

# **Fit for Life: (on)bereikbaar doel?**

Quick scan Sport, Bewegen en Ouderen, 2009

in opdracht van VSBfonds en Arko Sports Media

**Redactie:**  
**Caroline van Lindert**

**Met medewerking van:**  
**Gert Jan Wijnhuizen, Marijke Hopman-Rock en Astrid Chorus**  
**(TNO Kwaliteit van Leven);**

**Remko van den Dool, Koen Breedveld en Madeleine Frelief**  
**(W.J.H. Mulier Instituut)**

© *W.J.H. Mulier Instituut / TNO Kwaliteit van Leven*  
*'s-Hertogenbosch / Leiden, juni 2009*

*W.J.H. Mulier Instituut  
Centrum voor sociaal-wetenschappelijk sportonderzoek  
Postbus 188  
5201 AD 's-Hertogenbosch  
t 073-6126401  
e [info@mulierinstituut.nl](mailto:info@mulierinstituut.nl)  
i [www.mulierinstituut.nl](http://www.mulierinstituut.nl)*

*TNO Kwaliteit van Leven  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden  
e [info@tno.nl](mailto:info@tno.nl)  
i [www.tno.nl](http://www.tno.nl)*

wjh mulier institute



## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Aanleiding en achtergrond	5
<b>2.</b>	<b>Dé oudere bestaat niet</b>	<b>7</b>
2.1	Inleiding	7
2.2	Omvang doelgroep en achtergrondvariabelen	7
2.2.1	Omvang	7
2.2.2	Achtergrondvariabelen	8
2.3	Tijdsbesteding (arbeid en vrijetijd)	12
2.4	Maatschappelijke participatie (vrijwilligerswerk, recreatie en sport)	14
2.5	Transities en leefstijl	14
2.6	Conclusie: ouderen van nu en de toekomst .....	15
<b>3.</b>	<b>Ouderen en hun beweegdeelname</b>	<b>17</b>
3.1	Beschrijving beweegnormen en trends daarin	17
3.1.1	Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)	18
3.1.2	De fitnorm	19
3.1.3	De combinorm	21
3.1.4	Inactief	21
3.1.5	Beweegnormen naar geslacht, opleiding en inkomen	22
3.1.6	Kracht	23
3.2	Beweegdeelname ouderen: welke groepen wel/niet	23
3.3	Aard, frequentie en intensiteit van beweegactiviteiten	26
3.4	Bewegen en vallen	26
3.5	Stimulansen en belemmeringen ten aanzien van bewegen	28
3.6	Beweeginterventies voor ouderen	30
3.7	Conclusies	33
<b>4.</b>	<b>Ouderen en hun sportdeelname</b>	<b>35</b>
4.1	Sportdeelname	35
4.2	Frequentie van sportbeoefening	40
4.3	Beoefening van diverse takken van sport	40
4.4	Lidmaatschap van verenigingen	42
4.5	Deelname aan trainingen en competities	43
4.6	Ouderen in de sportvereniging	43
4.7	Ouderen in fitnesscentra en zwembaden	46
4.8	Sportbeoefening in combinatie met beweegactiviteiten	46
4.9	Sport en bewegen tijdens dagrecreatie van ouderen	47
4.10	Sport kijken en wedstrijden bezoeken	48
4.11	Conclusie	49
<b>5.</b>	<b>Stimulansen en belemmeringen ten aanzien van sport</b>	<b>51</b>
5.1	Motieven om te sporten	51
5.2	Belang sociale contacten	52

5.3	Betrokkenheid bij sport	52
5.4	Mening over het aanbod	54
5.5	Visie op sport en sportaanbod	54
5.6	Niet sporten	56
5.7	Bevindingen uit de literatuur	59
5.7.1	Betrokkenheid bij sport en sportprofielen	59
5.7.2	Levensfase van invloed op sportgedrag	59
5.7.3	Sportattitudes, motieven en sportloopbanen	60
5.7.4	Motieven (beginnende) oudere sporters	61
5.7.5	Belemmeringen en redenen om niet te sporten	62
5.7.6	Wensen van ouderen ten aanzien van sport en bewegen	64
5.8	Conclusie	66
<b>6.</b>	<b>Fit for Life: maatwerk en kansen benutten</b>	<b>67</b>
6.1	Conclusies	67
6.2	Kansen en aandachtspunten	68
6.3	Suggesties voor vervolg	70
	<b>Referenties</b>	<b>72</b>
	<b>Bijlagen</b>	
	Bijlage 1 Overzicht beweeginterventies	76

# 1. Inleiding

- Caroline van Lindert, Mulier Instituut -

## 1.1 Aanleiding en achtergrond

Het thema 'sport en ouderen' staat al enige tijd hoog op de agenda bij onder andere beleidsmakers in de sport, overheid en onderzoekers. De indruk bestaat immers dat het met de sportdeelname en lichamelijke activiteit van ouderen minder goed gesteld is als men wel zou willen. Diverse onderzoeken laten weliswaar een stijgende trend zien, maar nog altijd sporten en bewegen ouderen vanaf een jaar of vijftig minder dan jongere leeftijdsgroepen. Dat roept diverse vragen op. Wat is de schade die ouderen ondervinden van een inactieve leefstijl? En om welke groepen ouderen gaat het? Welke specifieke wensen en behoeften hebben ouderen als het gaat om sport- en beweegdeelname in georganiseerd verband? Kunnen we met het huidige aanbod daar wel voldoende bij aansluiten of slaan we de plank mis in het verleiden van ouderen tot een meer actieve leefstijl, een actief clublidmaatschap of deelname aan specifieke activiteiten voor ouderen. Duidelijk is wel dat de doelgroep ouderen er een is om rekening mee te houden en die beleidsmakers en aanbieders in de sector van sport en bewegen voor uitdagingen stelt. Niet alleen vanwege het feit dat deze leeftijdsgroep de komende jaren in omvang toeneemt, maar ook omdat ouderen specifieke wensen en behoeften hebben ten aanzien van hun vrijetijdsbesteding in het algemeen en sport en bewegen in het bijzonder.

Een goed moment om eens stil te staan bij deze doelgroep en ervaringen te delen. VSBfonds en Arko Sports Media zijn dan ook, met ondersteuning van het Ministerie van VWS, een traject gestart om een samenhangend beleid te ontwikkelen ten aanzien van sport, bewegen en ouderen. Doel is om de participatie van ouderen bij sport en bewegen te vergroten. De aftrap was een inspirerende studiereis naar Finland in het voorjaar van 2009. Daar wisselden experts uit het veld ervaringen uit over sport- en beweegstimulering van ouderen. De discussie werd voortgezet tijdens de Expertmeeting Sport, Bewegen en Ouderen op 14 mei 2009. Inmiddels is het enthousiasme voor een breed gedragen aanpak gegroeid. Dit heeft geresulteerd in een nieuwe beweging, genaamd Fit for Life Nederland, waaraan een brede coalitie van landelijke en regionale organisaties uit de publieke en private sector zich heeft verbonden. Volgende stappen in het proces zijn de uitvoering van een marktonderzoek onder ouderen en de organisatie van een landelijk congres op 2 december 2009.

TNO Kwaliteit van Leven en het W.J.H. Mulier Instituut hebben zich in het voortraject gezamenlijk ingespannen om een belangrijk deel van de input te leveren voor de discussie over de vraag waar de komende jaren de grootste kansen en bedreigingen liggen om ouderen meer te laten sporten en bewegen. Doel was om in de vorm van een quick scan inzicht te geven in de huidige sport- en beweegdeelname van ouderen vanaf 50 jaar, de verschillen tussen groepen ouderen, en de stimulansen en belemmeringen die zij bij het sporten en bewegen ervaren. De belangrijkste resultaten zijn gepresenteerd tijdens de expertmeeting op 14 mei 2009. Nu zijn ze dan ook aan het papier toevertrouwd.

Na raadpleging van verschillende (landelijke) databronnen blijkt dat er her en der al veel kennis beschikbaar is over de sport- en beweegdeelname van ouderen. Deze kennis is in dit rapport bij elkaar gebracht. Voor cijfers over de beweegdeelname van ouderen is voornamelijk gebruik

gemaakt van gegevens uit de Monitor Bewegen en Gezondheid, onderdeel van het bestand Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN). Voor gegevens over de sportdeelname van ouderen is vooral geput uit het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Sportersmonitor en Verenigingsmonitor van het W.J.H. Mulier Instituut. Tevens is gebruik gemaakt van aanvullende literatuur.

Het paper is geschreven in opdracht van het VSBfonds en Arko Sports Media, met aanvullende financiering van het Ministerie van VWS. TNO Kwaliteit van Leven en het W.J.H. Mulier Instituut zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de inhoud.

## 2. Dé oudere bestaat niet

- Madeleine Frelief, Mulier Instituut -

### 2.1 Inleiding

Het beeld dat ouderen arm en zielig zijn moet volgens het kabinet veranderen. Het kabinet zegt in de Nota 64 (VWS, 2005) ouderen niet met dit 'zieligheidsparadigma' te willen benaderen. Het kabinet wil ouderen zoveel mogelijk laten participeren in de samenleving en eigen verantwoordelijkheid laten nemen. Het beleid moet gericht worden op het veranderen van ongezonde leefstijlen. Zo lang mogelijk participeren in betaalde arbeid vindt men belangrijk, ook eventueel na het 65e levensjaar, participatie ook op het gebied van maatschappelijke en sociale betrokkenheid, waaronder sporten.

In een korte schets in Nota 64 wordt aangegeven hoe het ouder worden in de loop van een eeuw is veranderd en er mogelijk in de toekomst uit zal zien. Ten eerst valt op dat tussen 1955 en 2005 de levensverwachting voor vrouwen en mannen flink is toegenomen. Ook de gezondheidssituatie van ouderen is volgens het rapport verbeterd. Dit betekent dat naar verwachting ouderen in de toekomst langer leven na hun 65<sup>e</sup>. In de jaren 1955 – 2005 is ook het inkomen en eigen vermogen van ouderen gestegen. Meer ouderen, en ook vrouwen, hebben aanvullend pensioen opgebouwd. Al met al lijkt het erop dat ouderen meer hulpbronnen tot hun beschikking krijgen, waaronder opleiding, inkomen en de ervaren gezondheidstoestand.

Het beeld dat over ouderen bestaat is ofwel positief (actieve ouderen) ofwel sterk negatief (terugtrekken). In hoofdstuk 2 proberen we een beeld te schetsen van 'de' ouderen van nu en in de toekomst: hoeveel ouderen zijn er, wat zijn hun relevante achtergrondkenmerken die invloed hebben op maatschappelijke participatie en sport, wat is hun tijdsbesteding en welke transities maken zij mee. Welk beeld hoort bij de oudere van nu en de toekomst?

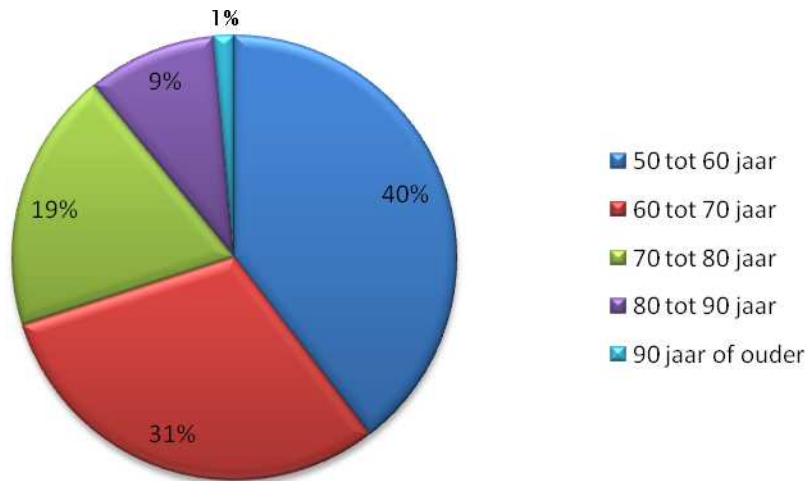
### 2.2 Omvang doelgroep en achtergrondvariabelen

#### 2.2.1 Omvang

De bevolking van 55 jaar en ouder is in de loop der tijd flink gegroeid, van 2,6 miljoen in 1975 naar 4,2 miljoen in 2005. De verwachting is dat er in 2035 6 miljoen ouderen zijn van 55 jaar en ouder en 4 miljoen ouderen van 65 jaar en ouder. Het aandeel vrouwen onder de 55-plussers neemt af van 56 procent in 1990 naar 54 procent in 2005. Het aandeel vrouwen is echter bij de oudere leeftijdsgroepen nog steeds erg groot. Bij de 75- tot 84-jarigen is 61 procent vrouw, bij 85-plussers is dat zelfs 73 procent in 2005 (De Boer, 2006). Het aandeel ouderen van 65-plus in de bevolking neemt sinds 1955 toe. Dit was in 1955 nog 8 procent, in 2008 is dit al 15 procent (CBS, statline). In 2008 is het percentage 80-plussers in de bevolking vanaf 50 jaar nog relatief klein (10%, zie figuur 2.1). De vergrijzing bij de autochtone bevolking zal waarschijnlijk zijn piek hebben in 2040 met 29 procent 65-plussers. Bij de niet-westerse allochtone bevolking moet de vergrijzing nog op gang komen. In 2009 is nog maar 1 op de 27 niet-westerse allochtoon 65 jaar en ouder en wordt de piek (18% 65-plus) verwacht rond 2050 (Garssen & Van Duin, 2009).

Beleidsmakers hanteren vaak de verhouding gepensioneerden en werkenden, omdat werkenden gedeeltelijk ook de lasten van gepensioneerden moeten opbrengen. Hierbij wordt gewezen op twee gevaren van vergrijzing, namelijk de onbetaalbaarheid van de sociale voorzieningen en de angst dat ouderen niet meer voldoende zorg kunnen krijgen.

**Figuur 2.1 Bevolking van 50 jaar en ouder per 1 januari 2008; verdeling naar leeftijdsgroepen (Bron: CSB Statline)**



## 2.2.2 Achtergrondvariabelen

### Opleiding

Het algehele opleidingsniveau van ouderen (55-plussers) is lager dan van jongeren. Het verschil tussen ouderen en jongeren is in de loop der tijd echter wel kleiner geworden. Het opleidingsniveau van ouderen is aanzienlijk gestegen in de periode 1981 tot 2003. Dit als gevolg van het feit dat de naoorlogse generaties steeds langer onderwijs volgen en ook op steeds hoger niveau. Zo daalde het percentage mannen van 55-plus met alleen een opleiding tot het basisonderwijsniveau in de periode 1981 - 2003. Bij vrouwen was de daling nog iets scherper. Onder ouderen is het opleidingsverschil in 2003 tussen mannen en vrouwen groot. Maar de deelname van vrouwen in het (hoger-) onderwijs is toegenomen in naoorlogse generaties. Zozeer zelfs dat in de huidige generatie vrouwen een voorsprong op mannen hebben qua opleidingsniveau. Het opleidingsverschil tussen oudere mannen en vrouwen zal in de toekomst naar verwachting niet meer voorkomen. Vrouwen kunnen zelfs een voorsprong verwachten. Naar verwachting zal het opleidingsniveau van ouderen in 2030 flink zijn toegenomen naar nagenoeg het niveau van jonger volwassenen (35- tot 54-jarigen) (De Boer, 2006).

Naast opleiding vormt tegenwoordig kennis van informatie- en communicatietechnologie (ICT) een belangrijke vaardigheid. Ouderen hebben veel minder kennis van ICT dan jongeren. Dit hangt uiteraard samen met het opleidingsniveau. Er is echter wel een toename van PC bezit onder ouderen. Naarmate de leeftijd stijgt neemt het bezit van een PC, en daarmee samenhangend kennis van ICT af (De Boer, 2006).



## Betaalde arbeid

De mate waarin ouderen betaalde arbeid verrichten ten opzichte van jongeren neemt in de periode 1992 – 2005 flink toe. Ouderen werken minder dan jongeren. Het verschil is echter in de loop van die tijd afgenomen. In 2003 is de algehele arbeidsparticipatie omhoog gegaan, maar het verschil tussen 35- tot 49-jarigen en 50- tot 54-jarigen is ook afgenomen. Ook de arbeidsparticipatie van 55- tot 64-jarigen is in die periode toegenomen. De stijging van de arbeidsparticipatie van ouderen is met name het gevolg van de grotere participatie van vrouwen, zowel lager- als hoger opgeleide vrouwen. In de toekomst zullen ouderen hoger opgeleid zijn. Naar verwachting betekent dit een hogere arbeidsparticipatie. Ook zullen ouderen langer doorwerken. Dit geldt met name voor vrouwen. Gezondheid kan in de toekomst eventueel meer bepalend worden of iemand aan het werk blijft of niet. In de periode 1992 – 2004 is (de zelf ervaren) gezondheid steeds belangrijker geworden voor de mate waarin men participeert op de arbeidsmarkt (De Boer, 2006). Het kabinet wil de arbeidsparticipatie van ouderen blijven verhogen. Ook gaan er gedachten op om de AOW-gerechtigde leeftijd omhoog te brengen van 65 naar 67 jaar (VWS, 2005).

## Inkomen

Hoewel het inkomen van ouderen relatief harder is gestegen dan van jongere volwassenen in de periode 1992 - 2006 geldt nog steeds dat hun inkomen gemiddeld lager is. Een uitzondering op deze ontwikkeling is de groep tussen 55 en 64 jaar. In deze leeftijdsgroep zitten relatief veel huishoudens onder de lage inkomensgrens. De vooruitgang komt doordat de huidige generatie ouderen vaker aanvullend pensioen heeft opgebouwd. Een nuancering is echter dat weinig ouderen echt rijk zijn. Dit komt omdat de AOW nog steeds voor veel huishoudens de belangrijkste bron van inkomsten is. In 2003 was dit zo voor 69% van de 65- tot 74-jarigen en voor 75% van de 75-plussers. Uit de Nota 64 (VWS, 2005) blijkt dat ook de AOW sinds 1955 gestegen is, ook in relatief opzicht, waardoor ouderen minder vaak arm zijn. Omdat ouderen een relatief laag inkomen hebben moeten ze een groot deel hiervan besteden aan vaste lasten zoals aan wonen, water en energie, verzekeringen en consumptieve belastingen. Afgezien van het lagere inkomen hebben ouderen relatief gezien meer vaste lasten door met name hogere woonlasten. Ouderen blijven vaak in een te duur huis wonen gezien het aantal personen in het huishouden en de gedaalde inkomsten. In de periode 1994/95 tot 2003 is er een lichte daling van het aandeel vaste lasten bij ouderen (55-plussers) geweest (De Boer, 2006). Of het inkomen van ouderen in de toekomst zal blijven stijgen hangt uiteraard af van het gevolgde overheidsbeleid en economische ontwikkelingen.

## Gezondheid

De gezondheid van ouderen kan met een drietal indicatoren worden omschreven: eigen ervaren gezondheid, aanwezigheid van lichamelijke beperkingen en de toe- of afname van de levensverwachting.

Naar mate men ouder wordt neemt de ervaren gezondheidstoestand af. In de groep van 75 jaar en ouder ervaart de helft zich nog maar (zeer) gezond (in 2003). Bij de jongere volwassenen is dit nog 77 procent (in 2003). Door de tijd heen blijft het percentage dat zich (zeer) gezond voelt ongeveer gelijk. Vrouwen vinden hun eigen gezondheid gemiddeld slechter dan mannen. Het aantal lichamelijke beperkingen hangt uiteraard samen met de ervaren gezondheidstoestand. Ouderen hebben vaker last van lichamelijke beperkingen dan jongere volwassenen. In 2002-2003 had tweederde van de 75-plussers een lichamelijke beperking tegenover een derde bij de

jonger volwassenen (De Boer, 2006). Meer specifiek blijkt dat een motorische lichamelijke beperking onder ouderen vaak voorkomt. Van alle 65-plussers had in 2006 34,2 procent te maken met een motorische beperking tegenover 6,8 procent van de 20- tot 64-jarigen. Visuele en auditieve beperkingen komen in minder mate voor. Bij visuele en auditieve beperkingen blijken ook ouderen deze vaker te hebben dan jonger volwassenen in 2006. Vrouwen van 65 jaar en ouder hebben vaker last van deze lichamelijke beperkingen dan mannen van 65 jaar en ouder (SCP, 2007). Over de tijd (1989 -2003) blijkt het aandeel personen met een lichamelijke beperking toe te nemen. Dit is enerzijds het gevolg van betere opsporing. Anderzijds is het een gevolg van een meer risicovolle leefstijl (De Boer, 2006).

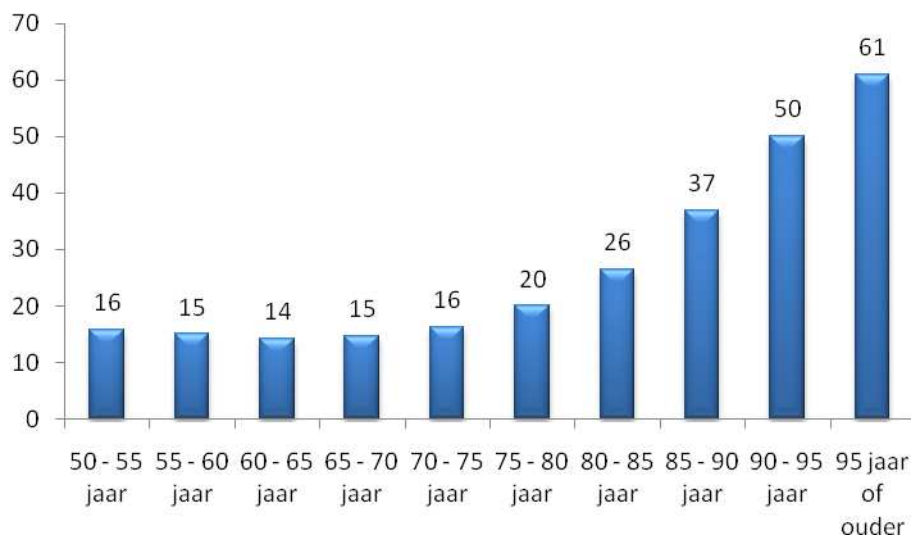
Psychische stoornissen hebben hetzelfde patroon als lichamelijke beperkingen: ouderen hebben hier meer last van dan jonger volwassenen en vrouwen meer dan mannen. Psychische stoornissen zoals depressie en angststoornissen hangen samen met een beperkte lichamelijke activiteit (De Boer, 2006). Het aantal personen met een verstandelijke handicap moet geschat worden omdat de gebruikte methoden en definities steeds verschillend zijn. Het aantal mensen met een verstandelijke handicap wordt bij 20- tot 49-jarigen op 50.000 geschat en bij 50-plussers op 15.000. Verondersteld wordt dat mensen met een verstandelijke handicap een lagere levensverwachting hebben (Van Lindert et al., 2008).

Hoewel de levensverwachting in de periode 1989 – 2003 is toegenomen stijgt die voor vrouwen minder hard dan voor mannen. De levensverwachting van vrouwen is nog wel hoger dan die van mannen. Mannen hebben een langere levensverwachting in goede gezondheid erbij gekregen, vrouwen hebben een langere levensverwachting in minder goede gezondheid erbij gekregen (De Boer, 2006).

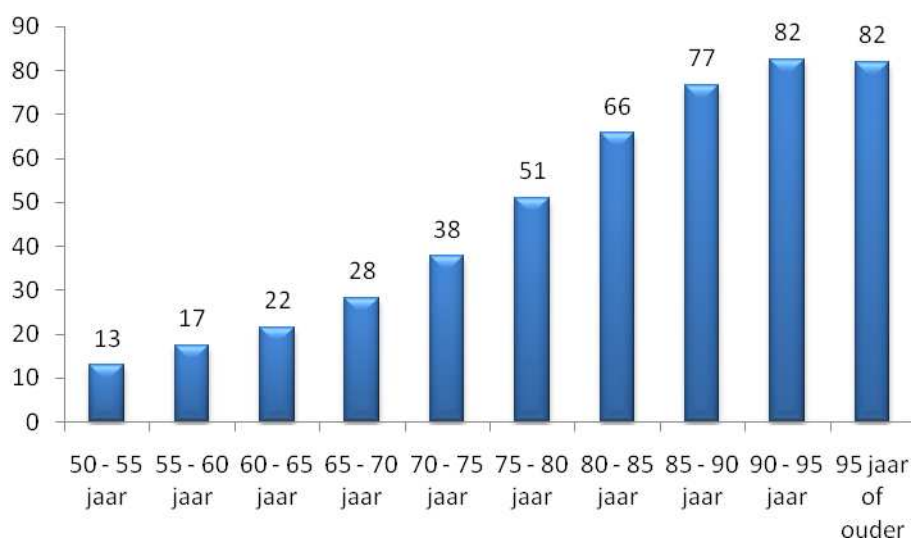
### **Leefsituatie**

Naarmate ouderen ouder worden wonen zij vaker zonder partner, vaak doordat hun partner overlijdt. In 2008 woonde 37 procent van de 50-plussers alleen. In 1995 was dit nog 36 procent. In de leeftijdsgroep 50 tot 55 jaar woont nog maar 24 procent alleen, in de leeftijdsgroep van 80 tot 85 jaar is dit gestegen naar 63 procent (CBS, Statline). Vrouwen wonen vaker en vanaf een eerdere leeftijd gemiddeld dan mannen alleen (zie figuren 2.2 en 2.3). Bij de mannelijke bevolking woont de meerderheid pas vanaf 90 jaar alleen, bij vrouwen is dit al vanaf 75 jaar. Aangenomen wordt dat samenwonen in gezinsverband of met een partner ervoor kan zorgen dat ouderen meer hulp en zorg krijgen en hierdoor langer actief kunnen blijven. Bij onderzoek naar mensen met een lichte tot ernstige lichamelijke beperking is gebleken dat alleenstaanden (bevolking 6 jaar en ouder), minder vaak sporten mensen die samenwonen (met partner, kinderen of anderen) (Van Lindert et al., 2008).

