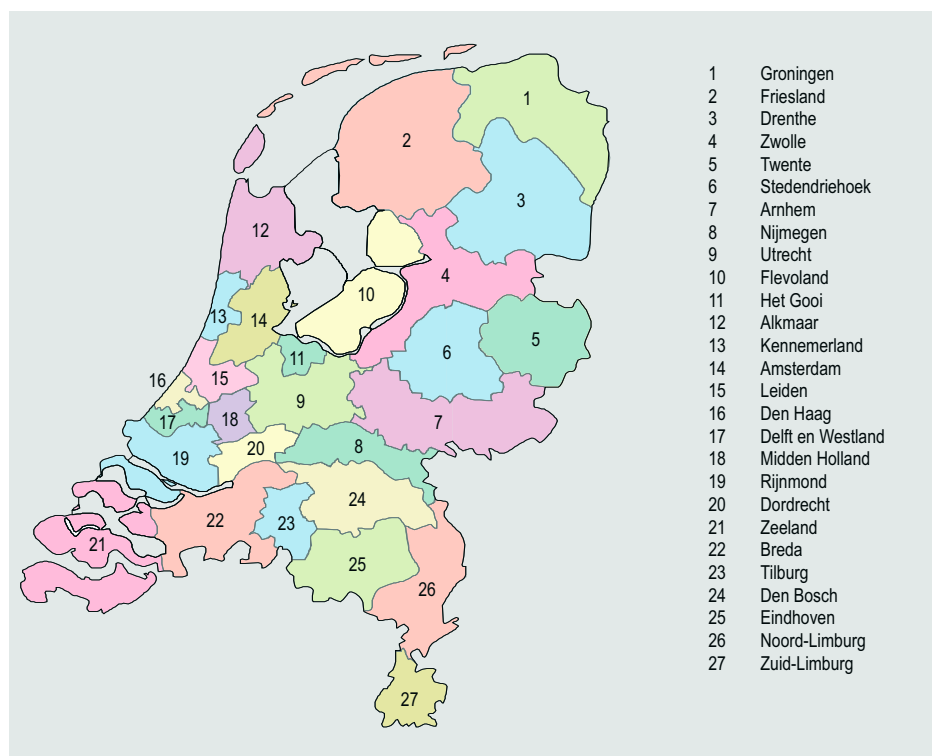
M. Koornneef

*Namens het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen aanwezig:*

P.F. van Boven

H. Verkleij

## Bijlage 7 Indeling WZV-regio's



Figuur bijlage 7-a: Overzicht van de WZV-regio's 2003

### De WZV-regio's

Volgens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is Nederland verdeeld in 27 zogenaamde gezondheidsregio's. In de WZV is de planning van ziekenhuisvoorzieningen als volgt geregeld:

De minister geeft aan provinciale staten van een of meer provincies aanwijzingen voor het ontwerpen van plannen voor ziekenhuisvoorzieningen. Gedeputeerde staten en provinciale staten stellen vervolgens een plan op, waarin wordt aangegeven welke aanvullingen of veranderingen in het reeds aanwezige bestel naar hun oordeel nodig zijn om op een doelmatige wijze in die behoefte te voorzien. Zonodig vindt overleg met andere provincies plaats. Dit plan wordt dan, omkleed met zienswijzen en inzichten, voorgelegd aan de minister en het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, vergezeld van de naar voren gebrachte zienswijzen en de inzichten uit de vergadering van provinciale staten hieromtrent. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen brengt ten slotte advies uit aan de minister. De minister stelt het plan vast. Waar het gaat om academische ziekenhuizen en militaire ziekenhuizen vindt afstemming plaats met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en dat van Defensie.

(Bron: Giesbers H (red.). WZV-regio's 2003. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Diversen\Gebiedsindelingen en topografie\Gebiedsindelingen, 1 september 2003)