**Figuur 2.2 Mannen van 50 jaar en ouder alleenstaand naar leeftijdsgroep per 1 januari 2008 (Bron: CSB Statline)**

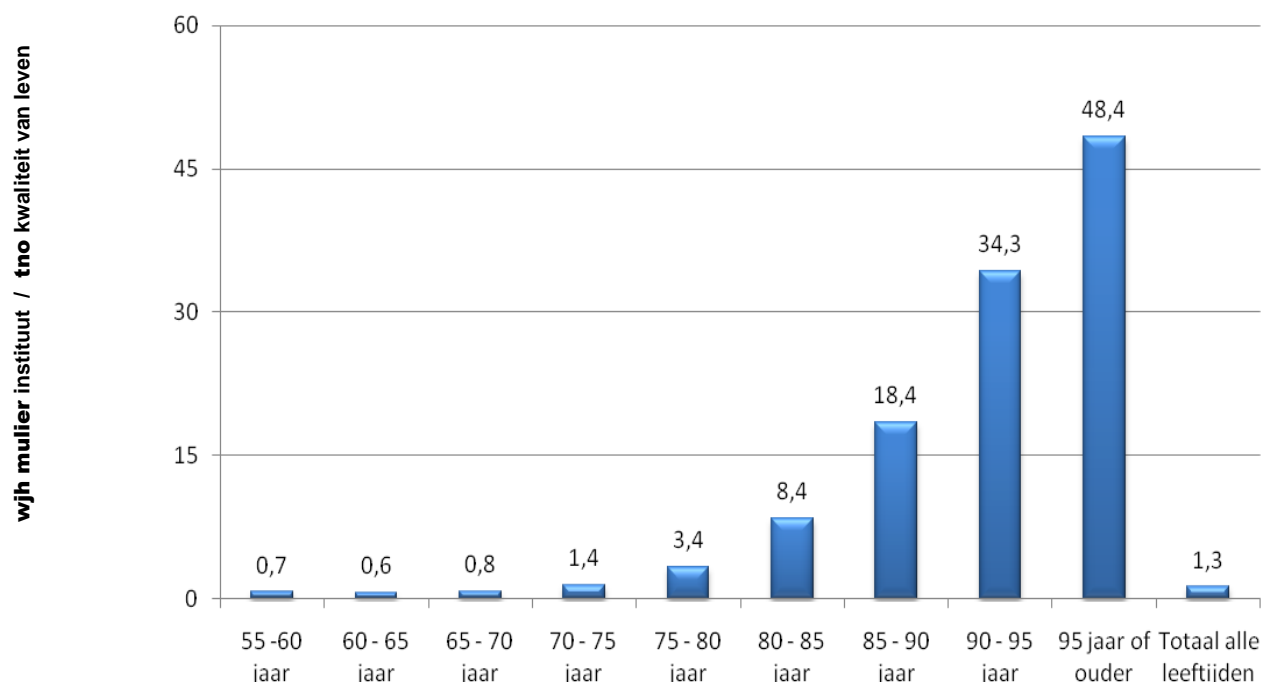


**Figuur 2.3 Vrouwen van 50 jaar en ouder alleenstaand naar leeftijdsgroep per 1 januari 2008 (Bron: CSB Statline)**



Volgens CBS cijfers is er een gestage terugloop van het aantal inwoners in instellingen (verpleeg- of verzorgingstehuizen) in de periode 1981 –2003. In 1981 woonde nog 10 procent van de 65-plussers in een tehuis, in 2003 is dit gedaald naar 6 procent. Alleenstaanden hebben daarbij een groter risico om eerder te worden opgenomen in een instelling (mannen gemiddeld vier jaar eerder en vrouwen gemiddeld één jaar eerder). Harmsen & Schapendonk-Maas (2004) verklaren deze afname door de toegenomen gezondheidstoestand, opleidingsniveau en inkomen van ouderen. Pas vanaf 80 jaar neemt de kans toe dat ouderen in een instelling terecht komen (zie figuur 2.4).

**Figuur 2.4 Personen in instellingen (verpleeg- en verzorgingstehuizen) vanaf 50 jaar en ouder naar leeftijdsgroep per 1 januari 2008 (Bron: CSB Statline)**



## 2.3 Tijdsbesteding (arbeid en vrijetijd)

60-plussers hebben over het algemeen meer vrije tijd dan jongere volwassenen (zie tabel 2.1). Over het algemeen stoppen ouderen meer tijd in huishoudelijke zorg dan jongere volwassenen (volwassenen zonder kinderen). Ook blijkt dat naarmate men ouder wordt meer tijd aan persoonlijke verzorging (slaap, eten, wassen / aankleden) wordt besteedt. Als ouderen echter ook na hun 65e moeten doorwerken zullen zij minder vrije tijd hebben om te besteden aan mediagebruik, sociaal verkeer, solitaire hobby's, vrijwilligerswerk of sporten (zie Nota 64 van VWS, 2005).

Door alle leeftijdsgroepen wordt veel tijd besteedt aan media gebruik en sociaal verkeer. Ouderen besteden echter veel meer tijd in uren aan mediagebruik (pc, internet, televisie kijken en lezen) dan volwassenen in andere leeftijdsgroepen (zie tabel 2.1). Hobby's nemen daarnaast een flink deel van de tijd van ouderen in beslag. Naarmate mensen ouder worden worden besteden zij gemiddeld meer tijd aan mantelzorg (zie tabel 2.1). Ook een hoger percentage van de oudere bevolking vervult mantelzorg (zie De Boer, 2006).

**Tabel 2.1 Tijdsbesteding in uren per week naar leeftijdsgroep**

	14 -22 jaar	25-34 jaar met kinderen < 7 jaar	45-54 jaar	60 jaar en ouder	totaal Nederland (12+)
Arbeid	14,0	26,0	28,0	2,6	19,7
Onderwijs	24,5	1,0	1,4	0,5	5,7
Huishouden en gezin	6,1	32,3	19,0	23,3	18,9
Slapen, eten en verzorging	80,2	75,8	77,1	83,7	78,9
Vrije tijd	43,2	33,0	42,4	57,9	44,7
vrijwilligerswerk en participatie	1,4	1,5	2,1	3,5	2,1
Sociale contacten, visites	7,0	7,2	7,1	8,6	7,5
Uitgaan	8,5	5,5	5,3	5,5	6,3
Sportbeoefening	2,9	1,4	1,3	1,1	1,6
PC en internet	8,1	3,0	2,8	2,2	3,8
Televisie kijken	8,8	7,6	10,5	15,7	10,8
Lezen (krant, tijdschrift, boek)	1,4	2,0	4,1	7,3	3,8
Hobby's en overige vrijetijd	5,2	4,7	9,1	13,9	8,7
Totaal	168	168	168	168	168

Bron: Tijdsbestedingsonderzoek 2005 ([www.tijdsbesteding.nl](http://www.tijdsbesteding.nl))

Uit de Rapportage Ouderen 2006 (De Boer, 2006) blijkt dat in de jongere groep volwassenen, vrouwen meer vrije tijd hebben dan mannen. Vanaf 65 jaar krijgen mannen meer vrije tijd dan vrouwen. Een verklaring hiervoor is dat mannen hun verplichtingen zien stoppen (arbeid) terwijl de verplichtingen van vrouwen (huishoudelijke zorg) doorgaan na hun 65e (zie De Boer, 2006). Onder de 65-plussers zijn vrouwen meer tijd kwijt aan persoonlijke verzorging dan mannen, in de jongere leeftijdsgroepen is dit omgekeerd (De Boer, 2006).

### **Sport, fietsen en wandelen**

Opvallend is dat ouderen in 2005 ongeveer een gelijk aantal uur sporten als jongere volwassenen. Over het algemeen laten alle leeftijdsgroepen in de periode 1980 – 2000 een stijging in het aantal uur sporten per week zien (gegevens niet in tabel, zie De Boer, 2006). Uit de Rapportage Ouderen 2006 wordt ook duidelijk dat mannen meer tijd zijn gaan besteden aan sport terwijl dit bij vrouwen is afgenomen (De Boer, 2006). De ervaren gezondheid is een belangrijke determinant voor sportieve activiteiten. Onder ouderen die hun gezondheid als (zeer) goed ervaren neemt een hoger percentage deel aan sportieve activiteiten. Het aantal uur dat men sport, fiets of wandelt neemt dan niet toe. Broese van Groenou & Deeg (in De Boer, 2006) vinden dat sportgedrag een hoge mate van instabiliteit heeft. In een longitudinale studie van zes jaar vinden zij dat ongeveer de helft van de sportende ouderen hiermee stopt, maar ook dat een kwart van de niet-sportende ouderen weer begint met sporten. Naarmate men ouder wordt en laag opgeleid is, is de kans op stoppen met sporten echter wel groter. Ook mensen met een matige of ernstige beperking sporten vaak niet (zie ook Van Lindert et al., 2008). Opvallend is dat het stoppen met sporten niet blijkt samen te hangen met depressie, cognitieve stoornissen, partnerstatus of woonsituatie. Mogelijke oorzaken zijn volgens Broese van Groenou & Deeg gebrekkige vervoersmogelijkheden, onbekendheid met het aanbod en gebrek

aan gezelschap. In hoofdstuk 4 wordt uitgebreid ingegaan op de sportdeelname van ouderen en de stimulansen en belemmeringen die zij daarbij ondervinden.

## 2.4 Maatschappelijke participatie (vrijwilligerswerk, recreatie en sport)

Binnen de groep ouderen (65-plus) participeren mannen, hoger opgeleiden en jongere ouderen meer in betaalde arbeid en vrijwilligerswerk dan vrouwen, lager opgeleiden en oudere ouderen (De Boer, 2006). Maar de totale groep ouderen besteedt meer tijd aan vrijwilligerswerk en mantelzorg dan jongere volwassenen (zie tabel 2.1). Ook het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet ligt hoger dan dat van jongere volwassenen (De Boer, 2006). Er is minder invloed op maatschappelijke participatie door de ervaren gezondheidstoestand, partnerverlies en verhuizingen dan door leeftijd en opleiding. Doordat komende generaties hoger opgeleid zijn bestaat de verwachting dat toekomstige ouderen vaker en langer maatschappelijk actief zullen zijn.

### Mobiliteit

Voor maatschappelijke participatie, waaronder deelnemen aan sportactiviteiten, moeten ouderen zich ook in voldoende mate kunnen verplaatsen. In Nota 64 zegt het kabinet te verwachten dat ouderen in de toekomst meer mobiel worden, vaker een rijbewijs hebben en meer gebruik maken van het openbaar vervoer (VWS, 2005).

## 2.5 Transitie en leefstijl

Het gebruikelijk chronologische levensmodel voor ouderen gaat steeds minder vaak op: kinderen uit huis, met pensioen gaan (door de man), overlijden van partner, oplopen van chronische ziekte. In plaats daarvan wordt de derde levensfase (tussen 65 en 85 jaar) vaker op een meer actieve wijze vormgegeven. Nieuwe leefstijlen waarin ouderen partnerrelaties aangaan, lange reizen maken en levenslang leren zijn in opkomst. Echter het blijft nog steeds zo dat mensen op oudere leeftijd waarschijnlijk meerdere transitieën meemaken. Dan wel gelijktijdig, dan wel kortstondig achter elkaar. Een transitie zoals een lichamelijke beperking krijgen, een partner verliezen of dementie krijgen heeft gevolgen voor de leefstijl (De Boer, 2006).

Bij transitieën kan gedacht worden aan het krijgen van een chronische ziekte, cognitieve achteruitgang, depressie ontwikkelen, functioneel beperkt worden, verlies van een partner en een verhuizing. Deze transitieën hebben in meer of mindere mate gevolgen voor elkaar en voor de mogelijke maatschappelijke en sociale participatie van ouderen. Zo is al bekend dat cognitieve achteruitgang vaker voorkomt bij vrouwen, lager opgeleiden en 75-plussers. Het is echter ook zo dat cognitieve achteruitgang vaker voorkomt bij ouderen met depressieve klachten. Recent partnerverlies en lichamelijke en cognitieve beperkingen hangen ook samen met het voorkomen van depressiviteit. Diverse negatieve transitieën hebben naast de vervelende gevolgen op zichzelf ook als gevolg dat andere belangrijke bronnen verloren kunnen gaan (De Boer, 2006).

Ouderen van de toekomst – de babyboomgeneratie – zullen waarschijnlijk een ander recreatiepatroon laten zien. De generatie geboren tussen 1945 en 1955 gaat tussen 2010 en 2020 met pensioen. Zij hebben een hogere opleiding genoten, hebben meer hulpbronnen tot hun

beschikking in vergelijking tot de ouderen van de generatie daarvoor en zullen daarom waarschijnlijk een ander recreatiepatroon hebben.

## **2.6 Conclusie: ouderen van nu en de toekomst .....**

De levensverwachting van ouderen is toegenomen, het opleidingsniveau stijgt, de participatie op de arbeidsmarkt neemt toe, het inkomen en eigen vermogen neemt toe: ouderen lijken het steeds beter te krijgen. Zoals ook al in de Nota 64 van het kabinet (VWS, 2005) wordt aangegeven, het beeld van ouderen als arm en zielig behoeft bijstelling. Uit voorgaande paragrafen blijkt echter ook dat sommige groepen ouderen, vrouwen, lager opgeleiden en migranten nog steeds een kwetsbare groep zijn onder ouderen. Een kwetsbare groep die nog steeds verzorging nodig heeft in de toekomst en niet één, twee, drie kunnen aansluiten bij de meer actieve leefstijl die voor veel ouderen als ideaal wordt gezien.

Het kabinet wil de gezondheidstoestand van ouderen actief verbeteren door te investeren in preventieve leefstijlprogramma's. Gericht op gezonde voeding, voldoende beweging en stoppen met roken (VWS, 2005). De ouderen in de toekomst worden dus gestimuleerd om vaker en langer maatschappelijk actief te blijven, waaronder natuurlijk ook sport en beweging valt.





### 3. Ouderen en hun beweegdeelname

- Gert Jan Wijlhuizen, Marijke Hopman-Rock en Astrid Chorus, TNO -

Voldoende lichaamsbeweging wordt gezien als een effectieve methode om functionele beperkingen tijdens het ouder worden te voorkomen of te verminderen. Onderzoek wijst uit dat ook op hoge leeftijd deelname aan beweegprogramma's een positief effect heeft op lichamelijke functies. Het volgen van een krachttrainingsprogramma bijvoorbeeld kan leiden tot een verbeterde spierkracht, spiervermogen en contractiesnelheid (Barry & Carson, 2004; Rubenstein et al., 2000; Latham et al., 2004). Andere beweegprogramma's voor ouderen laten een duidelijk positief effect zien op de lenigheid, het uithoudingsvermogen, de balans, het lopen en de botmassa (Rubenstein et al., 2000; Keysor & Jette, 2001). Daarnaast kan deelname aan beweegprogramma's het risico op vallen en botbreuken verlagen, kan het een welkome afleiding betekenen van dagelijkse routine en stressvorming tegengaan (Conn et al., 2003).

In het licht van de toenemende vergrijzing en de potentiële gezondheidswinst van regelmatige lichaamsbeweging is het bevorderen van een actieve leefstijl bij ouderen een belangrijk beleidsdoel van de overheid. Temeer daar een hoge leeftijd en een lichamelijke beperking de belangrijkste determinanten zijn voor het gebruik van gezondheidszorg (Polder et al., 1997). Daarnaast blijkt de afgelopen jaren uit de nationale monitor van de dagelijkse lichaamsbeweging in Nederland dat ouderen boven de 65 jaar relatief weinig bewegen (Hildebrandt et al., 2004, 2007). Internationale vergelijkingen laten zien dat in het bijzonder in Nederland en het Verenigd Koninkrijk de lichamelijke activiteit van ouderen opvallend laag is, terwijl de lichamelijke activiteit van volwassenen tot 65 jaar vergelijkbaar is met internationale gemiddelden (Jacobusse et al., 2004).

#### 3.1 Beschrijving beweegnormen en trends daarin

De ontwikkeling van bewegen onder de Nederlandse bevolking en specifieke doelgroepen daarbinnen wordt in de Nederlandse bevolking bekeken aan de hand van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), de fitnorm, een combinatie hiervan: de combinorm, en inactiviteit. Deze normen zijn opgesteld op basis van internationale wetenschappelijke literatuur en consensus onder Nederlandse deskundigen.

Ouderen (55-plussers) voldoen aan de *NNGB* als zij tenminste een half uur matig intensief lichamenlijk actief zijn (tussen de 3 MET en 5 MET) op minimaal vijf bij voorkeur alle dagen van de week (in zomer en winter). Matig intensief betekent voor ouderen bijvoorbeeld wandelen in een tempo van 4 km per uur of fietsen met een snelheid van 10 km per uur. Voor niet-actieven, met of zonder beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging zinvol, onafhankelijk van intensiteit, duur frequentie en type. Ouderen voldoen aan de *fitnorm* als zij tenminste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensief lichamenlijk actief zijn (in zomer en winter). De *combinorm* is een combinatie van de *NNGB* en *fitnorm*. Ouderen voldoen aan de *combinorm* als zij aan tenminste een van beide normen voldoet. Inactiviteit is gedefinieerd als geen enkele dag in zomer en winter tenminste 30 minuten matig intensief lichamenlijk actief.

Een ander aspect van bewegen, specifiek voor ouderen, dat recent (wetenschappelijk) sterker in de belangstelling is komen te staan is 'kracht'. Voor het bevorderen van een goede gezondheid en het handhaven en bevorderen van zelfstandig functioneren is het aan te bevelen om ook activiteiten uit te voeren die spierkracht en uithoudingsvermogen handhaven en/of verbeteren. Internationaal wordt geadviseerd om dergelijke activiteiten minimaal twee keer per week uit te voeren (Nelson et al., 2007).

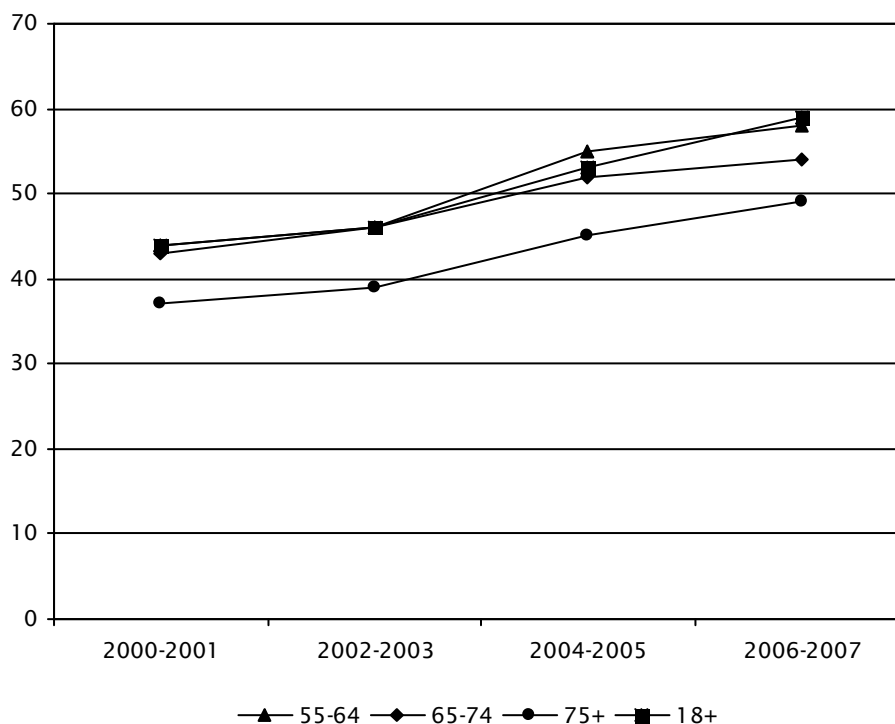
Met de monitor Bewegen en Gezondheid, onderdeel van het bestand Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN) worden trends in de beweegnormen van de Nederlandse bevolking sinds 2000 continue gemeten. Het uitvoeren van krachtoefeningen door ouderen (65-plussers) wordt sinds 2006 gemeten. OBiN wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De werkzaamheden voor OBiN worden uitgevoerd door Consument en veiligheid, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid SWOV, Universitair Centrum Sportgeneeskunde, locatie UMC Utrecht, TNO Kwaliteit van Leven en het W.J.H. Mulier Instituut.

OBiN is een continu uitgevoerde enquête naar letsels door ongevallen en (sport) blessures en sport, bewegen en gezondheid in Nederland. De gegevensverzameling van OBiN omvat jaarlijks een steekproef van circa 10.000-12.000 respondenten vanaf 12 jaar. In de periode 2000-2005 werden de data verzameld op basis van telefonische interviews. Vanaf 2006 vindt dataverzameling plaats via mixed mode, 60 procent van de respondenten wordt benaderd via een internetenquête en 40 procent via telefonische interviews. Ouderen van 65 jaar en ouder worden vanaf 2000 tot op heden voornamelijk enkel telefonisch benaderd. Het responspercentage is gemiddeld 50 procent van de benaderingen. In de hierna volgende paragrafen worden cijfers uit OBiN gepresenteerd die trends weergeven in de beweegnormen specifiek voor de Nederlandse populatie ouderen.

### 3.1.1 Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

In figuur 3.1 is voor de periode 2000-2007 de trend in de NNGB weergegeven voor ouderen in drie leeftijdscategorieën, te weten 55-64-jarigen, 65-74-jarigen en de 75-plussers en vergeleken met de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In 2000-2001 voldeed 44 procent van de 55-64-jarigen aan de NNGB, 43 procent van de 65-74-jarigen en 37 procent van de 75-plussers. In de periode 2000-2007 is er sprake van een aanzienlijke stijging met 14 procentpunt in de leeftijdscategorie 55-64-jarigen, 11 procentpunt in de leeftijdscategorie 65-74-jarigen en 12 procentpunt in de leeftijdscategorie 75-plussers. Dit beeld is vergelijkbaar met de trend in de NNGB voor de totale Nederlandse volwassenen bevolking, stijgend van 44 procent in 2000-2001 naar 59 procent (+15% punt) in 2006-2007. In de afgelopen jaren is er via landelijke campagnes meer aandacht gekomen voor de bewegen en de beweegnormen. Meer aandacht voor bewegen kan geleid hebben tot meer sociaal wenselijke antwoorden. En voornamelijk zijn correlaties met meer objectieve meetmethoden laag (De Vries et al., 2009). Verder blijkt uit een studie van Picavet et al. (2009) dat voldoen aan de normen geen vaste gewoonte is en investeren in gedragsbehoud is daarom blijvend nodig (Picavet et al., 2009). Niettemin voldoet de totale groep ouderen significant minder aan de NNGB vergeleken met de algemene volwassen bevolking. In figuur 3.1 valt af te lezen dat met name de leeftijdsgroep 75-plussers minder vaak de NNGB blijkt te behalen vergeleken met de algemene bevolking als ook de 'jongere' ouderen.

**Figuur 3.1** Trend in het percentage ouderen in drie leeftijdscategorieën (55-64, 65-74, 75+) en de bevolking (18+) dat voldoet aan de Nederlandse Norm gezond bewegen (NNGB) over de periode 2000-2007.

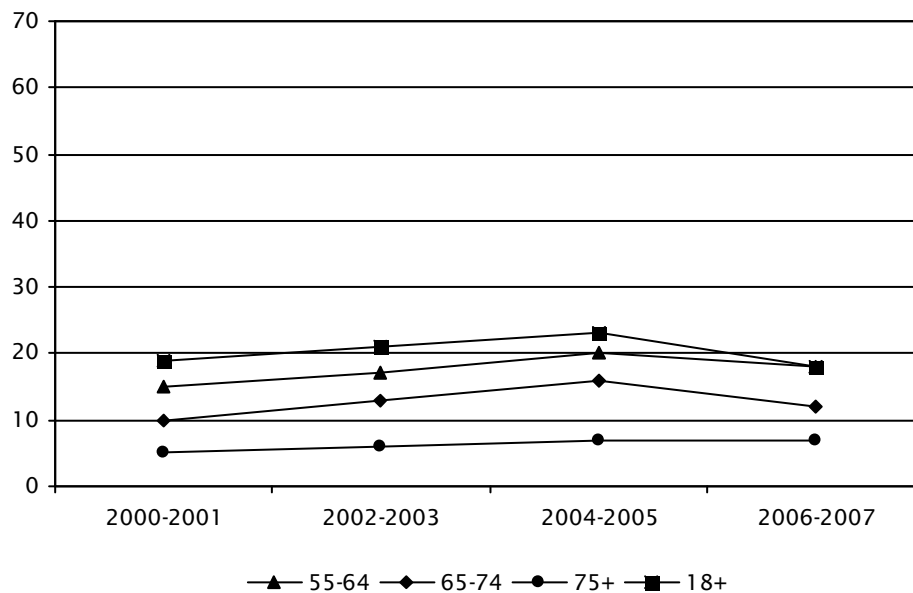


### 3.1.2 De fitnorm

In figuur 3.2 is voor de periode 2000-2007 de trend weergegeven in de fitnorm voor ouderen in drie leeftijdscategorieën, te weten 55-64-jarigen, 65-74-jarigen en de 75-plussers en vergeleken met de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In 2000-2001 voldeed 15 procent van de Nederlandse ouderen in leeftijdscategorie 55-64-jarigen aan de fitnorm, 10 procent in de leeftijdscategorie 65-74-jarigen en slechts 5 procent in de leeftijdscategorie 75-plussers. In de periode 2000-2005 is er in elke leeftijdscategorie sprake van een stijging van het aantal normactieven. In de leeftijdscategorie 55-64-jarigen betreft dit 5 procentpunt, in de leeftijdscategorie 65-74-jarigen 6 procentpunt, en in de leeftijdscategorie 75-plussers 2 procent. In de periode 2006-2007 is er in de 'jongere' leeftijdscategorieën echter weer sprake van een daling van het aantal normactieven (-2% in de leeftijdscategorie 55-64-jarigen en -4% in de leeftijdscategorie 65-74-jarigen). In de oudste groep is het aantal normactieven gelijk gebleven. De leeftijdsgroepen 55-64-jarigen en 65-74-jarigen laten dezelfde trend zien als de algemene volwassen bevolking. De 'oudste' leeftijdscategorie laat een iets andere trend zien. Niettemin voldoet de totale groep ouderen significant minder vaak aan de fitnorm vergeleken met de algemene volwassen bevolking en laten de cijfers binnen de groep ouderen zien dat het aantal normactieven afneemt met het toenemen van de leeftijd. Opgemerkt dient te worden dat de fitnorm niet één op één te vertalen is naar sportparticipatie zoals in dit rapport wordt weergegeven. Sportparticipatie is gedefinieerd als tenminste één keer in de maand

sportdeelname, de fitnorm betreft tenminste drie maal per week minimaal 20 minuten intensief bewegen.

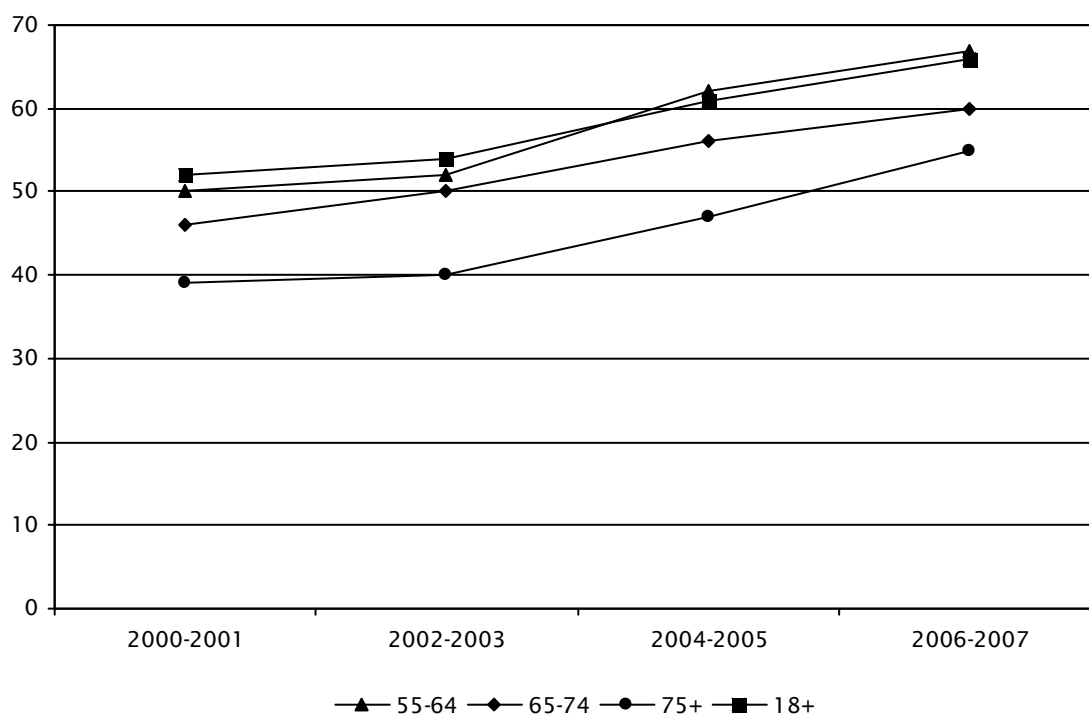
**Figuur 3.2 Trend in het percentage ouderen in drie leeftijdscategorieën (55-64, 65-74, 75+) en de bevolking (18+) dat voldoet aan de Fitnorm over de periode 2000-2007.**



### 3.1.3 De combinorm

In figuur 3.3 is voor de periode 2000-2007 de trend weergegeven in de combinorm voor ouderen in drie leeftijdscategorieën, te weten 55-64-jarigen, 65-74-jarigen en de 75-plussers en vergeleken met de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder.

**Figuur 3.3 Trend in het percentage ouderen in drie leeftijdscategorieën (55-64, 65-74, 75+) en de bevolking (18+) dat voldoet aan de Combinorm over de periode 2000-2007.**



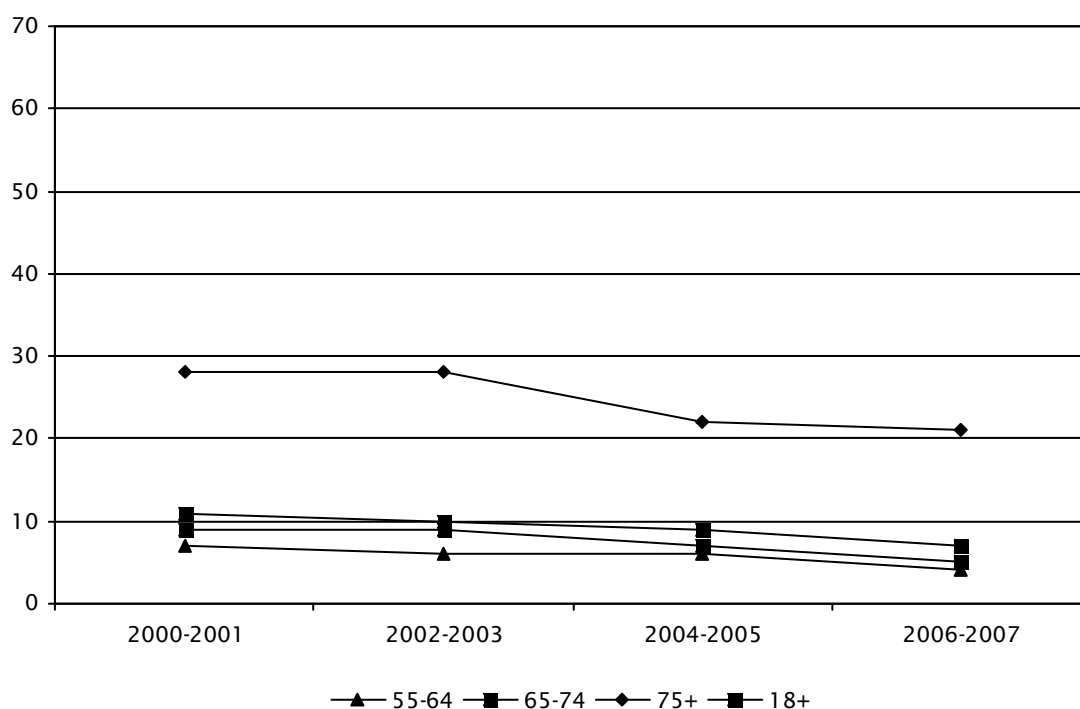
In de periode 2000-2001 voldeed 50 procent van de ouderen in de leeftijdscategorie 55-64-jarigen aan de combinorm, 46 procent van de 65-74-jarigen en 39 procent van de 75-plussers. In de periode 2000-2007 is er sprake van een aanzienlijke stijging van het percentage normactieven in alle leeftijdscategorieën. In de leeftijdscategorie 55-64-jarigen betreft dit 17 procentpunt, in de leeftijdscategorie 65-74-jarigen betreft dit 14 procentpunt en in de leeftijdscategorie 75-plussers betreft dit 16 procentpunt. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de stijging in de NNGB, en dus een toename van het aantal ouderen dat matig intensief beweegt, zoals wandelen en fietsen. De waargenomen trends zijn vergelijkbaar met de trend in de algemene volwassen bevolking. Niettemin scoort de totale groep ouderen significant lager vergeleken met de algemene volwassen bevolking, en neemt het aantal normactieven af met toenemende leeftijd.

### 3.1.4 Inactief

In figuur 3.4 is voor de periode 2000-2007 de trend in inactiviteit weergegeven voor ouderen in drie leeftijdscategorieën, te weten 55-64-jarigen, 65-74-jarigen, 75-plussers vergeleken met de

volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. In 2000-2001 was 7 procent van de ouderen in de leeftijdscategorie 55-64-jarigen inactief, 11 procent in de leeftijdscategorie 65-74-jarigen en 28 procent in de leeftijdscategorie 75-plussers. In de periode 2000-2007 is het aantal inactieven onder ouderen afgenomen van 7% in de leeftijdscategorie 55-64 jarigen naar 4%. Onder 75-plussers is het percentage teruggelopen van 28% naar 21%. Hoewel dit beeld vergelijkbaar is met de trend in de algemene volwassen bevolking, is de mate van inactiviteit significant hoger onder ouderen. De mate van inactiviteit onder ouderen neemt toe met de leeftijd, van 4 procent ouderen in de leeftijdscategorie 55-64-jarigen tot 20 procent ouderen onder 75-plussers. Volledige inactiviteit (=op geen enkele dag van de week in zomer en winter tenminste 30 minuten lichamelijk matig intensief bewegen) heeft slechte gevolgen voor de zelfredzaamheid en het beloop van chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld diabetes, artrose en osteoporose (Mosterd et al., 1996). Ook kan overgewicht en obesitas toenemen door de onbalans in voeding en beweging.

**Figuur 3.4 Trend in het percentage ouderen in drie leeftijdscategorieën (55-64, 65-74, 75+) en de bevolking (18+) dat inactief is over de periode 2000-2007.**



### 3.1.5 Beweegnormen naar geslacht, opleiding en inkomen

Voor elk van de beweegnormen is op basis van OBiN gegevens over de jaren 2006-2007 per leeftijdscategorie (55-64, 65-74, 75+) een uitsplitsing gemaakt naar geslacht, opleiding (LO/MAVO, Middelbaar, Hoger) en inkomen (Beneden modaal, Modaal, Boven modaal). Uit de gegevens blijkt dat de grootste verschillen optreden in de leeftijdscategorie 75-plus. In deze leeftijdscategorie blijkt voor elke beweegnorm dat mannen vaker voldoen aan de betreffende

normen (en minder vaak inactief zijn). Daarnaast voldoen hoog opgeleiden en mensen met boven modaal inkomen vaker aan de beweegnormen en zijn ook minder vaak inactief.

### 3.1.6 Kracht

Krachtsbehoud is van belang om beperkingen tegen te gaan en zelfredzaamheid te bevorderen (Nelson et al., 2007). Helaas bleek uit een recente studie (Van Gool et al., 2009) dat er een ongunstige trend is voor ouderen met beperkingen. Vergeleken met 15 jaar geleden nemen die beperkingen eerder toe dan af. Nederland wijkt hierin ongunstig af vergeleken met het buitenland. In OBiN is vanaf 2006 aan alle 65-plussers gevraagd naar het aantal dagen per week dat men lichamelijke activiteiten uitvoert die speciaal bedoeld zijn om de spieren te versterken ten einde de zelfredzaamheid te handhaven of te vergroten. Voorbeelden van oefeningen zijn het werken met gewichten en elastische banden, ouderengym en tai chi. Ongeveer 30 procent van de ouderen gaf aan activiteiten te ondernemen om spieren te versterken. Ouderen die spierversterkende oefeningen doen, doen dit gemiddeld 4,5 keer per week. Gemiddeld 43 procent van de ouderen die spieroefeningen doen, doen dit dagelijks. Dat wil zeggen dat van de totale groep ouderen circa 13 procent de moeite neemt om dagelijks spierversterkende oefeningen te doen.

## 3.2 Beweegdeelname ouderen: welke groepen wel/niet

Een belangrijk aandachtspunt voor beweegstimuleringsbeleid is het reduceren van het aantal personen (ook ouderen) dat inactief is. Het reduceren van inactiviteit is vooral van belang vanwege de relatief grote gezondheidsrisico's die daaraan verbonden zijn. Om die reden is het van belang om inzicht te krijgen in determinanten van inactiviteit en doelgroepen die een verhoogde mate van inactiviteit vertonen. Uit literatuuronderzoek en analyse van meerdere Nederlandse databestanden (De Vreede et al., 2008) is gebleken dat een aantal subgroepen binnen de doelgroep ouderen een hoger risico lopen op totale inactiviteit. Onder ouderen zijn vrouwen vaker inactief dan mannen. Alleenstaande/-wonende ouderen blijken ook vaker inactief te zijn dan samenwonende ouderen. Oude ouderen (75-plussers) zijn vaker inactief dan jongere ouderen. Verder blijken rookgedrag en ervaren gezondheid ook van invloed te zijn op het beweeggedrag van ouderen.

Naast het 'normale' verouderingsproces, waarbij allerlei fysiologische veranderingen optreden, gaat ouder worden gepaard met het optreden van een of meerdere chronische aandoeningen. Populatiecijfers laten zien dat 50 procent van de ouderen een of meer chronische aandoeningen heeft (Chorus & Hopman-Rock, 2003). Bij een chronische aandoening is als gevolg van een ziekte of trauma vaak sprake van langdurige of blijvende restverschijnselen als pijn, vermoeidheid, schadelijke anatomische of structurele veranderingen en (extra) verlies van mentale of fysiologische functies. Over het algemeen geldt dat mensen met chronische aandoeningen minder fysiek belastbaar zijn. Met als gevolg een extra verhoogd risico op inactiviteit en vervolgens een verhoogd risico op functionele beperkingen en daarmee het verlies op zelfstandigheid.

Uit het onderzoek van Chorus & Hopman-Rock (2003) kwam naar voren dat ouderen met een chronische aandoening een belangrijke risicogroep zijn voor bewegingsarmoede. In tabel 3.1 is het percentage normactieven volgens de NNGB en de mate van inactiviteit voor verschillende

diagnosegroepen weergegeven, uitgesplitst naar mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder en vergeleken met ouderen (65-plussers) zonder aandoening. Diagnosegroepen onder ouderen die significant minder vaak aan de NNGB voldeden zijn: hart- en vaatziekten, artrose, astma/copd en overige chronische aandoeningen. Specifiek onder oudere vrouwen vormen de diagnosegroepen aandoeningen aan het bewegingsstelsel (anders dan artrose), kanker en diabetes mellitus belangrijke risicogroepen voor bewegingsarmoede.

Algemeen wordt aangenomen dat ieder beetje beweging voor de doelgroep lichamelijk inactieven goed is, en dat deze groep het meest profiteert van het starten met lichaamsbeweging, zo ook bij mensen met chronische aandoeningen. Vandaar dat in tabel 3.1 ook een overzicht gegeven is van het percentage inactieven naar chronische aandoeningen, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.

**Tabel 3.1 Percentage inactieven uitgesplitst naar chronische aandoening en geslacht (65 jaar en ouder) (Chorus & Hopman-Rock, 2003)**

	% NNGB		% inactief	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Spijsverteringsaandoeningen	62	64	39	32
Hart- en vaatziekten	40	30	29	47
Artrose	38	31	21	48
Overige aandoeningen bewegingsstelsel	48	28	30	53
Neurologische aandoeningen	59	33	32	43
Kanker	60	22	24	45
Diabetes mellitus	61	24	22	47
Astma/copd	38	22	41	56
Overige chronische aandoeningen	41	29	33	48
Totale groep chronische aandoeningen	45	28	31	49
Referentie algemene bevolking 2001 (CBS,2003)	68	46		

**Vetgedrukt:** significant verschillend van de referentiepopulatie

In het algemeen kan geconstateerd worden dat mensen met chronische aandoeningen een hoog risico hebben op inactiviteit. Vrouwen scoren over algemeen nog slechter dan mannen. Met uitzondering van spijsverteringsaandoeningen, is van de oudere vrouwen in alle diagnosegroepen meer dan 40 procent inactief.

Als gevolg van bevolkingsgroei en vergrijzing wordt in Nederland in de komende 20 jaar een toename van 25-55 procent van het aantal chronisch zieken verwacht. Als gevolg van een sterkere stijging van de levensverwachting zijn bij mannen de stijgingspercentages hoger dan bij vrouwen. In tabel 3.2 wordt een overzicht gegeven van de chronische aandoeningen, waarvan de incidentie en/of de prevalentie op basis van bevolkingsomvang en –opbouw naar leeftijd en geslacht zullen toenemen met tenminste 25 procent in de komende 20 jaar.



**Tabel 3.2 Chronische aandoeningen met tenminste 25% stijging in incidentie of prevalentie in 2020 ten opzichte van 2000 (op basis van bevolkingsomvang en -opbouw naar leeftijd en geslacht)**

Toename incidentie > 25%	Prevalentie > 25%
Artrose	Artrose
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
COPD	COPD
Psychische aandoeningen	Psychische aandoeningen
Hartfalen	Hartfalen
Beroerte	Beroerte
Coronaire hartziekten	Coronaire hartziekten
Osteoporose	Osteoporose
Kanker	Reumatoïde artritis

De effecten van de vergrijzing op de gezondheidstoestand worden nog enigszins versterkt door de veranderende samenstelling van de bevolking naar burgerlijke staat. Dit betekent dat er in de toekomst meer alleenstaanden, weduwen/weduwenaars en gescheiden mensen zullen voorkomen, welke meer gezondheidsproblemen hebben dan gehuwden of samenwonenden. Aan de andere kant zou het stijgende opleidingsniveau en daaraan gerelateerde positieve effecten op de gezondheid de effecten van de vergrijzing gedeeltelijk teniet kunnen doen (onder de veronderstelling dat het verband tussen gezondheid en al deze factoren in de toekomst gelijk blijft).

In het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM<sup>1</sup> wordt daarnaast een belangrijke ontwikkeling genoemd met betrekking tot overgewicht die samenhangt met de bovengenoemde toename van een aantal chronische aandoeningen. Zowel bij volwassenen als bij kinderen is het percentage kinderen met overgewicht de laatste jaren gestegen. Aangegeven wordt dat het percentage kinderen van zeven jaar en ouder dat te dik was in de periode 2002-2004 ten opzichte van 1997 sterk is gestegen en soms zelfs verdubbeld. Het percentage kinderen met ernstig overgewicht is in diezelfde periode ook sterk toegenomen en op sommige leeftijden zelfs meer dan verdrievoudigd (8-, 9- en 15-jarige jongens, 15- en 16-jarige meisjes). Wanneer de trend zich op dezelfde manier voortzet als voorheen, zal het percentage volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) de komende twintig jaar met 50 procent toenemen. Er zijn aanwijzingen dat de recente stijging in ernstig overgewicht bij kinderen tussen 1997 en 2004 sterker is dan de eerder geconstateerde stijging tussen 1980 en 1997. Ook in landen om ons heen zijn stijgende trends te zien. Verder is de verwachting dat veranderingen in de omgeving de keuze voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik zullen bevorderen. Deze ontwikkelingen vormen op termijn een potentieel ongunstige basis voor de gewenste terugdringing van inactiviteit bij ouderen.

<sup>1</sup> Bron: [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1254n18950.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1254n18950.html)

### 3.3 Aard, frequentie en intensiteit van beweegactiviteiten

Als het gaat om specifieke beweegactiviteiten, dan worden in verschillende Nederlandse gegevensbronnen met name data gepresenteerd die betrekking hebben op wandelen en fietsen. Om die reden wordt in deze paragraaf in hoofdzaak ingegaan op deze beide beweegactiviteiten.

Wijlhuizen et al. (2007) lieten in een studie onder 1752 Nederlandse zelfstandig wonende ouderen (65+) in Friesland zien dat 34 procent van de ouderen weinig tot matig lichamelijk actief is (minder dan 1 keer per week wandelden of fietsten), 37 procent actief is (1 of 2 keer per week wandelden of fietsten) en 29 procent zeer actief is (vrijwel elke dag wandelden of fietsten). Van Heuvelen et al. (2005) vonden in een groep van 1269 zelfstandig wonende ouderen (65+) dat 48 procent inactief is (doet niet aan wandelen, fietsen of sporten), 46 procent matig actief is (doet wel aan wandelen en fietsen, maar neemt onregelmatig deel aan georganiseerde sport), en dat 5 procent van de ouderen actief is (doet regelmatig aan georganiseerde sport). Beide genoemde studies zijn uitgevoerd in de noordelijke regio van Nederland en kunnen om die reden niet als representatief voor het hele land worden beschouwd. In algemene zin sluiten de gegevens echter wel aan bij CBS gegevens die in het Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2000/2001 (Ooijendijk, 2002) zijn weergegeven en waaruit blijkt dat van de 65-plussers in 1999 57 procent nooit sportte, 68 procent nooit fietste en 58 procent nooit wandelde.

In tabel 3.3 is een overzicht gegeven van de tijd die besteed wordt aan tenminste matig intensieve lichaamsbeweging in uren/week. De Nederlandse bevolking van 50 jaar en ouder besteedt in totaal gemiddeld 10,5 uur per week aan tenminste matig intensieve lichaamsbeweging in het dagelijkse leven. Bijna 60 procent van deze tijd is besteed aan wandelen en fietsen als vorm van transport, een kwart aan recreatieve inspanning (sporten en recreatief wandelen en fietsen), en de overige tijd aan matig intensief huishoudelijk werk.

**Tabel 3.3 Tijd besteed aan tenminste matig intensieve lichaamsbeweging in uren/week naar specifieke activiteiten, Nederlandse bevolking 50 jaar en ouder, 2006**

		Totaal bewegen (incl. huishoudelijk werk)	Totaal Bewegen (excl. huishoudelijk werk)	Sporten	Recreatief wandelen en fietsen	Wandelen en fietsen als transport	Huishoudelijk werk
Totaal	(N=692)	10,5	8,6	1,2	1,3	6	2
Leeftijd							
50-64 jaar	(N=422)	10,7	8,8	1,2	1,3	6,2	2
65-79 jaar	(N=270)	10,1	8,1	1,1	1,4	5,6	1,9

Bron: Tijdsbestedingsonderzoek (TBO), dat gekoppeld is aan de data van het mobiliteitsonderzoek Nederland (MON), en de Survey Integratie Minderheden (SIM), 2006.

### 3.4 Bewegen en vallen

Het bevorderen van lichamelijke activiteit bij ouderen is belangrijk vanwege de gezondheidswaarde en het handhaven van de functionaliteit en daarmee de zelfredzaamheid. Een belangrijk neveneffect van het in beweging brengen van ouderen is dat de valkans en

daaraan gerelateerde letsels toenemen (Wijlhuizen, 2009). Mede om die reden wordt in deze paragraaf een aantal aspecten van valongevallen bij ouderen weergegeven.

### **Leeftijd en ongevalsmechanisme bij privé-letsels**

In Nederland vallen jaarlijks circa 750.000 ouderen (65+) tenminste één keer (Consument en Veiligheid). Dit heeft tot gevolg dat jaarlijks naar schatting 1.800 ouderen van 55 jaar en ouder overlijden als gevolg van een val, dat er jaarlijks circa 32.000 ouderen in het ziekenhuis worden opgenomen en dat er circa 88.000 ouderen op spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen behandeld worden.

Elk jaar resulteert een val bij circa 15.000 ouderen in een heupfractuur. Naast lichamelijk letsel, kunnen valongevallen ook psychologische en sociale gevolgen hebben. Angst om te vallen kan leiden tot verminderde fysieke activiteit, waardoor de actieradius van ouderen beperkt wordt en mogelijk sociaal isolement tot gevolg kan hebben. Herhaaldelijk vallen gaat gepaard met een afname van de functionaliteit en uiteindelijk de zelfredzaamheid. Ouderen die herhaaldelijk vallen hebben een grote kans op een opname in een verzorgings- of verpleeghuis.

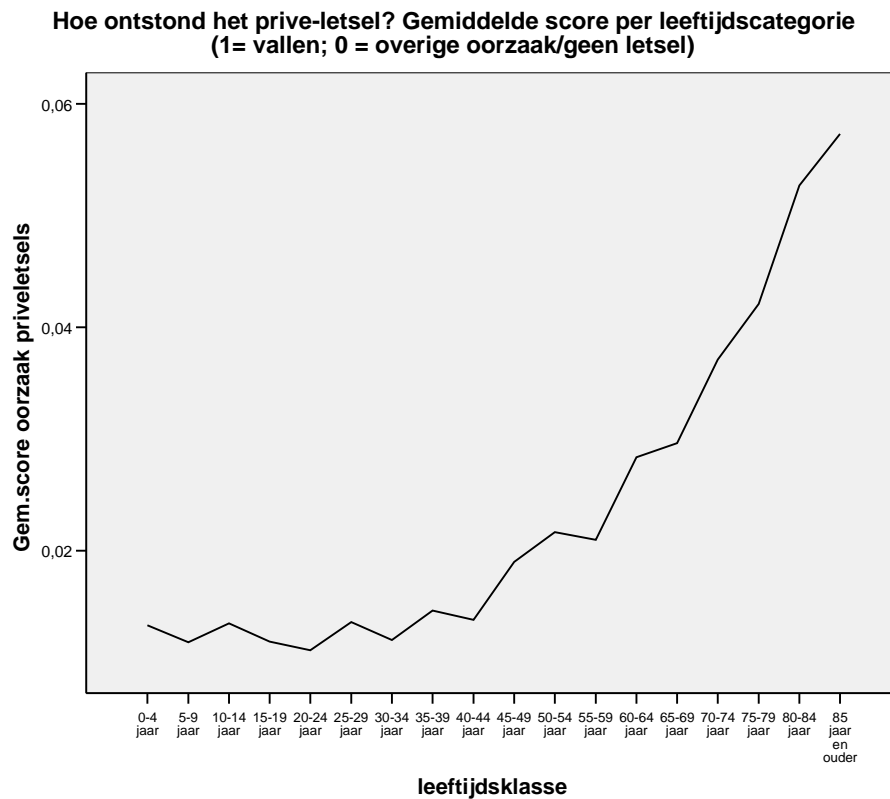
In de literatuur wordt een grote verscheidenheid aan risicofactoren voor vallen bij ouderen genoemd. In tabel 3.4 zijn de acht meest genoemde risicofactoren voor vallen bij ouderen weergegeven. Problemen met mobiliteit (spierkracht, loopvermogen) en problemen met de balans zijn de belangrijkste risicofactoren voor vallen (Rubinstein et al., 2000).

**Tabel 3.4 Acht belangrijkste risicofactoren voor vallen bij ouderen**

1 Verminderde spierkracht	5 Mobiliteit beperkingen
2 Verminderde balans	6 Bloeddruk daling bij opstaan
3 Verminderd loopvermogen	7 Cognitieve beperkingen
4 Verminderd gezichtvermogen	8 Functionele beperkingen

De genoemde risicofactoren voor vallen komen bij personen op hogere leeftijd in toenemende mate voor, waarbij ook de frequentie van combinaties van risicofactoren hoger is. In figuur 3.6 is het valrisico voor de gehele bevolking weergegeven naar leeftijd. Er valt af te lezen dat het valrisico sterk stijgt vanaf de leeftijdscategorie 45-49 jaar.

**Figuur 3.6 Leeftijdsverdeling van de kans op vallen met letsel in de privésfeer**



## Conclusies

Valongevallen bij zelfstandig wonende ouderen vormen een grote bedreiging voor de gezondheid en zelfredzaamheid. De kans op vallen neemt op hogere leeftijd sterk toe. Omdat bewegen een voorwaarde is voor het ontstaan van letsel door vallen is het van belang om bij beweegstimulering aandacht te besteden aan de veiligheidsaspecten van bewegen om te voorkomen dat de kans op letsels door vallen bij ouderen gaat toenemen als ouderen meer gaan bewegen.

## 3.5 Stimulansen en belemmeringen ten aanzien van bewegen

De internationale literatuur bevat een aantal onderzoeken naar de determinanten van bewegen. Hoewel veel onderzoek naar determinanten van bewegen in algemene zin beschikbaar is, zijn er nog maar weinig onderzoeken gepubliceerd waarin determinanten van bewegen specifiek voor ouderen zijn onderzocht. Daarbij valt op dat er geen gepubliceerde onderzoeken zijn naar de determinanten van bewegen van ouderen in instellingen. Determinanten van bewegen in het algemeen zouden ook bij ouderen een rol kunnen spelen. Tabel 3.5 geeft daarom allereerst een overzicht van determinanten in de algemene bevolking op basis van een review van Trost et al. (2002).

**Tabel 3.5 Determinanten van bewegen en mate van bewijsvoering in algemene bevolking**

Determinanten		Mate van relatie met bewegen*
Sociodemografische factoren	leeftijd	--
	opleiding	++
	zittend beroep	-
	geslacht (mannelijk)	++
	socioeconomische status	++
	historie van blessures	+
	burgerlijke status	-
	ethniciteit	--
Persoonskenmerken	attitude	0
	psychologische barrières om te bewegen	--
	psychologische controle over training	+
	plezier aan bewegen	++
	verwacht positieve effecten	++
	intentie om te (gaan) bewegen	++
	kennis over gezondheid en bewegen	0
	tijdgebrek	--
	subjectieve gezondheid of fitheid	++
	negatief zelfbeeld	-
	psychologische gezondheid	+
	self-efficacy	++
	motivatie	++
	eigen schema voor bewegen	++
	stage of change**	++
	ernst van ziekte	0
Gedrag	beweeggedrag gedurende volwassenheid	++
	voedingsgedrag	++
	eerder deelgenomen aan beweegprogramma	++
	veranderingen in beweeggedrag	++
	actieve coping met barrières	+
	roken	-
	type A gedragspatroon	+
Sociale en culturele factoren	invloed van arts/medisch professional	++
	sociale isolatie	-
	sociale steun van vrienden/leeftijdgenoten	++
	sociale steun van familie	++
Fysieke omgevingsfactoren	toegankelijkheid van faciliteiten: feitelijk	+
	toegankelijkheid van faciliteiten: ervaren	+
	invloed van seizoen	--
	aangename omgeving	+
	sociale aspect van bewegen	+
	uitrusting om thuis te bewegen	+
	tevredenheid met faciliteiten	-
Karakteristieken van bewegen	intensiteit	-
	ervaren moeite	--

\*++: herhaaldelijk gedocumenteerde positieve relatie met bewegen;+: zwakke of geen consistente positieve relatie met bewegen; 00: herhaaldelijk geen bewijs voor relatie gedocumenteerd; -: zwakke of geen consistente negatieve relatie met bewegen; -- herhaaldelijk negatieve relatie met bewegen gedocumenteerd. \*\* Prochaska & DiClemente., 1983

Van deze determinanten lijken subjectieve gezondheid of fitheid, invloed van arts/medisch professional, sociale invloed en steun van familie en vrienden en toegankelijkheid van faciliteiten van specifieke betekenis voor ouderen. Uit een internationale studie naar de fysieke activiteit van volwassenen van 18-96 jaar in zes Europese landen bleek ook het beleid omtrent de promotie van fysieke activiteit een belangrijke determinant te zijn (Stahl, 2001).

In de (inter)nationale literatuur werden zeven studies gevonden over determinanten van bewegen bij Nederlandse ouderen en twee internationale studies. Uit deze onderzoeken blijkt dat net als bij de algemene bevolking naast gezondheidsspecifieke kenmerken ook sociodemografische, persoonskenmerken, gedrag, sociaal culturele factoren en fysieke omgevingskenmerken de mate van bewegen te bepalen. De onderzoeken bevestigen dat een lage opleiding, een lage sociaal-economische status, een lage zelf-ervaren gezondheid, depressiviteit, een laag zelfvertrouwen, weinig sociale steun, een weinig stimulerende omgeving ook voor ouderen determinanten van inactiviteit zijn. Daarnaast komt uit deze studies naar voren dat bij ouderen ook de volgende factoren een rol spelen: het vrouwelijke geslacht, een hoge leeftijd, alleenstaand zijn, het hebben van een of meerdere lichamelijke beperkingen, angst om te vallen, overgewicht en roken.

Op basis van deze bevindingen is een indicatief profiel voor Nederlandse ouderen met een verhoogd risico op bewegingsarmoede opgesteld (tabel 3.6), op basis van de sterkste bewijsvoering (De Vreede et al., 2008).

**Tabel 3.6 Indicatief profiel voor ouderen met verhoogd risico op bewegingsarmoede**

---

Sociodemografische factoren
Vrouwelijk geslacht
Leeftijd > 75 jaar
Laag inkomen/lage SES
Persoonskenmerken
Lage subjectieve gezondheid/fitheid
Depressie
Laag zelfvertrouwen
Tenminste 1 lichamelijke beperking
Gedrag
Roken
Weinig/geen historie voor bewegen gedurende volwassenheid
Sociaal culturele factoren
Weinig sociale steun
Fysieke omgevingsfactoren
Geen stimulerende fysieke omgeving

---

### 3.6 Beweeginterventies voor ouderen

De laatste jaren voldoet een toenemend aantal Nederlanders aan de beweegnormen, maar is er nog steeds een aanzienlijk deel van de bevolking dat met het huidige beweegaanbod onvoldoende bereikt wordt, waaronder ouderen en mensen met chronische aandoeningen

(Hildebrandt et al., 2004, 2008). Ook is er nog steeds sprake van een relatief grote uitval uit beweegactiviteiten. Stiggelbout et al. (2008) vonden dat bij MBvO de uitval onder deelnemers na een half jaar ongeveer 15 procent was. Internationale literatuur laten hogere uitvalspercentages zien, hetgeen ook gerelateerd is aan de intensiteit van de beweegactiviteiten. Naarmate mensen ouder worden, chronische aandoeningen krijgen en/of overgewicht ontwikkelen treedt er een steeds grotere uitval op uit sport- en beweegactiviteiten, mensen gaan minder sporten en worden minder lichamelijk actief. Bij ouderen kan dit zelfs leiden tot een afname van de zelfredzaamheid, waardoor mensen geïnstitutionaliseerd of opgenomen worden. Er is behoefte aan een aanbod waarbij meer rekening wordt gehouden met de verminderde belastbaarheid en klachten van mensen met chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen en overgewicht/ obesitas. In deze paragraaf wordt ingegaan op beweeginterventies die succesvol zijn gebleken om ouderen te stimuleren om meer te gaan bewegen en de factoren die daaraan hebben bijgedragen. In bijlage 1 is een uitgebreide beschrijving opgenomen van de verschillende beweeginterventies.

### **Succesvolle beweeginterventies voor ouderen**

In het kader van het EUropean Network for Action on Ageing and Physical Activity (EUNAAPA; [www.eunaapa.org](http://www.eunaapa.org)) is door TNO een inventarisatie gedaan naar succesvolle Nederlandse beweegprogramma's voor ouderen. Op basis van meerdere expertrondes zijn kenmerken geïnventariseerd van succesvolle beweegprogramma's voor ouderen. Of een programma, in de ogen van experts, succesvol was, was mede gebaseerd op het bereik en de mate waarin het programma werd uitgevoerd. Succesvolle programma's bestonden uit de volgende kenmerken:

- Meerdere onderdelen (meestal combinatie thuisoefeningen, groepsoefeningen en valpreventie);
- recreatieve beweegactiviteit (bewegen op muziek, specifieke oefeningen) en/of aangepaste beweegactiviteiten (val preventie, krachttraining);
- een ruim locatieaanbod (sportschool/zaal, wijkgebouw, zorgcentrum);
- groepen van 10 tot 15 personen per instructeur;
- gezondheidsbevorderende doelstellingen (secundair sociale aspecten);
- oefeningen die zich op meerdere fysieke aspecten richten (spierkracht, balans & coördinatie, flexibiliteit);
- een programma op maat voor deelnemers;
- verschillende meetmomenten naar fysieke aspecten en tevredenheid van oudere deelnemers;
- een maximale financiële bijdrage van een oudere deelnemer van €5,- per sessie.

Elf Nederlandse beweeg(stimulerings-)programma's werden in dit kader als succesvol beschouwd, te weten:

- ACTOR (eenzaamheid, social skills);
- Care 70+ (rug- en gewrichtsklachten, oefentherapie Cesar);
- COACH (coaching op afstand + stappenteller);
- COOL (Conditietraining Op Oudere Leeftijd);
- Bewegen is van iedereen (motivatie, wegnemen barrières);
- GALM (Groningen Actief Leven Model);

- Gezond & Vitaal (Voorlichting + oefeningen);
- In Balans (Voorlichting + Tai Chi oefening);
- MBvO (meer bewegen voor ouderen);
- Vallen Verleden Tijd (valtechniek, balans en coördinatie).

Aanvullend hierop zijn NiB-TV met een bereik van 150.000 kijkers, vooral oudere en chronisch zieke vrouwen (Hopman-Rock et al., 2005) en een programma van latere datum: Bewegen valt goed! dat nu landelijk wordt uitgerold.

De afgelopen jaren is er ook steeds meer aandacht gekomen voor de mogelijkheden van kracht- en functioneel trainen van ouderen met het oog op preventie van zorgafhankelijkheid. In Nederlandse zijn interventies voorradig voor zowel zelfstandig wonende ouderen als voor ouderen in de geïnstitutioniseerde setting, te weten:

- Door Oefening Energiek en Lenig (DOEL);
- Artrose programma's: omgaan met artrose, hup met de heup, en preventieve fysiotherapeutische beweegprogramma voor artrose;
- Funtex: een functioneel trainingsprogramma voor ouderen vrouwen;
- SPARC: Strength en Physical Activity in residential Care;
- Krachtraining van de M. Quadriceps femoris in verzorgingshuizen.

Weinig (stimulerings-)programma's voldoen echter geheel aan evidence-based richtlijnen voor beweegprogramma's voor ouderen. De meeste programma's voldoen wel aan het criterium dat er sprake is van 'tenminste matig intensieve activiteit' en dat bij de opbouw van het programma sprake is van een progressief verloop van de intensiteit. Daarentegen bestaan de meeste programma's niet uit:

- De gewenste frequentie (vaak maar een maal per week), waardoor de beweegnormen gehaald kunnen worden;
- specifieke training afgestemd op de problematiek bij de doelgroep (bij een balansprogramma ontbreekt bijvoorbeeld een balustraining; de training is vaak gebaseerd op krachtraining voor verbeteren zelfstandig functioneren);
- componenten om gedragsverandering op de lange termijn te laten beklijven;
- aanpassingen aan de individuele wensen van de deelnemers (30 procent van de ouderen wil graag in een groep bewegen en 30 procent individueel);
- een zelf-monitoring systeem om individuele voortgang te kunnen volgen;
- een goede overgang naar continue beweegactiviteiten (Stiggelbout et al., 2008).

Momenteel wordt een vervolgstudie uitgevoerd waarbij per land allianties worden gevormd die succesvolle interventies gaan implementeren. Deze studie is vooral gericht op sedentaire ouderen ([www.PASEONET.org](http://www.PASEONET.org)). In Nederland wordt PASEO uitgevoerd door TNO en NISB.

### **Effecten van beweeginterventies voor ouderen.**

Ondanks alle activiteiten is de effectiviteit van veel interventies (nog) niet voldoende aangetoond. Dit beeld wordt bevestigd door de nationale en internationale rapporten en overzichtsartikelen. Van der Bij (2002) geeft in een review naar de effecten van beweeginterventies voor ouderen aan dat verschillende interventies (thuis bewegen,



groepsactiviteiten en voorlichting) wel enige effecten laten zien op het beweeggedrag van ouderen, maar dat de succesvolle interventies vaak rapporteren dat de toegenomen fysieke activiteit van korte duur is. Tevens geeft dit overzicht aan dat het effect van promotiestrategieën voor bewegen niet wordt aangetoond. In 2006 gaven De Greef & Bossenbroek in een overzicht naar de effecten van door ZonMw gefinancierde interventies op de gezondheid en het beweeggedrag van ouderen aan dat er weinig aanwijzingen zijn voor een stevig effect van beweegstimulerende interventies op de fitheid, de gezondheid en het beweeggedrag van ouderen in Nederland. Ondanks dat de effecten van de beweeginterventies op het fysiek en mentaal functioneren van ouderen niet eenduidig zijn, bevelen de auteurs wel aan om (beweeg)interventies voor ouderen te blijven ontwikkelen, omdat de gezondheidswinst voor ouderen in potentie zeer groot is. Dit wordt onderstreept door de vele experimentele onderzoeken naar het effect van bewegen op de gezondheid en lichamelijke functies van ouderen (ACSM, 1998, Rubenstein et al., 2000, Latham et al., 2004) waarin de gezondheidseffecten van bewegen voor ouderen worden aangetoond.

Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van duidelijke effecten van beweeginterventies in de praktijk zou kunnen zijn dat, in tegenstelling tot onderzoek settings, in de praktijk een te lage frequentie of te laag inspanningsniveau van bewegen wordt gehanteerd. In een recent rapport van het Europese EUNAAPA netwerk over succesvolle beweegprogramma in Nederland kwam naar voren dat de meeste door Nederlandse experts geïdentificeerde succesvolle programma's niet voldoen aan de huidige internationale richtlijnen voor beweegprogramma's voor ouderen, doordat de aanbevolen frequentie en duur voor beweegprogramma's meestal niet wordt gehaald. Een andere mogelijke verklaring voor het uitblijven van effecten van beweeginterventies voor ouderen in de praktijk is dat de ontwikkelde programma's moeilijk te implementeren zijn en de oudere deelnemers niet weten te bereiken of niet weten vast te houden.

Het is van belang dat er meer inzicht wordt verkregen waarom sommige interventies wel effectief zijn en waarom andere niet. Daarnaast is het van belang om meer kennis te krijgen in de redenen waarom ouderen wel of niet deelnemen aan beweegprogramma's en waarom deelname wel of niet wordt volgehouden. Stiggelbout (2008) vond dat attitude, kwaliteit van het programma en de mate van therapietrouw belangrijke determinanten zijn van behoud van beweeggedrag.

### 3.7 Conclusies

Sinds 2000 laten de OBiN-cijfers zien dat het beweeggedrag van ouderen zich in gunstige zin heeft ontwikkeld. Het percentage ouderen dat aan de normen voldoet lijkt gestegen en het percentage ouderen dat inactief is lijkt gedaald. Niettemin is het van belang dat er voortdurend geïnvesteerd wordt in gedragsbehoud, aangezien het voldoen aan de normen op het ene moment niet automatisch betekent dat dit gedrag beklijft. Binnen de groep ouderen zijn een aantal subgroepen geïdentificeerd die een verhoogd risico hebben op bewegingsarmoede met alle gevolgen van dien. Dit betreffen: vrouwen, oudere ouderen, chronisch zieken, ouderen met lichamelijke beperkingen, lager opgeleiden, lage inkomensgroepen, ouderen met depressiviteit, ouderen met een laag zelfvertrouwen, een ongezonde leefstijl, ouderen met weinig sociale steun, en ouderen die wonen in een weinig tot beweging uitnodigende omgeving.

Het overzicht van beweeginterventies voor ouderen geeft aan dat er op dit moment in Nederland veel activiteiten zijn op het gebied van beweegstimulering voor ouderen. Gemeten naar het bereik van de landelijke beweegprogramma's (MBvO, GALM, NiB-tv) lijken de beweegprogramma's succesvol. Het ontbreekt echter soms aan definitief bewijs voor effect van de programma's op het beweeggedrag en de gezondheid van ouderen. Daarnaast lijkt de focus van het huidige aanbod aan beweegprogramma's en promotiestrategieën vooral te liggen op zelfstandig wonende, relatief gezonde ouderen en worden kwetsbare groepen gemist. Dit wordt bevestigd door een rapport van de Rijksuniversiteit Groningen (De Greef & Bossenbroek, 2006) dat aangeeft dat in het huidige aanbod van programma's de kwetsbare en lage SES (Sociaal Economische Status) groepen ouderen het minst profiteren.

## 4. Ouderen en hun sportdeelname

- Caroline van Lindert, Koen Breedveld, Remko van den Dool, Mulier Instituut -

In dit hoofdstuk staat de sportdeelname van ouderen centraal. Dit hoofdstuk biedt de meest actuele cijfers over actieve sportbeoefening van ouderen in Nederland. De belangrijkste bronnen waaruit voor dit hoofdstuk is geput zijn het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO)<sup>2</sup> en de Verenigingsmonitor 2008<sup>3</sup>. De sportdeelname van ouderen wordt in beeld gebracht door gebruik te maken van gegevens uit AVO 2007 en deze te vergelijken met eerdere metingen (zie ook Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008).

### 4.1 Sportdeelname

De AVO-cijfers laten een duidelijk stijgende lijn in de sportdeelname zien van de totale bevolking (tabel 4.1). In 2007 deed 71 procent van de bevolking (6-79 jaar) in de afgelopen 12 maanden ten minste één keer aan sport (fiets- en wandelsport niet meegerekend). Als wordt uitgegaan van de RSO-norm (minimaal 12 x per jaar sporten, incl. fiets- en wandelsport) sport 65 procent van de totale bevolking (6-79-jarigen).

De sportdeelname onder ouderen (50-79 jaar) valt nog steeds lager uit. Van de 50-64-jarigen sport 55 procent ten minste één keer per jaar, van de 65-79-jarigen is dat 41 procent<sup>4</sup>. Opvallend is dat in de leeftijdscategorie 50-64 jaar vrouwen vaker sportief actief zijn dan mannen (resp. 59% en 51%). Bij de groep 65-plussers maakt sexe hierin geen verschil. Het meetellen van fietsen en wandelen leidt vooral bij de groep ouderen tot een duidelijke stijging van de sportdeelname. Dat zegt al iets over het belang van die sporten voor ouderen. Het toepassen van een ondergrens van twaalf keer per jaar sporten (de zogeheten RSO-norm) verandert weinig aan de verhoudingen tussen ouderen en jongeren. Het is dus zeker niet zo dat ouderen relatief vaak tot de groep behoren die maar 1 keer per jaar aan sport doet.

<sup>2</sup> Het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) is een langlopend, vierjaarlijks onderzoek onder de Nederlandse bevolking van 6-79 jaar (zelfstandig wonend). Het onderzoek richt zich zowel op de meting van het gebruik van voorzieningen als op een breed scala aan andere onderwerpen. Sportdeelname wordt gemeten middels een toonblad van 26 sporten (plus de categorie 'overig', waar deelnemers zelf een sport kunnen invullen) en de bijbehorende vraag en toelichting: 'Wilt u de sportieve activiteit(en) die u in de afgelopen 12 maanden in Nederland heeft beoefend aankruisen? Het gaat uitsluitend om sportieve activiteiten in uw vrije tijd, dus buiten werktijd en buiten schooluren. Voor vissen en denksporten (zoals schaken, dammen, kaarten) niets aankruisen.' Voor elk van de aangekruiste sporten wordt vervolgens gevraagd naar frequentie, locatie en verband waarin de sport wordt beoefend (o.a. lidmaatschap sportvereniging, competitie). Voor meer informatie over het AVO, zie [www.scp.nl/miss/AVO.html](http://www.scp.nl/miss/AVO.html) (Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008).

<sup>3</sup> De verenigingsmonitor is een uitgebreide vragenlijst die jaarlijks wordt verspreid onder de verenigingen van het Verenigingspanel. Dit panel staat model voor de bijna 29.000 sportverenigingen in Nederland. De Verenigingsmonitor wordt uitgevoerd door het W.J.H. Mulier Instituut in opdracht van NOC\*NSF, met steun van het ministerie van VWS.

<sup>4</sup> De sportdeelname onder de 80+'ers die deelnamen aan het onderzoek bedroeg in 2007, incl. wandelen en fietsen 24%. In 1983 was dat nog 12%.

**Tabel 4.1 Sportdeelname in de afgelopen 12 maanden, naar ouderen en ouderen/geslacht, 1983–2007 (in procenten)**

		excl. fiets-/wandelsport(a) >1 x per jaar			incl. fiets-/wandelsport >1 x per jaar >12 x per jaar (RSO-norm)	
		1983 (n=14405)	1995 (n=14190)	2007 (n=6380)	2007 (n=6380)	2007 (n=6380)
totaal (bevolking 6-79 jaar)		59	64	71	78	65
50-64 jaar	(n=2.178-1.451)	29	45	55	70	60
65-79 jaar	(n=1.396-807)	15	26	41	54	44
50-64 jaar/man	(n=1.059-706)	28	43	51	69	56
50-64 jaar/vrouw	(n=1.119-745)	29	47	59	72	63
65-79 jaar/man	(n=623-366)	15	25	41	56	45
65-79 jaar/vrouw	(n=773-441)	15	26	42	53	44

- a) Door een andere definitie van wandelen en fietsen in de vragenlijst van het AVO sinds 1995, zijn de gegevens over deze sporten van vóór 1995 niet meer vergelijkbaar met die van 1995 en verder. Voor een reeks over de tijd kunnen dus alleen deelnamecijfers excl. wandelen en fietsen worden weergegeven (Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008).

Bron: SCP (AVO '83-'07)

## Trends

De sportdeelname onder ouderen heeft door de jaren heen wel een enorme sprong gemaakt en is sterker gestegen dan onder de gemiddelde bevolking. Als uit wordt gegaan van één keer per jaar sporten (excl. fiets- en wandelsport) is de toename voor beide ouderen groepen (50-64-jarigen en 65-79-jarigen) gelijk (toename van 26% tussen 1983 en 2007)<sup>5</sup>. Voor de groep 65-79-jarigen is de toename het meest indrukwekkend, omdat daar de beginsituatie het minst gunstig was. De grootste groei heeft zich voorgedaan bij de groep 50-64-jarige vrouwen.

## Verschillen naar inkomen en opleiding

Zoals in de *Rapportage Sport 2008* (Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008) werd gesteld, zijn sociaaleconomische verschillen in sportdeelname hardnekkig, ook onder ouderen. Zowel onder de 50-64-jarigen als onder de 65-79-jarigen geldt dat de sportdeelname stijgt naarmate ook het inkomen stijgt (zie ook Pouw, 2004 en NISB, 2005). Bij de groep 50-64-jarigen speelt dat effect bij de mannen nog wat sterker dan bij de vrouwen en blijft de

<sup>5</sup> Als wandelen en fietsen wordt meegerekend, dan zien we ook een sterkere toename in de sportdeelname onder 50-plussers. Voor de groep 65-79 jarigen is de sportdeelname inclusief wandelen en fietsen tussen 2003 (niet in tabel) en 2007 zelfs toegenomen van 42% naar 52%. Voor 50-64 jarigen is die stijging iets minder groot, namelijk van 64% in 2003 (niet in tabel) naar 70% in 2007. De resultaten zijn een indicatie dat wandelen en fietsen juist onder 50-plussers populaire sporten zijn.

sportdeelname van mannen met weinig inkomen achter bij de sportdeelname van vrouwen met weinig inkomen. Bij de 50-64-jarigen is de sportdeelname in alle inkomenssegmenten navenant gestegen, bij de 65-79-jarigen steeg de sportdeelname vooral onder de hogere inkomens (cijfers niet in de tabel)<sup>6</sup>. Al gekeken wordt naar opleidingsniveau in plaats van naar inkomen, dan zijn vergelijkbare patronen waarneembaar.

**Tabel 4.2 Sportdeelname in de afgelopen 12 maanden, naar inkomen ouderen en ouderen/geslacht, 2007 (in procenten)**

		6-79 jaar	50-64 jaar	65-79 jaar	50-64 jaar		65-79 jaar	
		(n=6.057)	(n=1.366)	(n=703)	man (n=667)	vrouw (n=699)	man (n=328)	vrouw (n=375)
excl. fiets- /wandelsport >1x per jaar	laag inkomen (n=1.948)	63	44	33	37	50	32	34
	midden inkomen (n=2.076)	70	50	45	45	55	43	47
	hoog inkomen (n= 2.100)	78	66	58	64	69	56	61
incl. fiets- /wandelsport >1x per jaar	laag inkomen (n=1.948)	71	61	47	55	66	46	47
	midden inkomen (n=2.076)	77	67	58	65	69	60	57
	hoog inkomen (n= 2.100)	85	80	70	79	80	71	70

Bron: SCP (AVO '07)

<sup>6</sup> Voor de totale bevolking blijkt dat in de afgelopen 25-30 jaar de sportdeelname onder laagopgeleiden en lage inkomensgroepen sneller is gestegen dan onder hoogopgeleiden en hogere inkomensgroepen. Bij ouderen vanaf 50 jaar is juist het omgekeerde het geval. De sportdeelname onder ouderen met een hoog inkomen en hoog opleidingsniveau steeg sterker dan onder ouderen met een laag inkomen of laag opleidingsniveau. Gekeken naar inkomensniveau geldt dat voor 65-plussers in sterkere mate dan voor 50-64-jarigen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aandeel ouderen (50+) met een hoog inkomen sinds 1979 sterker steeg dan het aandeel mensen met een hoog inkomen binnen de totale bevolking. Dit geldt niet voor het opleidingsniveau. Over het algemeen zien we nog steeds dat ouderen een veel lager inkomen hebben dan de gemiddelde Nederlander. Dit geldt in sterkere mate voor 65-plussers. Wat betreft opleidingsniveau zijn de verschillen minder groot tussen ouderen en de gemiddelde Nederlander.

**Tabel 4.3 Sportdeelname in de afgelopen 12 maanden, naar opleiding(b) ouderen en ouderen/geslacht, 2007 (in procenten)**

		6-79 jaar	50-64 jaar	65-79 jaar	50-64 jaar		65-79 jaar	
		(n=6.057)	(n=1.366)	(n=703)	man (n=667)	vrouw (n=699)	man (n=328)	vrouw (n=375)
excl. fiets- /wandelsport >1 x per jaar	lo,lbo,mavo (n=2.038)	53	43	35	37	48	33	37
	havo,vwo,mbo (n=1.744)	73	60	47	53	67	47	48
	hbo,wo (n=1.383)	79	73	58	70	77	55	64
incl. fiets- /wandelsport >1 x per jaar	lo,lbo,mavo (n=2.038)	63	59	47	54	64	48	46
	havo,vwo,mbo (n=1.744)	81	76	64	73	79	65	63
	hbo,wo (n=1.383)	86	86	70	86	85	67	75

b) Opleidingsniveau naar SOI-standaard, voltooid; excl. studenten en scholieren (Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008). Bron: SCP (AVO '07)

### Sportdeelname naar mate van beperking

Zoals gepresenteerd in *(On)beperkt Sportief* (Van Lindert et al, 2008), blijft de sportdeelname van mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking achter bij die van de totale bevolking.<sup>7</sup> De verschillen in sportdeelname zijn niet volledig terug te voeren op het feit dat mensen met een lichamelijke handicap gemiddeld genomen ouder zijn dan mensen zonder handicap. Ook binnen de leeftijdsgroepen doen zich verschillen in sportdeelname voor. Van de ouderen van 65-79 jaar met een matige of ernstige handicap sport maar 28 procent terwijl van de ouderen in dezelfde leeftijdsgroep zonder of met een lichte handicap 46 procent sport.

De sportdeelname onder ouderen met een matige of ernstige lichamelijke handicap is sinds 2003 wel toegenomen. Dit geldt in sterkere mate voor de 65-plussers.

<sup>7</sup> Via AVO zijn alleen gegevens over de sportdeelname bekend van mensen met een lichamelijke beperking (zelfstandig wonend). In 2006 heeft het SCP een maat ontwikkeld om de mate van beperking te kunnen achterhalen (*Mokken-schaal analyse*, zie De Klerk et al., 2006). De maat is een optelsom van negentien vragen over het kunnen uitvoeren van activiteiten.

**Tabel 4.4 Sportdeelname in de afgelopen 12 maanden, naar mate van lichamelijke beperking ouderen, 2003 en 2007 (in procenten)\***

		6-79 jaar		50-64 jaar		65-79 jaar	
		2003 (n=13.137)	2007 (n=6.057)	2003 (n=2.802)	2007 (n=1.366)	2003 (n=1.655)	2007 (n=703)
excl. fiets- /wandelsport >1x per jaar	niet/licht beperkt (n=11.684-5.564)	72	73	57	57	38	46
	matig/ernstig beperkt (n=1.370-447)	37	42	37	40	21	28
incl. fiets- /wandelsport >1x per jaar	niet/licht beperkt (n=11.684-5.564)	76	80	68	73	48	60
	matig/ernstig beperkt (n=1.370-447)	43	51	44	54	28	36

\* Cijfers wijken iets af van gepresenteerde cijfers in (On)beperkt Sportief (Van Lindert et al., 2008). In die publicatie zijn ook ouderen vanaf 79 jaar meegerekend, waardoor de sportdeelname daar iets lager uitvalt.  
Bron: SCP (AVO '03-'07)

De sportdeelname onder ouderen met een verstandelijke handicap (vanaf 55 jaar) valt ook aanzienlijk lager uit dan gemiddeld, zo blijkt uit onderzoek dat het Mulier Instituut in 2008 heeft laten uitvoeren onder leden van het Panel Samen Leven van het NIVEL (zie *On)beperkt Sportief*, Van Lindert et al., 2008). Gemiddeld doet 66 procent van de verstandelijk gehandicapten aan sport (afgelopen 12 maanden, één of meer sportieve activiteiten). Van de ouderen vanaf 55 jaar met een verstandelijke handicap sport maar 40 procent één of meer keer per jaar.

### Allochtonen en sportdeelname

Uit de AVO-cijfers blijkt dat de sportdeelname van allochtonen van diverse etnische achtergrond achterblijft bij die van autochtonen (zie Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008). Van de allochtonen van 50-64 jaar sport 32 procent tegenover 58 procent van de autochtonen in die leeftijdsgroep. De sportdeelname van allochtonen van 65-79 jaar is met 16 procent dramatisch laag. Bij autochtonen van die leeftijd ligt de sportdeelname op 37 procent. Bij deze cijfers is het wandelen en fietsen meegenomen. Als beide activiteiten niet zijn meegenomen zijn de verschillen tussen autochtonen en allochtonen iets minder groot. Niet-westerse allochtonen blijken minder te wandelen en fietsen als sport dan autochtonen. Allochtone vrouwen blijken terughoudend te zijn met fietsen, omdat ze fietsen gevaarlijk vinden en het als kind niet geleerd hebben. Als niet-westerse allochtonen met elkaar worden vergeleken zien we grote verschillen in sportdeelname. De sportdeelname onder Marrokaanse ouderen van 50-64 jaar (16%) en 65-79 jaar (7%) is vergeleken met andere categorieën het laagst. In de leeftijdscategorie 50-64 jaar sporten Antillianen het meest en in de leeftijdscategorie 65-74 jaar sporten Surinamers het meest (37%).

Uit deze cijfers en ervaringen met sport- en beweegprojecten voor allochtonen kan worden opgemaakt dat de eerste generatie allochtonen in Nederland bijzondere aandacht verdienen bij sport- en beweegstimulering (zie ook Ter Haar, 2004). Deze groep heeft nauwelijks ervaring met actieve sportbeoefening en met de traditie binnen de verenigingscultuur. Allochtone vrouwen zouden geholpen zijn met opstapcursussen om hen vertrouwd te maken met bewegen, alvorens over te stappen naar programma's als MBvO. Verschillen in culturele achtergrond

zorgen bovendien voor een verschil in ervaring en beleving van bewegen en sport (zie Ter Haar, 2004).

## 4.2 Frequentie van sportbeoefening

Hoewel het aandeel sporters onder ouderen dus onder het gemiddelde ligt voor de bevolking als geheel, kan niet of nauwelijks gezegd worden dat de ouderen die sporten minder vaak aan sport doen dan degenen die jonger zijn. Zeker geldt dat voor de groep 50-64-jarigen. Ouderen vanaf 65 jaar sporten wel wat minder frequent dan degenen die jonger zijn, maar heel groot zijn de verschillen niet. Tussen mannen en vrouwen binnen de ouderengroepen zijn er evenmin grote verschillen in sportfrequentie waargenomen (niet in tabel).

**Tabel 4.5 Sportfrequentie in de afgelopen 12 maanden, naar leeftijd, 2003 en 2007 (in procenten)**

	totaal		50-64 jaar		65-79 jaar	
	2003 (n=13.396)	2007 (n=6.380)	2003 (n=2.866)	2007 (n=1.451)	2003 (n=1.752)	2007 (n=807)
12-59 keer	43	43	50	44	49	52
60-119 keer	29	29	30	26	25	23
120 keer of vaker	28	28	20	30	26	25
Totaal	100	100	100	100	100	100

Bron: SCP (AVO '03-'07)

Ouderen blijken zich overigens in hun sportgedrag wel meer te concentreren op een beperkter aantal sporten. Gemiddeld beoefent een 60-79-jarige 1,4 sporten tegen 2,0 gemiddeld voor heel (sportend) Nederland en 2,5 voor de groep sportende 14-22-jarigen (Van den Dool et al., 2008).

## 4.3 Beoefening van diverse takken van sport

Over de totale bevolking bezien overstijgt het aantal beoefenaren van solosporten ruim het aantal beoefenaren van duosporten en teamsporten (zie Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008). Dit geldt ook voor de groep ouderen binnen de bevolking.

Toerfietsen/wielrennen en wandelsport/nordic walking zijn solosporten die door oudere sporters veel meer worden beoefend dan gemiddeld onder de sportende bevolking (tabel 4.6- vgl. Pouw, 2004 en NISB: 2005). Ook zwemmen, golf en tennis zijn sporten die op oudere leeftijd populair blijven.

Toerfietsen/wielrennen en hardlopen zijn populairder onder sportende oudere mannen dan onder sportende oudere vrouwen (niet in tabel). Voor wandelsport/nordic walking geldt het omgekeerde. Dat is vooral onder sportende vrouwen van 50-64 jaar populair.

Gymnastiek/turnen, ook een solosport, wordt door sporters vanaf 65 jaar meer dan gemiddeld beoefend. Dit geldt vooral voor sportende mannen van 65-79 jaar (niet in tabel). Zwemmen is ook voor oudere (vrouwelijke) sporters een favoriete tak van sport. Fitness/aerobics kan onder oudere sporters, vooral onder 50-64-jarige vrouwelijke sporters, op een redelijke belangstelling rekenen. Tennis blijft voor beide seksen op oudere leeftijd een aantrekkelijke sport.



Teamsporten en in mindere mate ook duosporten zijn sporten die vooral door de jeugd worden beoefend. Dit blijkt ook wel uit de tabel (4.6 en Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008). Oudere sporters beoefenen deze sporten veel minder vaak. Alleen tennis kan onder oudere sporters nog op een redelijke belangstelling rekenen. Bij teamsporten worden alleen veldvoetbal en volleybal nog door enkele oudere sporters beoefend, veldvoetbal vooral door 50-64-jarige mannelijke sporters.

**Tabel 4.6 Deelname aan takken van sport, sportende bevolking (a) van 6-79 jaar, naar ouderen, 2007 (in procenten)**

	totaal (n=4.772)	50-64 jaar (n=980)	65-79 jaar (n=392)
<b>Solosporten</b>			
atletiek	2	1	1
auto\motorsport	2	2	1
fitness\ aerobics	28	29	17
golf	5	7	6
gymnastiek\turnen	8	6	16
paardrijden	5	2	2
schaatsen	7	4	2
skeelers\skaten	9	3	1
toerfietsen\wielrennen	29	43	45
hardlopen (per 2007), joggen, trimmen	24	14	4
wandelsport (sport per 1991) / Nordic walking (per 2007)	19	39	33
zeilen\roeien, kanoën\surfen	10	7	3
zwemmen	47	31	32
<b>Duosporten</b>			
badminton	8	4	2
squash	3	1	0
tafeltennis	7	2	1
tennis	13	13	10
vecht- of verdedigingssport	5	1	0
<b>Teamsporten</b>			
basketbal	4	1	0
handbal	2	1	0
hockey	4	1	1
korfbal	2	0	0
softbal\honkbal	1	0	0
veldvoetbal	17	4	2
volleybal	6	4	2
zaalvoetbal	7	1	0
<b>Overig</b>			
overige	9	7	11

a) tenminste één keer per jaar. Bron: SCP (AVO '03-'07)

## 4.4 Lidmaatschap van verenigingen

Ongeveer een derde van de bevolking en de helft van de sporters is lid van een sportvereniging. Aanvankelijk steeg dit aandeel nog licht, maar sinds midden jaren negentig zijn die cijfers licht gedaald (zie ook Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008).

Voor ouderen is dat beeld gunstiger. Het percentage ouderen dat lid is van tenminste één sportvereniging is sinds 1983 duidelijk gestegen en lijkt zich de afgelopen jaren redelijk te hebben gestabiliseerd. Onder de 50-64-jarigen ligt het lidmaatschap van sportverenigingen weinig lager dan het landelijk gemiddelde, onder 65-79-jarigen zien we wel dat daar minder (sportende) mensen lid worden van verenigingen. Vooral vrouwen in die leeftijdsgroep hebben echter een duidelijke inhaalslag gemaakt.

**Tabel 4.7 Lidmaatschap van één of meer sportverenigingen, sportende (a) en algemene bevolking van 6-79 jaar, naar ouderen en ouderen/geslacht, 1983-2007 (in procenten)**

	N	1983	1987	1991	1995	1999	2003	2007
<b>Sporters, excl. wandelen en fietsen</b>								
bevolking, totaal	(n=8.417-4.114)	51	53	54	53	50	49	47
50-64 jaar	(n=583-713)	31	39	44	42	44	42	44
65-79 jaar	(n=189-245)	20	23	26	30	36	38	33
50-64 jaar/man	(n=277-328)	36	45	52	49	49	48	48
50-64 jaar/vrouw	(n=306-385)	28	33	37	36	40	36	40
65-79 jaar/man	(n=86-120)	27	34	28	37	39	43	32
65-79 jaar/vrouw	(n=103-125)	14	16	24	26	34	34	35
<b>Algemeen</b>								
bevolking, totaal	(n=13.891-5.956)	33	34	37	36	35	35	34
50-64 jaar	(n=2.031-1.343)	14	17	22	24	26	26	26
65-79 jaar	(n=1.302-656)	6	8	10	12	16	14	15
50-64 jaar/man	(n=986-655)	18	22	27	28	30	30	27
50-64 jaar/vrouw	(n=1.045-688)	10	13	18	19	23	21	24
65-79 jaar/man	(n=584-316)	9	12	13	15	19	18	17
65-79 jaar/vrouw	(n=718-340)	4	6	8	10	14	11	13

a) Deel van de bevolking dat minimaal één keer per jaar aan sport doet, excl. wandelen en fietsen.

Bron: SCP (AVO '03-'07)

### Lidmaatschap naar persoonskenmerken

Over de totale bevolking bezien sporten mannen vaker in verenigingsverband dan vrouwen (niet in tabel) (zie Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008). Dit geldt ook voor oudere mannen in vergelijking tot oudere vrouwen. Mensen met een hoge opleiding zijn vaker lid van een sportvereniging dan mensen met lagere opleidingsniveaus. Dit verschil doet zich in iets sterkere mate voor onder ouderen van 50-64 jaar en ouderen van 65-79 jaar (niet in tabel). Net

als binnen de totale bevolking zijn ouderen uit de hogere inkomensgroepen vaker lid van een sportvereniging dan ouderen uit de lagere inkomensgroepen. Het verschil is het grootst binnen de groep 50-64-jarigen (niet in tabel). Uit de AVO-cijfers blijkt ook dat mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking minder vaak lid zijn van een sportvereniging dan mensen zonder of met lichte beperkingen. Dit geldt in sterkere mate voor ouderen van 65-79 jaar met een matige of ernstige lichamelijke beperking (zie ook Van Lindert et al., 2008). Ook sporters met een verstandelijke beperking van 55 jaar en ouder zijn aanzienlijk minder vaak lid van een sportvereniging dan jongere sporters met een verstandelijke beperking, zo blijkt uit onderzoek (zie Van Lindert et al., 2008).

## 4.5 Deelname aan trainingen en competities

Bijna een derde van de totale bevolking (sporters en niet-sporters samen) neemt deel aan trainingen en/of competities. Dit blijft door de jaren heen redelijk stabiel. Tegen het licht van de gestegen sportdeelname betekent dit dat steeds minder sporters zijn gaan deelnemen aan trainingen en wedstrijden.

Bij de oudere bevolking zien we daarentegen een stijgende trend. Toch blijft hun deelname aan trainingen en competities ver achter bij de gemiddelde Nederlander (tabel 4.8). Sportbeoefening in trainings- of competitieverband is onder mannen en jongeren het populairst (zie Breedveld, Kamphuis & Tiessen-Raaphorst, 2008). Dit verschil naar geslacht is ook bij de leeftijdsgroep 50-64-jarigen zichtbaar, echter niet bij de 65-plussers.

**Tabel 4.8 Beoefening van sport in trainings- en/of competitieverband (a), algemene bevolking van 6-79 jaar, naar ouderen en ouderen/geslacht, 1983-2007 (in procenten)**

	N	1983	1995	2007
Totaal	(n=14.405-6.380)	30	28	30
50-64 jaar	(n=2.178-1.451)	6	12	18
65-79 jaar	(n=1.396-807)	2	4	10
50-64 jaar/man	(n=1.059-706)	8	14	20
50-64 jaar/vrouw	(n=1.119-745)	5	9	16
65-79 jaar/man	(n=623-366)	4	5	11
65-79 jaar/vrouw	(n=773-441)	2	5	11

a) 1 of meer Bron: SCP (AVO '83-'07)

## 4.6 Ouderen in de sportvereniging

Ouderen lijken, ook in 2007, de weg naar de sportvereniging nog niet allemaal even gemakkelijk te hebben gevonden. Maar vinden sportverenigingen de weg naar de oudere wel zo gemakkelijk? In de Verenigingsmonitor worden jaarlijks enkele honderden verenigingen bevraagd op de kwesties die hen bezighouden en het beleid dat ze voeren.

Dat ouderen niet zo centraal staan bij verenigingen hoeft enerzijds niet te verbazen. De gemiddelde vereniging heeft niet meer dan 20 leden die ouder zijn dan 65 jaar. Dat is minder

dan 10 procent van alle leden. Nog eens 50 leden zijn tussen de 45 en 64 jaar (23%). Bijna een derde van de verenigingen (31%) heeft helemaal geen leden van 65 jaar en ouder.

**Tabel 4.9 Ledenbestand verenigingen, naar leeftijdscategorieën (gemiddeld aantal leden)**

	Gemiddeld aantal	Gemiddeld aantal		
	Meisjes/ Vrouwen	Jongens/Mannen	Totaal	%
0 t/m 17 jaar	34	45	79	36
18 t/m 44 jaar	23	45	68	31
45 t/m 64 jaar	18	32	50	23
65 jaar en ouder	8	12	20	9
Totaal	83	134	217	100

Bron: Mulier Instituut (Verenigingsmonitor, 2008)

Uiteraard bestaan er daarbij verschillen tussen takken van sport. Verenigingen met relatief veel ouderen<sup>8</sup> zijn vooral te vinden bij de kleinere verenigingen (tot 100 leden) en bij de individueel beoefenbare sporten. Sporten met een relatief hoog percentage ouderen zijn sporten als bridge, schaak, biljart, golf en jeu de boules. Ook tennis behoort daartoe, al loopt het aandeel ouderen daar door het dikwijls grote aantal jongeren nooit heel hoog op.

Bij verenigingen met veel ouderen kan het niet anders zijn of het is er gezellig. Bij verenigingen met een hoog aandeel ouderen ligt het aandeel 'gezelligheidssporters' beduidend hoger dan gemiddeld, en vooral het aandeel prestatiesporters en gezondheidssporters lager.

**Tabel 4.10 Type sporters naar aandeel ouderen (in procenten)**

		aandeel 65 plussers		
	Totaal	0%	>0 tot en met 50%	> 50%
% gezelligheidssporters	58	55	56	77
% prestatiesporters	22	26	21	15
% gezondheidssporters	10	8	11	4
% netwerksporters	1	0	1	0
% uitdagingenzoekers	3	5	3	1
% buitenspelers	3	1	4	2
% gelegenheidssporters	4	4	4	1

Bron: Mulier Instituut (Verenigingsmonitor, 2008)

### Vrijwilligerswerk

Veel van die ouderen vormen voor de verenigingen overigens een onmisbare kracht. De gemiddelde leeftijd van de Nederlandse sportbestuurder is inmiddels 50 jaar en die leeftijd loopt geleidelijk op. Ruim een derde (37%) van de bestuurders van sportverenigingen is 55 jaar of

<sup>8</sup> Hier gesteld op meer dan 50% van de leden die 65 jaar of ouder is. 9% van de verenigingen voldoet aan dit criterium.

ouder, 13 procent is 65 jaar of ouder, zo blijkt uit de Verenigingsmonitor (2008). Een kwart van de verenigingen heeft overigens geen enkel bestuurslid van 55 jaar of ouder en 62 procent heeft geen enkel bestuurslid van 65 jaar of ouder. Er zijn ook verenigingen waarbij het bestuur bestaat uit enkel oudere bestuursleden (12% van de verenigingen heeft alleen bestuurders van 55 jaar of ouder en slechts 2% heeft alleen bestuursleden van 65 jaar of ouder). Niet geheel verrassend is dat het vooral de verenigingen met typische ‘ouderensporten’ zijn die voor het merendeel oudere bestuursleden hebben. Dit zijn bijvoorbeeld bowls en kaartspelen (100% oudere bestuursleden), bridge en jeu de boules (ongeveer 90% oudere bestuursleden), senioren sport, golf en wandelsport (ongeveer 80% oudere bestuursleden).

Uit de AVO-cijfers blijkt dat van de totale bevolking zo’n 10 procent betrokken is bij vrijwilligerswerk in de sport. Ouderen nemen daar een niet onbelangrijke plaats in. Van de 50-64-jarigen is nog steeds zo’n tien procent betrokken bij het vrijwilligerswerk in de sport, mannen twee maal zoveel als vrouwen. Onder de 65-79-jarigen ligt dat aandeel aanmerkelijk lager, zeker onder vrouwen. Dat lagere aandeel staat nauwelijks in verhouding tot het aandeel leden van sportverenigingen dat weliswaar onder oudere vrouwen lager ligt dan onder oudere mannen, maar niet zoveel lager als het aandeel sportvrijwilligerswerk. Klaarblijkelijk spelen ook zaken als interesse, eerdere ervaringen en wellicht vermeende capaciteiten een rol.

**Tabel 4.11 Deelname aan vrijwilligerswerk in de sport, totale bevolking van 16–79 jaar, naar achtergrondkenmerken**

		2003	2007
bevolking, totaal	(n=8.417-4.114)	11	10
50-64 jaar	(n=583-713)	10	9
65-79 jaar	(n=189-245)	5	5
50-64 jaar/man	(n=277-328)	14	13
50-64 jaar/vrouw	(n=306-385)	5	6
65-79 jaar/man	(n=86-120)	8	8
65-79 jaar/vrouw	(n=103-125)	3	2

Bron: SCP (AVO '07)

### Activiteiten en beleid

Verenigingen lijken zich ook niet zo bewust van de mogelijkheden van de groeiende groep ouderen. Maar 8 procent van alle verenigingen die een groei ambitie hebben, geeft aan zich voor de realisatie van die doelstelling op de groep 65-plus te richten. Twaalf procent van de verenigingen die regelmatig ledenwervingsacties voeren richt zich daarbij op de groep 65-plus. De groep 45-64 jaar komt wel wat meer in beeld (27%). Niet meer dan 15 procent van alle verenigingen heeft een specifiek aanbod voor de groep 65-plus. Daarentegen heeft wel bijna de helft van de verenigingen een specifiek aanbod voor de jeugd. Bij de verenigingen met een specifiek aanbod voor 65-plus zijn grotere verenigingen (>250 leden), buitensporten en sporten uit de zogeheten duosporten oververtegenwoordigd. Tennis, turnen en golf zijn takken van sport die relatief vaak een specifiek aanbod voor ouderen kennen.

## 4.7 Ouderen in fitnesscentra en zwembaden

Uit de AVO-gegevens blijkt dat fitness/aerobics op een redelijke belangstelling kan rekenen onder ouderen (zie paragraaf 4.3). Uit de Nationale Fitnessmonitor 2007-2008 blijkt echter dat senioren (56 jaar en ouder) zijn ondervertegenwoordigd in het klantenbestand van fitnesscentra (Lucassen & Van Schendel, 2008).<sup>9</sup> Het gemiddelde aantal senioren klanten ligt volgens de Fitnessmonitor op 23 procent terwijl deze groep 30 procent van de bevolking uitmaakt. Dertien procent van alle fitnesscentra heeft minder van tien procent senioren, iets meer dan de helft (55%) procent heeft tien tot dertig procent senioren en een derde (32%) heeft meer dan dertig procent senioren als klant (32%). Vooral in zeer stedelijke gebieden zijn er naar verhouding veel fitnesscentra met relatief weinig - minder dan tien procent - senioren als klant. Vooral in de kleinere centra blijken vaker tamelijk veel senioren aanwezig te zijn. Klaarblijkelijk voelen deze zich meer thuis in de geborgenheid en overzichtelijkheid van een compact centrum (Lucassen & Van Schendel, 2008).

Uit secundaire analyses op AVO-gegevens (1979-2007) blijkt dat zwemmen vooral door jonge kinderen wordt gedaan en dat naarmate de leeftijd vordert het aandeel zwemmers langzaam afneemt (Van den Dool, Wisse & Breedveld, 2009). Wel blijkt dat van 1979 tot aan 1991 duidelijk meer 60-plussers zijn gaan zwemmen en dat daarna de omvang van deze groep zwemmers stabiel blijft. De wat jongere groep, 45-59-jarigen, laat een wat grilliger beeld zien. Een toename tot 1995, vervolgens een dip en herstel van het niveau van 1999. De analyses laten ook zien dat vooral gepensioneerden vaker zijn gaan zwemmen. Dit hangt samen met de toename van het aantal zwemmende 60-plussers. Vergeleken met de totale groep zwemmers, zijn vooral de ouderen regelmatige zwemmers (minimaal 10 weken van een jaar zwemmen). Wat betreft ideeën die over zwemmen bestaan, verschillen oudere zwemmers niet veel van zwemmers uit andere leeftijdsgroepen. Wel blijkt dat naarmate de leeftijd toeneemt, men zich minder veilig voelt in het water. Bijna een vijfde van de 60-plussers voelt zich onveilig in het water. Dit hangt voor een deel samen met het niet hebben van een zwemdiploma (Van den Dool, Wisse & Breedveld, 2009).

## 4.8 Sportbeoefening in combinatie met beweegactiviteiten

In AVO zijn ook vragen gesteld over beweegactiviteiten. In deze paragraaf worden sportbeoefening en lichaamsbeweging samen bekeken. Bij de samenvoeging is nagegaan of men een activiteit wel eens of nooit doet. Het gaat om vijf activiteiten: wandelen ter ontspanning, 'functioneel' wandelen (naar werk, school, etc.), fietsen ter ontspanning, 'functioneel' fietsen (naar werk, school, etc.) en sportbeoefening. Men krijgt de score 5 als men alle vijf de activiteiten onderneemt en een 0 als men niets doet.

<sup>9</sup> De Nationale Fitnessmonitor is uitgevoerd door het W.J.H. Mulier Instituut. De dataverzameling vond plaats via een landelijke webenquête en het telefonisch benaderen van managers van fitnesscentra. De onderzoekspopulatie bestond uit 2.041 fitnesscentra. Bijna 800 fitnessondernemers hebben hun medewerking verleend aan de fitnessmonitor (38%).

Zo geteld blijken ouderen nauwelijks minder te bewegen dan de bevolking als geheel. Alleen bij de groep 65-79-jarigen blijft het aantal beweegactiviteiten wat achter. Het aantal beweegactiviteiten blijkt een sterke samenhang te vertonen met inkomens- en opleidingsniveaus. Ouderen vormen hier geen uitzondering op. Meest opvallend echter aan de tabel is dat het aantal beweegactiviteiten onder sporters meer dan 1 punt hoger ligt dan onder niet-sporters. Dit geeft aan dat sporters niet bezuinigen op andere beweegactiviteiten, maar juist meer beweegactiviteiten ondernemen dan niet-sporters (buiten de sport om). Voor ouderen geldt dat in nog iets grotere mate dan voor de bevolking als geheel, al zijn de verschillen niet groot.

**Tabel 4.12 Deelname beweegactiviteiten totale bevolking van 6-79 jaar, naar achtergrondkenmerken (gemiddelden)**

N totaal	Totaal 2007 (n=5.309)	50-64 jaar (n=1.418)	65-79 jaar (n=740)
Totaal	3,5	3,4	3,1
Man	3,4	3,2	3,2
Vrouw	3,6	3,6	3,0
laag inkomen	3,3	3,1	2,9
midden inkomen	3,5	3,3	3,1
hoog inkomen	3,7	3,6	3,3
lo,lbo,mavo	3,1	3,1	2,9
havo,vwo,mbo	3,6	3,6	3,4
hbo,wo	3,9	3,8	3,5
niet/licht beperkt	3,6	3,5	3,4
matig/ernstig beperkt	2,6	2,8	2,2
niet gesport	2,5	2,6	2,4
afgelopen 12 maanden gesport (a)	4,0	4,2	4,1

a) Exclusief wandelen en fietsen, >1 x per jaar. Bron: SCP (AVO '07)

## 4.9 Sport en bewegen tijdens dagrecreatie van ouderen

Onderzoek naar het ondernemen van dagtochten door ouderen biedt relevante informatie over motieven en wensen van ouderen met betrekking tot sport en bewegen. Van Middelkoop (2004) stelt dat recreatie voor ouderen een positief effect op de gezondheid kan hebben. Recreatie zet ouderen immers in beweging. Daarnaast heeft het verblijven in een groene of natuurlijke omgeving gunstige effecten op de gezondheid. Recreatie heeft echter ook een 'intrinsieke' waarde die voor ouderen extra belangrijk is, omdat betaald werk en zorg voor kinderen weggevallen zijn en er tijd in overvloed is. Recreatie plaatst mensen even buiten de context van het gewone bestaan en het biedt een bron van plezier. Dagrecreatie in de open lucht is goed voor ouderen, aldus Van Middelkoop (2004). Toch blijkt uit cijfers van het CBS dat het gemiddeld aantal dagtochten onder ouderen niet is toegenomen. 65-plussers werden juist minder actief dan

andere leeftijdsgroepen, terwijl het aandeel 65-plussers van de bevolking de laatste jaren juist is gestegen.

Resultaten van onderzoek naar dagtochten is relevant voor de discussie in dit paper, aangezien ouderen met andere leeftijdsgroepen gemeen hebben dat sport en sportieve recreatie de belangrijkste activiteiten voor dagtochten zijn. Bij 65-plussers groeit de belangstelling hiervoor zelfs harder dan gemiddeld, zo blijkt uit 5-jaarlijks onderzoek van het CBS naar dagrecreatie (zie Van Middelkoop, 2004). Ouderen zijn ook actiever als het gaat om dagtochten die te maken hebben met denksport, verenigingen, hobbyclubs, volkstuinen, natuur- en andere activiteiten, wandelen, fietsen, bezoek van bezienswaardigheden en het bekijken of begeleiden van sport. Bij deze conclusies gaat het om dagtochten van minimaal 2 uur. Over uitstapjes die korter duren is minder bekend. Van Middelkoop stelt dat juist deze korte uitstapjes voor ouderen van belang zijn, omdat de mobiliteit en actieradius van ouderen afneemt. Ouderen maken dan ook relatief meer gebruik van groen in de nabijheid van de woning en zullen daarom volgens Van Middelkoop ook relatief meer kortere uitstapjes maken.

#### 4.10 Sport kijken en wedstrijden bezoeken

Wat betreft het passieve volgen van sport via radio en televisie doen ouderen niet voor andere leeftijdsgroepen onder. Zowel voor oudere mannen als voor oudere vrouwen geldt dat het aandeel wekelijkse kijkers of luisteraars naar sportprogramma's hoger ligt dan het landelijke gemiddelde. Het maakt daarbij weinig uit of men tot de groep 50-64-jarigen behoort of tot de groep 65-79-jarigen, maar des te meer tot welke sekse men behoort: het omwille van de sport aan de buis of radio gekluisterd zitten is vooral een mannenaangelegenheid!

**Tabel 4.13** Wekelijks volgen van sport via radio en televisie, totale bevolking van 6–79 jaar, naar achtergrondkenmerken

		1983	1987	1991	1995	1999	2003	2007
bevolking, totaal	(n=13.891-5.956)	49	51	47	49	43	47	40
50-64 jaar	(n=2.031-1.343)	56	58	56	56	51	51	48
65-79 jaar	(n=1.302-656)	54	54	51	52	54	52	53
50-64 jaar/man	(n=986-655)	72	73	69	71	64	65	62
50-64 jaar/vrouw	(n=1.045-688)	41	44	42	41	39	37	35
65-79 jaar/man	(n=584-316)	70	72	70	69	68	66	70
65-79 jaar/vrouw	(n=718-340)	40	40	37	39	42	39	38

Bron: SCP (AVO '07)

Mannen gaan ook vaker als toeschouwer naar sportwedstrijden toe dan vrouwen. Uit de cijfers blijkt echter duidelijk dat ouderen dat in steeds grotere getale doen en een inhaalslag maken in verhouding tot andere bevolkingsgroepen. Zeker onder oudere vrouwen is het aandeel toeschouwers bij sportwedstrijden de afgelopen decennia sterk gestegen, al blijft hun aandeel nog altijd achter bij dat van de mannen.



**Tabel 4.14 Als toeschouwer naar sportwedstrijden gaan, totale bevolking van 6–79 jaar, naar achtergrondkenmerken**

		1983	1987	1991	1995	1999	2003	2007
Bevolking, totaal	(n=13.891-5.956)	37	35	34	32	33	36	37
50-64 jaar	(n=2.031-1.343)	24	23	26	24	24	28	30
65-79 jaar	(n=1.302-656)	13	13	11	13	15	18	22
50-64 jaar/man	(n=986-655)	33	32	34	32	30	37	39
50-64 jaar/vrouw	(n=1.045-688)	14	15	18	15	17	19	21
65-79 jaar/man	(n=584-316)	21	21	16	22	21	25	28
65-79 jaar/vrouw	(n=718-340)	6	7	7	7	11	13	16

Bron: SCP (AVO '07)

## 4.11 Conclusie

Uit de AVO-gegevens blijkt dat de sportdeelname van ouderen weliswaar achterblijft bij die van de totale bevolking, maar dat deze groep de laatste jaren een enorme inhaalslag heeft gemaakt. Tussen groepen ouderen zijn er echter wel verschillen in de sportdeelname. Zo nemen 65-plussers, ouderen uit lagere opleidings- en inkomensgroepen, allochtone ouderen en ouderen met een beperking minder aan sport deel. Als ouderen eenmaal sporten, sporten zij niet minder frequent dan jongere sporters. Vooral solosporten, zoals fietsen/wielrennen en wandelen/nordic walking, zijn onder oudere sporters favoriet. Terwijl het lidmaatschap van verenigingen bij de totale bevolking de laatste jaren is teruggelopen, is dat bij ouderen juist gestegen. Vooral vrouwen hebben een inhaalslag gemaakt. Hoger opgeleiden, mensen met een hoger inkomen en mensen zonder beperking zijn vaker lid van een sportvereniging. Ouderen nemen in vergelijking tot de totale bevolking minder vaak deel aan trainingen en competities. Als gekeken wordt naar de combinatie van beweegactiviteiten (zoals wandelen en fietsen als ontspanning en functioneel wandelen en fietsen) en sport, blijken ouderen niet minder actief te zijn dan jongere leeftijdsgroepen. Wel geldt dat sporters meer beweegactiviteiten ondernemen dan niet-sporters. Dit gaat zeker ook op voor de oudere sporters. Wat betreft de passieve sportbeoefening blijkt dat wedstrijden bezoeken en sport kijken een mannen aangelegenheid is en dat ouderen hier actiever in zijn dan jongere leeftijdsgroepen. Dit komt overeen met het feit dat ouderen in het algemeen meer tijd besteden aan tv kijken.

Als gekeken wordt naar het ledenbestand van sportverenigingen, valt op dat vooral de kleinere verenigingen relatief veel ouderen in hun gelederen hebben. Bij verenigingen met relatief veel ouderen ligt het aandeel gezelligheidssporters beduidend hoger dan gemiddeld. Voor verenigingen zijn ouderen een onmisbare kracht. Bij veel verenigingen vervullen zij vrijwilligerswerk. Dat aandeel is groter dan verwacht mag worden op basis van hun aandeel in het ledenbestand. Opvallend is dat maar weinig verenigingen een speciaal aanbod hebben voor ouderen of zich speciaal op deze groep richten. Dit zijn vooral de grotere verenigingen, verenigingen met buitensporten en duosporten. Dit staat haaks op het gegeven dat vooral kleinere verenigingen een relatief groot aandeel ouderen in hun ledenbestand hebben. Wellicht beschouwen deze verenigingen hun aanbod voor ouderen niet als 'speciaal', omdat zij typische 'ouderensporten' vertegenwoordigen (bridge, schaak, biljart, golf en jeu de boules). Bij de

grotere verenigingen is het aandeel ouderen in absolute aantallen wellicht wel even groot als bij de kleine verenigingen. Maar omdat zij over relatief veel jonge leden beschikken, valt het aandeel ouderen procentueel wellicht in het niet. Of ouderen zich dan ook verleid voelen door het 'speciale' aanbod van sportverenigingen is niet met zekerheid te zeggen. Het betreft wel de sporten die bij ouderen in een redelijke belangstelling staan (bijvoorbeeld golf, tennis en turnen).

## 5. Stimulansen en belemmeringen ten aanzien van sport

- Caroline van Lindert, Koen Breedveld en Remko van den Dool, Mulier Instituut -

In dit hoofdstuk gaan we in op de motieven en stimulansen die ouderen ervaren om te (gaan) sporten en de belemmeringen die actieve sportdeelname van ouderen in de weg staan. De bevindingen in het eerste deel van dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de resultaten uit de Sportersmonitor 2008<sup>10</sup>. In de laatste paragrafen van dit hoofdstuk zijn als aanvulling op het cijfermateriaal enkele bevindingen uit de literatuur opgenomen.

### 5.1 Motieven om te sporten

Veruit de belangrijkste motieven om te sporten hangen samen met het plezier dat men ergens aan beleeft en het gevoel er gezond door te blijven (zie Pouw, 2004 en NISB, 2005 2003, 2005). Presteren en winnen spelen pas in tweede instantie een rol van betekenis, met uitzondering van de groep 13-19-jarigen. Ouderen verschillen in hun sportmotieven van jongeren in de zin dat ze meer belang toekennen de kwaliteit van de voorzieningen (terwijl de sport toch niet te duur mag zijn), aan sporten dichtbij huis, aan advies vanuit een medisch expert en aan de overweging of ze er nog wel toe in staat zijn, met hun aandoeningen. Toch staan ook bij ouderen gezondheid en plezier fier bovenaan. Ouderen zijn minder bezig met opbouw van kracht, met sport als uitlaatklep of met afslanken. Oudere mannen zijn iets meer dan oudere vrouwen bezig met het competitieve element en met 'lekker buiten zijn', oudere vrouwen maken zich iets meer druk of ze het wel aan kunnen en of ze er lenig van blijven. Gezelligheid speelt met name voor lager opgeleide ouderen een rol. Zij zijn ook meer bezig met de medische kant van het sporten (mag het wel?). Hoger opgeleide ouderen hechten meer belang aan lekker buiten zijn en aan sporten dichtbij.

<sup>10</sup> De Sporters Monitor is door het Mulier Instituut ontwikkeld en wordt (vanuit het meerjarenprogramma, gesubsidieerd door het Ministerie van VWS) samen met NOC\*NSF en GfK uitgevoerd. De Sporters Monitor verschaft informatie over diversie aspecten van sportbeoefening en -betrokkenheid van de Nederlandse bevolking. In 2007 heeft het Mulier Instituut *Sporters in beeld. De Sporters Monitor 2005-2006* gepubliceerd. In 2008 is een nieuwe Sporters Monitor uitgezet, waarvan de resultaten medio 2009 worden verwacht. Bij de Sporters Monitor wordt gebruik gemaakt van een internetpanel. In 2008 betrof het aantal respondenten 4.200.

**Tabel 5.1 Motieven voor sportdeelname, naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau**

	Totaal	leeftijd						50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Lichaamsbeweging/ gezondheid	87	76	82	88	87	92	88	90	91	89	93	90
Leuke activiteit /plezier	75	84	82	73	71	72	77	74	74	75	71	76
Opbouw van conditie, kracht en/of lenigheid	65	49	77	72	66	64	55	58	63	61	61	60
Gezelligheid / sociale contacten	55	50	71	54	49	53	59	55	56	59	53	52
Uitlaatklep voor dagelijks leven / ontspanning	52	57	50	57	53	51	40	48	46	44	47	51
Lekker buiten zijn	48	39	43	45	50	56	52	58	51	48	58	59
Prestatie, jezelf verbeteren	37	24	50	42	34	37	35	42	30	36	37	37
Niet duur	34	17	30	33	34	41	45	42	43	43	44	40
Afslanken	30	4	31	39	35	30	22	27	27	24	29	31
Leren nieuwe vaardigheden	27	52	44	24	19	17	22	19	19	19	20	18
Competitie, meten met anderen	25	20	40	27	21	21	25	29	16	23	21	24
Goede voorzieningen, accommodatie	24	15	25	22	21	28	33	34	26	28	34	28
Weinig / geen reistijd nodig	23	14	22	22	21	30	27	32	26	25	28	36
Advies opvolgen van arts/ fysiotherapeut	18	5	12	17	19	24	25	23	26	27	24	22
Kan dit met specifieke aandoening	12	5	9	10	14	17	17	14	20	20	15	14
Aanzien / status	5	3	11	8	4	2	5	4	3	4	3	2
Zakelijke contacten	5		8	7	5	4	4	6	3	4	5	5

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

## 5.2 Belang sociale contacten

Het belang van de sociale contacten in de sport wordt nog eens onderstreept door de respons op de stelling dat ‘medesporters belangrijke sociale contacten voor me zijn’. De helft van de sporters (49%) is het hiermee eens, maar onder de 13-19-jarigen en 65-79-jarigen ligt dat nog wat hoger (60%). Het belang van sociale contacten via de sport is het hoogst onder lager opgeleide ouderen (61%) en het laagste onder de hoger opgeleide ouderen (40%).

## 5.3 Betrokkenheid bij sport

Ergens bij betrokken willen zijn vormt zeker voor ouderen ook een van de belangrijker redenen om actief te zijn. Oudere mannen nog wat meer dan oudere vrouwen zien bijvoorbeeld vrijwilligerswerk in de sport als een middel om bij de sport betrokken te blijven, ook al sport

men zelf niet meer. Verder doen oudere mannen vooral aan sportvrijwilligerswerk vanuit een intrinsieke motivatie (vinden het gewoon leuk) of omdat ze zich capabel achten, en oudere vrouwen omdat iemand hen daarin meetrok.

**Tabel 5.2 Redenen om betrokken te zijn bij sportvrijwilligerswerk (% sportvrijwilligers), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd						50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Omdat mij dat leuk leek	56		39	71	49	63	45	62	48	51	55	70
Omdat ik iets voor mijn sport(vereniging) wilde betekenen	55		67	51	47	61	62	61	63	64	52	71
Omdat ik mijzelf daartoe goed in staat achtte	27		17	21	26	33	29	35	26	27	31	41
Omdat ik mij daartoe verplicht voelde	20		29	17	23	14	26	18	16	17	18	16
Omdat het goed is voor mijn persoonlijke ontwikkeling	12		4	21	9	14	7	12	11	9	11	16
Omdat ik niet meer kan sporten maar wel bij de sport betrokken wil blijven	8		1	5	6	14	14	15	10	16	12	12
Omdat een familielid/bekende van mij dat deed	6		18	10	4	4	6	3	9	5	3	6
Omdat iemand mij dat heeft aangeraden	5		17	6	3	5	6	6	4	7	4	4

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

Die betrokkenheid bij sport blijkt, zeker bij mannen, ook uit de mate waarin men zichzelf als sporter zou willen typeren. Overigens blijkt dan ook dat ouderen zich veel minder als sporter typeren dan jongeren, zeker de 65-79-jarigen<sup>11</sup>.

**Tabel 5.3 Zelfbeeld als sporter (% enigszins, tamelijk, zonder meer), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd						50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Totale bevolking	40		73	42	41	37	25	39	26	29	34	38
Sporters	49		80	49	50	48	32	47	36	42	41	44

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

<sup>11</sup> In het NISB onderzoek (2005: 12) benoemde 12% zich als sportfanaat.

## 5.4 Mening over het aanbod

Sporters betuigen zich doorgaans tevreden met de voorzieningen die er zijn. Oudere sporten blijken op de meeste fronten iets meer tevreden dan jongere sporters. Oudere sporters scoren met name hoger waar het de mogelijkheid betreft om anderen te ontmoeten, waar het veilig en schoon is en waar het aanbod niet te competitief is. Oudere vrouwen hechten wat meer dan oudere mannen aan een gunstige prijs en aan goede informatie en persoonlijke aandacht van een instructeur.

**Tabel 5.4 Tevredenheid met verschillende aspecten van het aanbod (% rapportcijfer 8-10), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd							50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74		Man	Vrouw	LO	MO	HO
Bereikbaarheid per fiets	76	72	82	73	75	79	78		79	79	75	82	80
Bereikbaarheid per auto	75	76	70	74	74	78	83		78	81	78	82	80
Vriendelijkheid personeel	73	72	65	72	74	83	76		79	81	80	84	77
Behulpzaamheid personeel	70	72	61	67	72	78	74		75	79	76	82	71
Openingstijden van de sportaccommodatie	69	62	70	64	69	75	79		78	75	75	80	75
Deskundigheid trainer/instructeur	68	69	61	66	69	75	72		72	76	71	79	73
Variatie in trainingen/oefeningen	62	63	54	65	60	66	67		64	69	67	67	66
Informatie over de (sport)activiteiten	62	58	53	63	63	67	68		63	71	68	77	56
Mogelijkheden om mensen te ontmoeten	61	51	62	57	59	73	70		72	73	75	72	68
Persoonlijke aandacht trainer/instructeur	59	61	54	54	58	70	62		64	69	67	69	64
(Sociale) veiligheid	57	54	52	60	52	65	66		62	68	63	64	69
Organisatie (deelname aan) wedstrijden en/of competitie	56	55	59	54	52	60	60		62	57	57	61	64
Aandacht voor gezondheid/lessures	55	52	48	56	55	63	59		57	66	66	62	53
Organisatie recreatief sportaanbod	54	53	49	52	50	62	64		63	62	61	65	64
Snelle behandeling van klachten en verzoeken	52	53	41	53	53	57	56		53	60	57	62	50
Horecavoorzieningen (bar, kantine)	49	40	47	50	50	61	47		59	52	55	59	54
Netheid douches en kleedruimten	48	41	35	48	50	61	61		64	58	58	63	63
Organisatie nevenactiviteiten (bijv. feest)	45	49	33	50	42	48	46		50	44	45	52	44
Hoogte contributie/lesgelden e.d.	41	42	40	39	38	41	51		39	49	45	44	44
Entreprijs accommodatie	38	34	36	41	34	41	42		36	46	40	43	44
Prijzen consumpties	36	38	30	36	36	39	43		36	45	38	47	36

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

## 5.5 Visie op sport en sportaanbod

Een ruime meerderheid van de bevolking (60%) is inmiddels overtuigd van het feit dat de gezondheid baat heeft bij actieve sportbeoefening. Sinds 1982 wordt die visie steeds breder gedragen. In 1982 onderschreef nog 57 procent de stelling dat sport nodig is voor een goede

gezondheid, tegen 73 procent in 2005. Waarom dat percentage nu weer wat lager uitkomt is onbekend.

Het aandeel dat sporten nooit leuk heeft gevonden is door de tijd wel gedaald en lijkt nog steeds te dalen (1982 30%, 2005 21%, nu 18%<sup>12</sup>). Wel is het zo dat ouderen nog steeds vaker sport nooit leuk hebben gevonden dan jongeren, al vindt een merendeel van de ouderen sport wel leuk. Vooral onder lager opgeleide ouderen en onder oudere vrouwen is het aandeel mensen dat sport nooit leuk heeft gevonden nog hoog.

In hun visie op sportverenigingen verschillen ouderen eigenlijk alleen van jongeren in de mate waarin ze vinden dat de verenigingen teveel op prestaties gericht zijn. Het zijn verder vooral de lager opgeleide ouderen die vinden dat verenigingen teveel verplichtingen kennen. Hoger opgeleide ouderen hebben daar minder moeite mee.

**Tabel 5.5 Visie op sport en sportverenigingen (% grotendeels en helemaal mee eens), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd					50+				
		13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Voor een goede gezondheid is actieve sportbeoefening nodig	60	61	59	52	63	70	67	64	63	66	69
Het gaat er tijdens het sporten om zich met anderen te meten en de tegenstander te overwinnen	22	17	19	19	24	31	33	21	28	27	24
Ik heb sporten nooit leuk gevonden	18	9	17	16	21	26	17	28	28	20	15
Sportverenigingen zijn te veel gericht op prestaties	31	12	29	29	35	41	39	34	36	39	37
Sportverenigingen zijn te weinig ingesteld op mensen met beperkte sportieve aanleg	30	17	31	30	32	32	33	32	31	34	32
Bij sportverenigingen heb je te veel regels en verplichtingen	23	11	20	24	27	25	27	25	29	25	22
Sportverenigingen kennen te beperkte openingstijden	19	8	26	18	17	16	18	16	18	15	16
Sporten bij een sportvereniging kost te veel tijd	18	4	22	21	17	16	16	17	16	17	16
Ik zou graag zien dat de Olympische Spelen in 2028 in Nederland worden gehouden	31	41	30	32	29	30	34	25	31	31	25
Het maakt mij niets uit of Nederlandse sporters internationaal goed presteren	25	16	27	22	24	32	23	30	32	23	21

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

Een minderheid van de Nederlanders ziet de Olympische spelen in 2028 graag naar Nederland komen. Ouderen scoren hier niet anders op dan jongeren. 64-74 jarigen geven wel iets vaker aan

<sup>12</sup> Vergelijk NISB (2005:12) waar 15% sporten niks zegt te vinden en het nooit te gaan doen.

dat de prestaties van Nederlandse sporters hen niet interesseert. Verder zijn vooral oudere vrouwen en lager opgeleide ouderen die mening toegedaan.

Overigens geldt voor de meeste mensen dat ze heel goed in staat zijn om zich een beeld te vormen van hoe het er in de sport aan toe gaat. Van alle mensen heeft maar 4 procent nooit iets aan sport gedaan<sup>13</sup>. Onder 50-64-jarigen en 65-74-jarigen ligt dat wel iets hoger maar niet heel veel (respectievelijk 5% en 7%). Lager opgeleiden ouderen lopen een grotere kans nooit aan sport te hebben gedaan dan hoger opgeleide ouderen (respectievelijk 8% en 2%).

## 5.6 Niet sporten

De belangrijkste redenen om niet te sporten hebben te maken met tijdgebrek, het gevoel dat men er nu niet toe in staat is vanwege de gezondheid en een gebrek aan motivatie. Prijs speelt minder een rol, en al helemaal niet bij ouderen. Een gebrek aan informatie of aan mensen om mee te sporten speelt ook nauwelijks een rol, evenmin als een gevoel niet goed genoeg te kunnen sporten (zie ook NISB, 2005). Ouderen die niet sporten doen dat vooral omdat ze denken dat hun gezondheid het niet toe staat. Voor de groep 65-74-jarigen geldt bovendien dat ze zich al snel te oud voelen of van zichzelf vinden dat ze toch al voldoende bewegen.

Toch is het aandeel ouderen dat zich te oud voelt om te sporten de laatste decennia afgenomen. Vond in 1982 nog 27 procent van de 15-74-jarigen zich te oud om te sporten, in 2005 was dat gedaald naar 14 procent (nu 10%, zo blijkt uit de Sportersmonitor).

<sup>13</sup> Vgl. NISB (2005:11), 17%.



**Tabel 5.6 Redenen om niet te sporten (% niet-sporters), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd						50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Heb ik helemaal geen tijd voor vanwege werk en/of gezin	26	12	20	44	35	15	2	13	9	8	12	19
Laat mijn gezondheid momenteel niet toe	24	10	11	10	23	39	33	33	40	39	32	39
Ik heb voldoende lichaamsbeweging	23	28	31	19	20	22	32	24	27	25	27	22
Het is gewoon geen gewoonte	20	3	28	30	23	14	11	14	12	11	17	13
Andere vrijetijdsbezigheden vind ik leuker	19	25	27	17	21	18	15	18	17	18	15	20
Te duur	17	28	15	24	20	9	9	5	13	12	4	11
Voor sporten ben ik te oud	10	2		1	1	10	45	28	18	23	23	19
Ik kan niet goed sporten	9	4	13	8	9	10	12	9	12	9	15	6
Ik vind het niet nodig om te sporten	9	1	8	14	10	8	3	6	6	6	5	8
Ik ken geen mensen om mee te sporten	9	1	1	17	8	7	5	6	7	7	7	2
Ik weet niet welke sport bij mij past	6	16	3	11	4	4	2	4	2	2	5	1
Reistijd naar een sportgelegenheid is te lang (geen goed transport, te ver weg)	3	8	0	4	4	2		0	2		2	5
Ik zie tegen het leren kennen van nieuwe mensen op	3	2	5	5	2	2	1	2	1	1	2	1
Ik zie tegen het leren van een (nieuwe) sport op	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2
Ik ben niet goed op de hoogte van de sportmogelijkheden in mijn omgeving	1		0	3	1	0			0	0		

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

De meeste niet-sporters zijn ook tamelijk hardnekkig in hun besluit om niet te sporten. Ruim de helft van de niet-sporters (59%) is niet van plan om in de toekomst wel te gaan sporten<sup>14</sup>. Onder ouderen is men daar zelfs nog wat stilliger in (50-64-jarigen 69%, 65-79-jarigen 83%). Voor zover men weer wil gaan sporten wil men dat overwegend alleen doen (15%). Sportvereniging en fitnesscentrum zijn minder populair (respectievelijk 8% en 9%), werkgevers en zorginstellingen al helemaal niet, behalve bij ouderen wellicht.

<sup>14</sup> NISB (2005:4) kwam tot een percentage van 70% dat niet meer wilde gaan bewegen.

**Tabel 5.7 Intentie weer gaan sporten (% niet-sporters), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd						50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Nee	59	17	36	45	59	69	83	75	74	77	75	60
Als lid van een sportvereniging/sportbond	8	40	39	10	6	2		1	2	1	1	4
Als abonnee/lid/cursist van een fitnesscentrum of andere commerciële sportaanbieder	9	10	7	19	7	6	1	5	4	3	4	10
Via bedrijf/werkgever	1			2	2	0		0				2
Bij een zorginstelling	2			0	1	3	3	3	3	4	2	4
In groepsverband, zelf georganiseerd	5	2	5	8	5	4	1	3	3	2	2	7
Alleen, ongeorganiseerd	15	2	12	19	20	13	8	11	11	9	12	18
Weet niet, onzeker, misschien (nagecodeerd)	5	26	6	5	5	4	1	3	3	2	4	5
Anders	2	7	2		1	1	4	2	2	3	2	2

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

Een kwart van de niet-sporters zegt expliciet onder geen enkele voorwaarde te zullen gaan sporten. Onder 65-79-jarigen is dat 51 procent. Lager opgeleiden 50-plussers zijn hier stilliger in dan hoger opgeleide 50-plussers (respectievelijk 43% en 23%). Voor ouderen lijkt vooral van belang dat anderen erop aandringen om te gaan sporten.

**Tabel 5.8 Voorwaarden weer sporten (% niet-sporters), naar leeftijd, geslacht en opleiding**

	Totaal	Leeftijd						50+				
		5-12	13-19	20-34	35-49	60-64	65-74	Man	Vrouw	LO	MO	HO
Als ik het minder druk krijg (vanwege gezin, werk, studie etc.)	25	14	23	42	32	17	3	14	10	9	11	23
Als ik met een bekende kan gaan sporten	22	14	36	34	23	16	8	12	14	11	14	17
Als mijn gezondheidsklachten afnemen	19	3	20	13	20	28	20	25	25	23	27	29
Als ik meer geld te besteden heb	19	28	27	28	19	13	6	7	14	10	10	14
Als anderen (arts of familie) zeggen dat dit nodig is	12		3	11	10	16	18	17	16	14	18	22
Als mijn huidige lichamelijke activiteiten verminderen (vanwege werk, kinderopvang etc.)	7		3	9	9	7	2	5	5	3	9	4
Als ik weet welke sporten ik in de buurt kan doen	4	11	2	5	2	3	3	2	4	2	2	7
Als de reistijd vermindert	2	3	2	3	3	2	1	1	2	1	1	4
Als het sportaanbod verbetert	2	4	4	4	2	1	1	0	1	2		
Als ik weinig nieuwe vaardigheden hoeft te leren	2	4		2	0	2	3	2	3	2	3	1
Geen enkele reden, ik wil niet sporten	25	8	16	14	22	28	51	37	36	43	30	23

Bron: Mulier Instituut (Sportersmonitor 2008)

## 5.7 Bevindingen uit de literatuur

In deze paragraaf gaan we in op enkele relevante bevindingen uit de literatuur die betrekking hebben op factoren die de sportbeoefening van ouderen kunnen beïnvloeden. We gaan daarbij in op motieven en stimulansen die ouderen ervaren om actief aan sport deel te nemen en belemmeringen die een rol kunnen spelen bij het (gaan) sporten. Onderstaande inzichten vormen slechts een greep uit de literatuur en dienen als aanvulling op het cijfermatige beeld dat in hoofdstuk 4 en 5 over de sportdeelname van ouderen is geschetst.

### 5.7.1 Betrokkenheid bij sport en sportprofielen

Actieve participatie in de sport is niet voor iedereen weggelegd. Van der Meulen (2003) onderscheidt bijvoorbeeld drie soorten betrokkenheid bij sport, namelijk actieve betrokkenheid bij sport, passieve betrokkenheid bij sport en geen enkele betrokkenheid bij sport. Dit geldt ook voor ouderen. Koen (2003) heeft vier profielen van ouderen met betrekking tot betrokkenheid in sport samengesteld (vergelijk resultaten paragraaf 5.6):

1. De zeer actieve en sportieve oudere;
2. de oudere die economische, fysieke of culturele beperkingen kent die zodanig zijn, dat hij niet in staat is om nog te sporten;
3. de oudere die weet dat sport goed is voor de gezondheid, ook wel wil gaan sporten maar daar nog steeds niet aan is toegekomen;
4. de oudere die sport maar niks vindt en dat ook nooit zal gaan doen.

Deze verschillende groepen vragen om een verschillende benaderingswijze. Bij sportstimuleringsprogramma's voor ouderen vraagt de eerste groep sportief actieve ouderen weinig specifieke aandacht, behalve dat aanbieders zich bewust zijn/blijven van specifieke wensen en behoeften tijdens het sporten. Voor de tweede groep, de niet sportief actieve ouderen, zijn er waarschijnlijk meerdere redenen om niet te sporten. Dit kunnen gebrek aan geld, gebrek aan fysieke en psychische mogelijkheden en belemmeringen vanuit specifieke culturele oriëntaties zijn. Deze verschillende oorzaken vragen om verschillende oplossingen (Koen, 2003). De derde groep heeft wel een positieve sportattitude, maar dit leidt niet vanzelfsprekend tot actieve sportdeelname. Met een sportaanbod op maat zijn deze ouderen wellicht te verleiden om aan sport te doen. De vierde groep heeft een negatieve sportattitude en vormt een lastige doelgroep voor sportstimulering om te verleiden. Hier zullen de inspanningen eerst gericht moeten zijn op het ombuigen van een negatieve naar een positieve sportattitude. Koen (2003) suggereert dat de 'ouderen-voor-ouderen benadering', welke in de gezondheidszorg wordt toegepast, wellicht ook bij sportstimulering van ouderen zou kunnen werken (zie TNO, 2000). De oudere life-time sporter is wellicht beter in staat dan anderen om ouderen te verleiden ook sportief actief te worden.

### 5.7.2 Levensfase van invloed op sportgedrag

Feitelijk sportgedrag is afhankelijk van een aantal factoren. Te denken valt aan persoonsgebonden kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, opleiding, sociaaleconomische positie, opvoeding en thuissituatie (zie hoofdstuk 4). Ook het socialisatieproces (zie Opperman, 1995) kan een rol spelen. De tijd waarin men is opgegroeid en een bepaald sociaal kader gedurende het leven kunnen van invloed zijn op keuzes ten aanzien van vrijetijdsbesteding en sport. De

ouderen van nu (65-plussers) en de ouderen van de toekomst (babyboomgeneratie 1946-1965) zijn in een hele andere tijd opgegroeid. Volgens Van Middelkoop (2004) maken toekomstige ouderen waarschijnlijk andere keuzes, dan de huidige generatie ouderen. Zij zijn in veel gevallen koopkrachtiger dan voorgaande generaties ouderen, hebben veel reis- en sportervaring en er veel voor over om gezond te blijven. Dit maakt dat beide generaties ouderen waarschijnlijk verschillende smaakvoorkeuren en sportattitudes hebben ontwikkeld, wat terug te zien valt in de sportdeelname cijfers in hoofdstuk 4.

Ook de levensfase waarin men zich bevindt heeft een grote invloed op het vertoonde vrijetijds- en sportgedrag (Maasen, 2008). Er is dan ook een duidelijk onderscheid tussen het sportgedrag van jongeren en andere leeftijdsgroepen. Maar ook tussen ouderen zijn er duidelijke verschillen waargenomen, zoals de cijfers in hoofdstuk 4 laten zien. Ondanks het feit dat verschillende generaties ouderen er verschillende smaakvoorkeuren op na houden, moeten we in de toekomst ook rekening houden met relatief vaste levensloophases in de 'recreatie- en sportcarrière' van ouderen (Van Middelkoop, 2004). De eerste fase begint als de kinderen uit huis zijn en ouderen in hun koop- en beslissingsproces niet meer worden geleid door hun kinderen. De tweede fase begint als ouderen stoppen met werken en zij ervaren dat ze meer vrije tijd krijgen. In de derde fase gaan ziektes het recreatie- en sportgedrag beïnvloeden. In de vierde fase valt de partner weg en dat leidt er toe dat ze (tijdelijk) geen activiteiten meer ondernemen. Door de toename van sociale, fysieke en/of financiële beperkingen en onzekerheden in de verschillende fases kiezen ouderen vaker voor activiteiten die rustiger en vertrouwd zijn (Van Middelkoop, 2004). In de laatste twee fasen trekken mensen zich langzaam maar zeker terug uit een actieve invulling van de vrije tijd. Vrijetijdsaanbod als denksport, verenigingsleven, wandelen, natuur, bezienswaardigheden, hobby's en sport zal altijd relatief meer ouderen aantrekken. Ook golf blijkt bij 45-60-jarigen populair, wat groeikansen biedt voor de toekomst (zie Van Middelkoop, 2004). Zeker gezien het feit dat onder andere golfverenigingen speciaal aanbod bieden voor deze doelgroep (zie resultaten Verenigingsmonitor).

### 5.7.3 Sportattitudes, motieven en sportloopbanen

Naast persoonskenmerken, kan ook de houding die ouderen hebben ten aanzien van sport van invloed zijn op het sportgedrag. De persoonlijke houding (positief dan wel negatief) ten aanzien van sport kan, zoals hierboven geconstateerd, worden beïnvloed door het socialisatieproces, de sociale omgeving en de levensfase waarin ouderen zich bevinden. Het feit dat ouderen sport nuttig of leuk vinden, wil echter nog niet zeggen dat zij ook daadwerkelijk overgaan tot sportgedrag. Verschillende belemmeringen kunnen verhinderen dat ouderen gaan sporten, zoals geldgebrek, tijdgebrek, een gebrek aan sportaccommodaties in de nabije omgeving of te weinig prikkels uit de sociale omgeving van de oudere. Uit tabel 5.8 bleek ook dat oudere niet-sporters wellicht wel gaan sporten als anderen (arts of familie) zeggen dat het nodig is. Zelfs als men over voldoende tijd en/of geld beschikt wil dit niet zeggen dat men deze middelen ook gebruikt om daadwerkelijk te sporten (Van Bottenburg & Schuyt, 1996; in Maasen, 2008). Voor veel sporten heeft men ook teamgenoten en tegenstanders nodig, een goed bereikbare en geschikte accommodatie en de motivatie om te sporten (Breedveld, 2003; in Maasen, 2008). Juist motivatie is van groot belang. Het al dan niet sporten hangt samen met zowel intrinsieke als extrinsieke motieven en die zijn bepalend voor de verdere sportloopbaan. Een vijftal sportloopbanen kunnen worden onderscheiden (Giljam, 1986; in Maasen, 2008):

1. Personen die nooit aan sport hebben gedaan;

2. personen die voornamelijk in hun jeugd aan sport hebben gedaan;
3. personen die zowel vroeger als nu aan sport deden/doen, maar met tussenliggende perioden van niet-sporten;
4. personen die pas op latere leeftijd zijn gaan sporten;
5. personen die al hun hele leven sporten.

Hoe lager de intrinsieke motivatie om te sporten, hoe eerder men geneigd zal zijn om te stoppen met sporten of helemaal nooit te gaan sporten. Als ouderen in hun jonge jaren om intrinsieke redenen zijn gemotiveerd tot sport, zullen zij waarschijnlijk een redelijk stabiele sportloopbaan hebben (Maasen, 2008). Het feit dat ouderen vroeger hebben gesport, wil overigens niet per definitie zeggen dat zij nu nog steeds sporten. Uit een onderzoek van Sportpunt Tilburg (Gemeente Tilburg, 2005; in Maasen, 2008) blijkt dat het merendeel van de niet-sporters (56%) in hun jeugd wel aan sport heeft gedaan. Ook uit onderzoek van Pouw (2004)<sup>15</sup> onder 2232 50-plussers blijkt dat een grote groep, ongeveer de helft van de respondenten, een sportverleden heeft. Zij hebben vroeger veel gesport of sporten hun leven lang. Oudere niet-sporters zijn ook niet zonder meer te verleiden om het sporten op te pakken, zoals blijkt uit de cijfers van de Sportersmonitor (paragraaf 5.6) en gegevens uit ander onderzoek in het verleden (Manders & Kropman, 1982; in Maasen, 2008). Wanneer ouderen op latere leeftijd met sporten beginnen, komen zij meestal door externe omstandigheden met sport in aanraking (zie tabel 5.8). Een toenemende intrinsieke motivatie is dan wel van belang om het sporten vol te houden. Bij sportende ouderen is dat het geval. Naast het gezondheidsaspect worden zij gemotiveerd, omdat ze sport leuk vinden (Giljam, 1986; in Maasen, 2008; zie tabel 5.1 motieven voor sportdeelname).

#### 5.7.4 Motieven (beginnende) oudere sporters

Ouderen associëren sport en bewegen eerder met motieven als gezondheid, ontspanning, gezelligheid, deelname, gezamenlijkheid en eigenwaarde, dan met prestatie en competitie (zie Pouw, 2004; in Ter Haar, 2004). Dit komt overeen met de resultaten uit de Sportersmonitor (tabel 5.1). Gezondheid is vaak het belangrijkste motief om (weer) te gaan sporten. Als ouderen eenmaal actief zijn dan blijken plezier in de activiteit en het sociale element belangrijke redenen om actief te blijven. De regelmaat van de ontmoeting geeft volgens Ter Haar (2004) een band die erg gewaardeerd wordt. Bewegen en sporten geven dan iets extra's in het leven van ouderen. Ouderen geven de voorkeur aan het in recreatief, niet verplichtend verband beoefenen van verschillende takken van sport (zie hoge percentage gezelligheidssporters bij sportverenigingen met relatief groot aandeel ouderen). Beweegactiviteiten als wandelen, zwemmen, fietsen,

<sup>15</sup> Dit onderzoek betreft een nulmeting die is uitgevoerd in het kader van de Landelijke Task-Force 50+. De landelijke samenwerkingspartners van de Task-Force (NOC\*NSF, VWS, IPO, VSG, VNG, GEhandicaptensport Nederland en NISB). Doel is om in 2010 te voldoen aan de kwantitatieve en kwalitatieve vraag met betrekking tot actieve participatie aan sport- en beweegactiviteiten en 50-plussers. De Task-Force wordt op lokaal niveau uitgevoerd. In een lokale taskforce zitten vertegenwoordigers van de gemeente en organisaties die zich bezighouden met activiteiten voor 50-plussers: welzijnsorganisaties, seniorenraden of ouderenbonden. Vier proefprojecten startten in 2006 in Heerenveen, Tilburg, Zwolle en Den Haag. Inmiddels is het aantal lokale task forces enorm uitgebreid (zie ook [www.nasb.nl](http://www.nasb.nl)).

tennissen en joggen zijn het populairst (Ter Haar, 2004). De AVO-cijfers in hoofdstuk 4 bevestigen dit beeld.

Stiggelbout et al. (2008) komen in hun exploratieve onderzoek onder 2350 50-plussers (respons 86%) ook tot dergelijke uitspraken over voorkeuren voor sport en bewegen van ouderen. In het onderzoek zijn nieuwe leden en recent gestarte deelnemers van 10 verschillende sport- en beweegprogramma's voor ouderen ondervraagd; MBvO; georganiseerde sporten bij een sportvereniging (atletiek, badminton, fietsen, gymnastiek, schaatsen en tafeltennis); fysiosport (fitnessprogramma's bij therapeuten); Hartpatiënten in Beweging (HIB) en Wandelsport. Uit het onderzoek blijkt dat MBvO voornamelijk de oudere groep ouderen trekt, terwijl de georganiseerde sport vooral aantrekkelijk is voor de jongere groep ouderen. Vrouwen blijken meer interesse te hebben in wandelen, MBvO en gymnastiek. Schaatsen en tafeltennis zijn weer meer in trek bij mannen. Badminton en fietsen trokken meer hoger opgeleide ouderen aan, terwijl MBvO relatief lager opgeleide deelnemers aantrok.

Ook in de studie van Stiggelbout et al. (2008) bleek gezondheid de belangrijkste motivatie te zijn om deel te nemen aan een bewegingsprogramma, gevolgd door het verbeteren van de fitheid en ontspanning. Stiggelbout et al. (2008) vonden bovendien drie verschillende constructen van motieven voor sport en bewegen bij oudere beginnende deelnemers<sup>16</sup>. Zo werden deelnemers aan MBvO ingedeeld bij het construct 'Relax and Enjoy' (ontspanning, plezier, kwaliteit van de begeleider en fitheid). Deelnemers aan fysiosport en sport voor hartpatiënten (HIB) werden ingedeeld bij het construct 'Care and Cure' (doktersadvies, gezondheid, afvallen en zelfbeeld). Deelnemers van de zes georganiseerde sporten vielen onder het construct 'Competition' (recreatie en competitie). Deelnemers aan wandelsport pasten in alle drie de categorieën, wat betekent dat wandelen voor bijna alle ouderen een geliefde activiteit is. Dit biedt kansen voor bewegingsstimulering volgens Stiggelbout et al. (2008), aangezien wandelen een laagdrempelige activiteit is, bijna overal beoefend kan worden, gezond is met een laag risico op blessures en bovendien goedkoop is. Stiggelbout et al. (2008) merkten ook op dat oudere deelnemers en ouderen wiens partner is overleden vaker te vinden waren in de groep waar ontspanning (Relax, bijvoorbeeld MBvO) voorop stond. Mensen met een hoog BMI en een slechtere gezondheidssituatie bevonden zich relatief vaker in de 'Care and Cure' groepen. Ouderen met een laag BMI, mannen en hoger opgeleide ouderen bevonden zich relatief vaker in de meer competitief gerichte bewegingsgroepen (georganiseerde sport). Deze resultaten bieden kansen voor bewegingsstimulering onder ouderen. Specifieke activiteiten voor specifieke groepen ouderen zijn het devies.

### 5.7.5 Belemmeringen en redenen om niet te sporten

Gezondheid vormt voor veel ouderen een belangrijke motivatie om (weer) te gaan sporten. Tegelijkertijd kan de (fysieke) gezondheid voor veel ouderen ook een belemmering vormen om te gaan sporten (zie ook de resultaten uit de Sportersmonitor in tabel 5.6). Uit onderzoek onder

<sup>16</sup> Jongert et al. (2005) heeft drie constructen van motieven onderscheiden die een rol spelen bij deelname aan bewegingsprogramma's. In de studie van Stiggelbout et al (2008) werden elf vragen over motieven teruggebracht tot dezelfde drie constructen.

50-plussers in Tilburg (Gemeente Tilburg, 2005; in Maasen, 2008) blijkt dat 32 procent van de respondenten het gezondheidsmotief gebruikt om niet te sporten. Ook uit onderzoek onder mensen met een lichamelijke handicap blijkt dat verreweg de belangrijkste redenen om niet te sporten vallen onder het thema 'eigen effectiviteit en zelfvertrouwen' (niet kunnen sporten vanwege de gezondheid, geen energie hebben, angst voor blessures) (zie Van Lindert et al., 2008). Aangezien met het toenemen van de leeftijd ook veelal de gebreken komen zullen ouderen meer hinder ondervinden van hun (fysieke) gezondheid. Dat ouderen het gezondheidsmotief gebruiken om niet te sporten, zou veroorzaakt kunnen worden door het feit dat ouderen sport vaak associëren met presteren, een beeld dat ouderen onder andere in de massamedia krijgen voorgeschoteld (Manders & Kropman, 1979; in Maasen, 2008; zie ook tabel 5.5). Lichamelijk gezien leidt veroudering tot een achteruitgang in lichaamsfuncties (minder reserve, minder conditie, minder spierkracht). Ouderen voelen zich dan niet op basis van hun leeftijd oud, maar op basis van hun competenties. Ze zijn daarom minder bereid om risico's te nemen en dat kan ook een reden zijn om niet (meer) te sporten (zie Maasen, 2008).

Het feit dat ouderen over een minder goede gezondheid beschikken, of te maken hebben met bepaalde beperkingen wil niet zeggen dat zij geen enkele sport meer kunnen beoefenen. Enerzijds is het mogelijk dat ouderen (dit geldt in het bijzonder voor mensen met een lichamelijke beperking) hun eigen competenties om te kunnen sporten onderschatten en eerst moeten ervaren dat sporten met de gebreken die zij hebben nog wel mogelijk is. Anderzijds moet het mogelijk zijn om met de juiste begeleiding een sport- of bewegingsvorm te vinden die ook ouderen met gebreken nog kunnen beoefenen, zoals wandelen, jeu de boules en golf (zie Van Lindert, et al., 2008; Eulderink, 1993).

Naast redenen die te maken hebben met gezondheid kan sportgedrag ook worden beïnvloed door accommodaties in de nabije omgeving. Te denken valt aan de vormgeving, de ligging en bereikbaarheid van de accommodaties. Het ontbreken van voorzieningen in de nabije omgeving en daarmee grote afstanden tot de voorzieningen (vaak in perifere gebiedsdelen), slechte bereikbaarheid en/of onveiligheid op de weg ernaar toe kan juist voor ouderen een drempel opwerpen om te gaan sporten (Giljam, 1986; Van der Poel, 2001).

Ook kan de hoeveelheid vrije tijd die men zegt te hebben van invloed zijn op het wel of niet sporten (zie Maasen, 2008). Ondanks dat de 50-plussers vergeleken met jongere leeftijdsgroepen over de meeste vrije tijd beschikken, zijn het nog steeds de jongeren en werkende personen die het meeste sporten. Wanneer ouderen aangeven niet te sporten vanwege een gebrek aan tijd, betekent dit wellicht dat zij andere prioriteiten stellen in hun vrije tijd.

Hoe meer redenen ouderen opgeven om niet te sporten, hoe negatiever de sportattitude zal zijn, zo blijkt uit onderzoek van Sportpunt Tilburg (Gemeente Tilburg, 2005; in Maasen, 2008). Wanneer ouderen geen behoefte hebben aan sport, zullen zij eerder geneigd zijn om accommodatiegerelateerde of tijdsgelateerde argumenten aan te dragen als redenen waarom zij niet sporten. Tijdgebrek kan ook betekenen dat ouderen andere interesses hebben en andere prioriteiten stellen in hun vrijetijdsbesteding. Ook de sociale omgeving kan van invloed zijn op het sportgedrag (Elling, 2007). Dit blijkt ook uit onderzoek onder mensen met een beperking (zie Van Lindert et al., 2008). Maasen (2008) heeft kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder niet-sportende 50-64-jarigen om na te gaan of bovenstaande belemmeringen daadwerkelijk redenen zijn voor deze groep ouderen om niet te sporten. Door middel van 15 diepte interviews is inzicht

verkregen in de betekenisgeving van niet-sportende ouderen (50-64 jaar) ten aanzien van sport en de belemmeringen en motieven die zij hebben om niet (meer) te sporten. Het overgrote deel van de respondenten bleek sport te zien als nuttige bezigheid, gezien het gezondheidsbevorderende karakter. Zij blijken sport vooral nuttig te vinden voor een ander. Toch vinden zij, net als sportende ouderen, gezondheid de belangrijkste motivatie om te gaan sporten. Als men eenmaal sport dan zijn gezelligheid en het onderhouden van sociale contacten de belangrijkste drijfveer om te blijven sporten. De meeste respondenten blijken vroeger namelijk wel gesport te hebben en hebben vrijwel allemaal een positieve sportattitude en personen in hun omgeving die sporten. Toch deden zij op het moment van onderzoek niet aan sport. Redenen hiervoor zijn volgens Maasen (2008) dat de meerderheid van de respondenten niet sportief is opgevoed (geen sportieve socialisatie), smaakpatronen die leiden tot andere voorkeuren voor vrijetijdsbesteding, de tijd waarin men leeft en de leeftijd die men heeft bereikt. Tweederde van de respondenten acht sport leeftijdgebonden. Maar een klein deel van de respondenten is wegens gezondheidsredenen niet (langer) in staat om te sporten. Zaken als geld, aanbod, vervelende ervaringen en informatievoorziening kunnen volgens de respondenten een rol spelen bij het niet sporten. Maasen (2008) acht het toch vooral een kwestie van prioriteiten stellen, plannen en doorzetten. Respondenten zijn overwegend positief over het aanbod en de informatievoorziening. Wel hebben sommige respondenten behoefte aan meer doelgroepgerichte activiteiten in de avonduren. De helft van de respondenten geeft de voorkeur aan sport met gelijkgestemden welke hetzelfde niveau aankunnen. Als men het over toekomstige intenties heeft, vinden ouderen gezelligheid en bewegen belangrijker dan het neerzetten van sportieve prestaties.

### 5.7.6 Wensen van ouderen ten aanzien van sport en bewegen

Dé oudere bestaat niet, zo bleek al in hoofdstuk 2. Ouderen verschillen onderling net zo als elke andere doelgroep. Ouderen worden ook steeds kritischer. Bovendien kunnen de wensen van toekomstige ouderen verschillen van die van de huidige ouderen. Aanbieders en beleidsmakers zullen dan ook rekening moeten houden met verschillende wensen van ouderen. Van Middelkoop (2004) geeft in haar artikel een samenvatting van de voorkeuren van ouderen voor recreatieve activiteiten (zie ook Abma, 2003). Deze aanbevelingen zijn ook relevant voor het aanbod van sport- en beweegactiviteiten, aangezien ouderen tijdens de dagrecreatie ook sportieve activiteiten ondernemen.

#### Activiteiten

Ouderen kiezen vaak voor het intensiveren van bestaande activiteiten of pakken reeds eerder beoefende activiteiten opnieuw op. Ouderen zijn echter niet ongevoelig voor trends en hypes, zoals inline skaten. Voorwaarde is wel dat die activiteiten voldoen aan de wensen van ouderen. Ouderen zijn bijvoorbeeld minder geïnteresseerd in competitieve activiteiten. Zekerheid en veiligheid zijn voor ouderen belangrijker en goede begeleiding tijdens de activiteiten is dan een voorwaarde. Omdat ouderen vitaler worden, zal de leeftijd waarop zij hieraan behoefte krijgen in de toekomst wel stijgen. De activiteiten moeten aansluiten bij de fysieke capaciteiten van ouderen (risico op blessures beperken). Ouderen vinden ook gezelligheid en sociale contacten belangrijk. Groepsdynamiek, sociale contacten en koffie na afloop zijn belangrijke aandachtspunten bij georganiseerde groepsactiviteiten in de dagrecreatiesector. Dit zal voor de sportsector niet veel anders zijn en biedt kansen voor het samen beoefenen van sport binnen een groep of vereniging. Toch hebben toekomstige ouderen ook behoefte aan privacy en individuele



activiteiten. Groepsactiviteiten moeten daarom minder verplichtend en tijdrovend worden en er moet ruimte zijn voor een meer individuele setting, zo stelt Van Middelkoop (2004).

Toekomstige ouderen zijn hoger opgeleid dan de huidige ouderen, waardoor naar verwachting de behoefte aan cursussen e.d. zal toenemen. Voor de sport zou dit kunnen betekenen dat zij hun kennis- of vaardigheidsniveau voor het beoefenen van (bestaande of nieuwe) sportieve activiteiten op peil willen houden en verdiepen (Ziegler, 2002; in Van Middelkoop, 2004). Ook zullen activiteiten die zijn gericht op gezondheidsbevordering en conditie meer in de belangstelling van ouderen komen te staan. Dit biedt kansen voor de sector van sport en bewegen. Niet-sporters worden volgens Van Middelkoop (2004) echter minder aangesproken door het argument van gezondheid. Dit betekent voor die groep wellicht een andere benaderingswijze.

### **Voorzieningen**

Ouderen hebben volgens Hilderink (1996; in Van Middelkoop, 2004) bij dagtochten voldoende aan comfortabele basisvoorzieningen met oog voor de ongemakken van het ouder worden (zie ook resultaten Sportersmonitor, tabel 5.4). Bij recreatieve voorzieningen en waarschijnlijk ook bij sportvoorzieningen, is behoefte aan ruim sanitair, antislip op trappen, goede verlichting, fietsverhuur, e.d. Wandel- en fietsroutes moeten veilig en overzichtelijk zijn en voldoende rustplaatsen bieden. Van Middelkoop (2004) stelt dat bankjes op de route van het verzorgingstehuis naar het winkelcentrum zelfs een belangrijke voorwaarde zijn om de aller oudsten in beweging te houden. Ouderen zijn zeer prijsgevoelig, wat een mogelijke verklaring is voor het feit dat ze weinig waarde hechten aan luxe. Er is een grote groep ouderen die minder draagkrachtig is en ouderen ondernemen bovendien vaker vrijetijdsactiviteiten. Goedkope of gratis activiteiten of aanbiedingen zijn daarom in trek. Als de leeftijd toeneemt, wordt de directe woonomgeving voor ouderen belangrijker. De aanwezigheid van groen en andere voorzieningen op korte afstand zijn een voorwaarde voor ouderen om een wandeling of fietstocht te ondernemen. De routes moeten (verkeers)veilig zijn voor ouderen.

### **Benaderingswijze**

Van Middelkoop (2004) adviseert een persoonlijke benadering bij het aanprijzen van producten of diensten. Zie ook de door Koen (2003) aangehaalde 'ouderen-voor-ouderen benadering'. Belangrijk is om geen nadruk te leggen op de leeftijd, omdat ouderen zich meestal jonger voelen. Beter is het om het product of de dienst centraal te stellen in de benaderingswijze, en niet de doelgroep. Een persoonlijke benadering sluit goed aan bij de behoefte van ouderen aan dienstbetoon, persoonlijke aandacht en service, veiligheid en vertrouwdeheid. GALM is een goed voorbeeld waarbij ouderen persoonlijk worden benaderd om deel te nemen aan een sport- en beweegprogramma (zie bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving van GALM). Die persoonlijke aandacht is belangrijk omdat ouderen vroeg of laat worden geconfronteerd met gebreken en/of gevoelens van angst, onzekerheid en onveiligheid, aldus Van Middelkoop (2004). Van Middelkoop (2004) geeft aan dat het belangrijk is om de behoefte aan vrijheid, flexibiliteit en autonomie te combineren met de voordelen van groepsactiviteiten en verenigingen (sociale contacten, e.d.). Bij het wandelen is in het verleden met succes een poging ondernomen om ongeorganiseerde oudere wandelaars te binden aan de wandelsportbond (KNBLO) (Van Boven, 1994).

## 5.8 Conclusie

Uit de resultaten van de Sportersmonitor en andere studies blijkt steeds maar weer dat plezier en gezondheid veruit de belangrijkste motieven zijn voor ouderen om te sporten. Presteren en winnen spelen bij ouderen veel meer een ondergeschikte rol. Ouderen hechten bovendien veel waarde aan het opdoen van sociale contacten. Dit geldt vooral voor de lager opgeleide ouderen. Deze groep is ook meer bezig met de medische kant van het sporten (kan het wel?). Bij ouderen spelen bovendien de prijs (niet duur), de kwaliteit van voorzieningen, sporten dichtbij huis en advies van een medisch expert een grotere rol bij de motivatie om te sporten dan bij jongere leeftijdsgroepen. Hoger opgeleide ouderen hechten meer belang aan lekker buiten zijn en aan sporten dichtbij huis.

Ondanks dat ouderen iets kritischer zijn over bepaalde punten, zijn ze wel meer tevreden over het aanbod dan jongeren. Die tevredenheid is vooral gericht op de mogelijkheden om anderen te ontmoeten, (sociale) veiligheid, de organisatie van een recreatief aanbod, dat het schoon is en de hoogte van de contributies.

Een meerderheid van de bevolking, ouderen nog iets meer, is er inmiddels van overtuigd dat sporten goed is voor de gezondheid. Toch zijn er nog steeds mensen, ouderen meer dan jongeren, die sport nooit leuk hebben gevonden, hoewel dat aantal de laatste jaren wel daalt. De meeste niet-sporters zijn ook tamelijk hardnekkig in hun besluit om niet te sporten. Ouderen dragen verschillende redenen aan waarom zij niet sporten. De 'ervaren' gezondheid speelt, net als bij bewegen in het algemeen, een belangrijke belemmerende rol bij het sporten. Dit is niet zo verwonderlijk, aangezien het ouder worden dikwijls gepaard gaat met het ontstaan van gebreken. Daarbij komt dat ouderen (vanaf 65 jaar) zichzelf dikwijls te oud vinden om te sporten. In de praktijk hoeft dit echter niet te betekenen dat zij geen enkele sportieve activiteit kunnen ondernemen. Wellicht zijn zij niet goed op de hoogte van de mogelijkheden die er zijn om met alle gebreken van dien toch (te blijven) sporten.

Verschillende factoren kunnen sportdeelname van ouderen beïnvloeden, zo blijkt uit cijfers van de Sportersmonitor en andere (literatuur)studies. In de eerste plaats kunnen persoonsgebonden kenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, etc.) een rol spelen, zoals de AVO-cijfers hebben aangetoond. Ook de tijd waarin ouderen zijn opgegroeid (generatie), genoten opvoeding en levensfase waarin ouderen verkeren kunnen een rol spelen bij het al dan niet sporten. Dit beïnvloedt dikwijls iemands houding ten aanzien van sport. Ook stimulans vanuit de sociale omgeving en ervaren gezondheid en competenties kunnen een rol spelen. Ouderen dragen dikwijls ook externe redenen aan om niet te sporten, zoals tijdgebrek en gebrek aan informatie. In welke mate de verschillende factoren een rol spelen bij de sportbeoefening van ouderen is echter nog niet systematisch onderzocht. Van belang is in ieder geval om bij de benadering van ouderen onderscheid aan te brengen in verschillende groepen ouderen en specifiek in te spelen op wensen, behoeften, belemmeringen en motivaties van deze groepen ouderen.

## 6. Fit for Life: maatwerk en kansen benutten

- Caroline van Lindert, Mulier Instituut & Gert Jan Wijlhuizen en Marijke Hopman – Rock, TNO -

Deze quick scan was erop gericht om bestaande kennis en inzichten over sport, bewegen en ouderen bij elkaar te brengen. Uitgangspunt hierbij was het breed gedragen gevoel dat ouderen vanaf een jaar of 50 minder sporten en bewegen dan jongere leeftijdsgroepen. Kan dat beeld worden bevestigd en geldt dat voor alle groepen ouderen in gelijke mate? Of doen zich verschillen voor tussen groepen ouderen? Als ouderen inderdaad minder lichamelijk en sportief actief zijn, welke belemmeringen spelen daarbij dan een rol en op welke wijze kunnen ouderen eventueel gestimuleerd worden om (weer) te gaan sporten en bewegen? Om antwoord te geven op deze vragen is gebruik gemaakt van verschillende databestanden en relevante literatuur over sport, bewegen en ouderen. In dit laatste hoofdstuk staan we stil bij de belangrijkste conclusies, geven we aan welke kansen en aandachtspunten er zijn voor sport- en beweegstimulering en geven we enkele suggesties voor vervolgstappen.

### 6.1 Conclusies

#### Ouderen interessante doelgroep

Allereerst is het van belang om aan te geven dat het gaat om een bevolkingsgroep die in aandeel de komende jaren alleen maar toeneemt. Alleen al daarom vormen ouderen een specifieke groep die voor beleidsmakers, onderzoekers en aanbieders van sport- en beweegactiviteiten interessant is. In het algemeen lijkt het erop dat ouderen het steeds beter krijgen: de levensverwachting is toegenomen, de participatie op de arbeidsmarkt stijgt, het inkomen en eigen vermogen neemt toe en het opleidingsniveau is gestegen. Het algemene beeld van ouderen – ‘arm en zielig’ – behoeft zonder meer bijstelling. Toch blijkt dat sommige ouderen – vrouwen, ouderen met een laag opleidingsniveau en laag inkomen, allochtone ouderen, ouderen met beperkingen – nog steeds kwetsbare groepen vormen onder de ouderen. Kwetsbare groepen die meer aanspraak maken op verzorging en wellicht niet kunnen voldoen aan het ideale beeld van de actieve oudere. Daar komt bij dat er aanwijzingen zijn dat het met de gezondheid van ouderen in de toekomst niet beter zal gaan (als gevolg van de toename van overgewicht van de huidige generatie jongeren en daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen op latere leeftijd).

#### Verschillen in sport- en beweegdeelname ouderen

Uit de gepresenteerde bevindingen over de sport- en beweegdeelname van ouderen, kunnen we ons één conclusie ter harte nemen. Dé oudere bestaat niet. Het mag een voor de hand liggende zijn, maar niets is minder waar. Ouderen verschillen niet alleen in sport- en beweeggedrag en smaakvoorkeuren van jongere leeftijdsgroepen. Tussen ouderen onderling bestaan ook grote verschillen als het gaat om sportdeelname, bewegen en de wensen die ouderen hebben ten aanzien van de activiteiten die zij in hun vrije tijd willen beoefenen. Over het algemeen kan worden gesteld dat ouderen de laatste jaren beduidend meer zijn gaan bewegen en sporten. Ouderen hebben wel degelijk een forse inhaalslag gemaakt en dat biedt hoopvolle vooruitzichten.

Toch geldt dit niet voor alle groepen ouderen in dezelfde mate. Bepaalde groepen ouderen hebben een verhoogd risico op bewegingsarmoede, zoals vrouwen, oudere ouderen, chronisch zieken, ouderen met lichamelijke beperkingen, lager opgeleiden, lage inkomensgroepen, ouderen met depressiviteit, ouderen met een laag zelfvertrouwen, een ongezonde leefstijl, ouderen met weinig sociale steun en ouderen die wonen in een weinig tot beweging uitnodigende omgeving. Voor een deel gaat dit ook op voor sportdeelname. Ouderen met een laag opleidingsniveau, een laag inkomen, allochtonen en oudere ouderen, ouderen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen sporten minder vergeleken met de totale groep ouderen.

Dit betekent dat er grofweg sprake is van een tweedeling. Zo kunnen we bijvoorbeeld onderscheid maken tussen de babyboomgeneratie, de zogenaamde toekomstige ouderen, en de ouderen van nu. Onder de babyboomgeneratie vallen de 50-64-jarigen, onder de ouderen van nu kunnen we de 65-plussers scharen. De eerste groep beschikt over het algemeen over meer hulpbronnen dan de oudere generatie ouderen (sociaal- en economisch kapitaal) om die activiteiten te doen die ze graag willen doen. Bovendien hebben ze veel reis- en sportervaring en zijn ze er op gebrand om zo lang mogelijk een actief en dynamisch leven te leiden. De ouderen die financieel draagkrachtig zijn en een actief leven leiden zijn vanuit marketing- of economisch oogpunt een interessante doelgroep voor aanbieders van sport- en beweegactiviteiten. De cruciale vraag is hoe aanbieders deze ouderen kunnen benaderen en het ‘sportief kapitaal’ dat zij wellicht vanuit hun jeugd hebben meegekregen kunnen omzetten in een blijvend actieve leefstijl.

Ouderen uit de tweede groep beschikken kennelijk over minder hulpbronnen en/of een minder goede gezondheid, hebben meer zorg en aandacht nodig en zijn niet of minder lichamenlijk actief. Deze groep is dikwijls ook minder makkelijk tot een actieve leefstijl te bewegen. Deze groep verdient vanuit maatschappelijk oogpunt bijzondere aandacht. Voor deze groep kan actieve deelname aan sport en bewegen gezondheidswinst opleveren en een bijdrage leveren aan het ontwikkelen of in stand houden van een (nieuw) sociaal leven. Uiteraard is met deze grove tweedeling het beeld niet compleet. Ook binnen deze groepen ouderen kunnen verschillen bestaan wat betreft motivatie en houding ten aanzien van sport, wensen en behoeften, levensfase, etc..

### **Maatwerk in benadering cruciaal**

De conclusie die zich opdringt is dat ouderen in verschillende profielen zijn in te delen (naar sport- en beweegloopbanen en naar achtergrondkenmerken) en dat specifieke benaderingswijzen nodig zijn om deze verschillende groepen ouderen aan zich te binden. Inspelen op specifieke wensen en behoeften van ouderen is het devies (te denken valt aan betaalbaar maar wel comfortabel, veilig en risicomijdend, gezellig en samen maar toch individueel en vrijblijvend, dichtbij, begeleiding).

## **6.2 Kansen en aandachtspunten**

Er doen zich gelukkig voldoende kansen voor om actieve ouderen aan zich te binden of om inactiviteit bij ouderen terug te dringen. Er zijn echter ook enkele aandachtspunten die beleidsmakers, onderzoekers en aanbieders in acht moeten nemen.

### **Klimaat rijp voor sport- en beweegstimulering**

In het afgelopen decennium is nationaal brede maatschappelijke aandacht gevestigd op beweegstimulering op zowel Europees, nationaal, regionaal als lokaal niveau. Dit heeft geresulteerd in beleidsontwikkeling, onderzoek, ontwikkeling en toepassing van beweegprogramma's voor de gehele bevolking als ook ouderen. Vanuit de nationale overheid wordt (financiële) impuls gegeven aan lokale overheden om het beweeggedrag van de bevolking te stimuleren. Ook voor sportstimulering van ouderen is langzaam meer aandacht gekomen, getuige verschillende nationale en lokale sportprojecten van bonden en gemeenten (te denken valt aan Sportief wandelen, knutselhockey, 45+ voetbal, Seniorenfitness, Outdoor Fitness, etc.). Al met al een vruchtbaar klimaat voor het opzetten van een samenhangend beleid ten aanzien van sport, bewegen en ouderen.

### **Groot aanbod aan beweeginterventies**

Er bestaat een groot aanbod aan beweeginterventies voor ouderen dat erop gericht is om het beweeggedrag te stimuleren, teneinde de gezondheid en zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen. Dikwijls zijn hierin ook sportieve activiteiten opgenomen. Dit biedt mogelijkheden voor verdere implementatie. Sport en bewegen kunnen een gunstige invloed hebben op sociale participatie en het terugdringen van eenzaamheid van ouderen. Bovendien hebben sport en bewegen een positieve invloed op het geheel menselijk functioneren. Het ouder worden gaat gepaard met lichamelijke beperkingen en vaak met één of meer chronische ziekten. Behandeling betekent dan lang niet altijd genezing, maar vaak het voorkomen van erger, door het tegengaan of verminderen van de gevolgen. 'Succesvol ouder worden' is een prominent motto in diverse nationale en internationale beleidsnota's, actieplannen en onderzoeksprogramma's. Focus ligt op het in staat stellen van ouderen om een zelfstandig leven van goede kwaliteit te (blijven) leiden en aan de samenleving te blijven deelnemen.

### **WMO biedt kansen**

In dit kader is ook van belang hier te melden dat de sinds 1 januari 2007 van kracht zijnde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) wellicht mogelijkheden biedt. Deze wet dient er namelijk toe bij te dragen dat alle Nederlandse burgers kunnen participeren in de Nederlandse samenleving. De uitvoering van de wet ligt bij de gemeenten. De maatschappelijke ondersteuning bestaat uit negen taken. Sport en bewegen maakt hier nog geen deel van uit, maar is in ieder geval een middel om op taken als 'zorgen dat mensen met beperkingen mee kunnen doen' en 'voorzieningen voor mensen met een beperking realiseren' maatschappelijke ondersteuning te kunnen geven. Wellicht dat in de nabije toekomst sport- en beweegparticipatie als een aparte taak wordt gedefinieerd. Gezien de rol die ouderen bij het sportvrijwilligerswerk willen en kunnen spelen en het belang hiervan voor de ouderen zelf, zou ook hiervoor binnen de WMO een plaats gereserveerd kunnen worden.

### **Aansluiten bij kennis internationale projecten**

Ten aanzien van bewegen bij ouderen wordt een aantal internationale projecten uitgevoerd (EUNAAPA, PASEO) waar zowel binnen Nederland als daarbuiten onderzoek en afstemming plaatsvindt over meetinstrumenten en programma's op het gebied van bewegen bij ouderen en mogelijkheden om het bewegen bij ouderen te bevorderen. Resultaten daarvan zullen de komende jaren worden geïmplementeerd en zijn voor een groot gedeelte al gepubliceerd (zie [www.eunaapa.org](http://www.eunaapa.org)). Het huidige en toekomstige beleid zal zich moeten richten op de uitkomsten van deze internationale projecten en coalitievorming en implementatie in dat kader moeten

bevorderen. In verband met beweegstimulering wordt vooral veel aandacht gericht op bijvoorbeeld ouderen met chronische aandoeningen en (bijna) volledig inactieven. Dit is conform de aanpak van het National Actieplan Sport en Bewegen (NASB) dat ook de aandacht vestigt op deze groepen. Binnen het NASB is ook een specifieke rol voor sportstimulering weggelegd. Men is er zich van doordrongen dat het van belang is na te gaan welke sportinterventies effectief zijn in het bereiken van specifieke doelgroepen. Onderzoek naar de effectiviteit van sportstimuleringsprojecten voor ouderen zou daarin moeten worden meegenomen.

### **Toekomstig beweeggedrag moeilijk te voorspellen**

Belangrijk aandachtspunt vormt de onduidelijkheid over de uiteindelijke effecten van een belangrijk gesignaleerde leefstijl ontwikkeling, namelijk het uit balans raken van voeding inname en energieverbruik. Voor de toekomst wordt hierdoor een toenemend overgewicht in de bevolking (ook onder jongeren) voorzien. Technologische ontwikkelingen (ICT) die bewegen tijdens arbeid en in het dagelijks leven minder noodzakelijk maken, dragen daar de laatste decennia aan bij. Ook bestaat de indruk dat het aantal mensen met chronische aandoeningen zal toenemen. De genoemde factoren hebben mogelijk een remmende uitwerking op het beweeggedrag van ouderen. Het is dan ook niet goed te voorspellen in welke richting zich het beweeggedrag van ouderen zal ontwikkelen. Zet de huidige positieve trend zich door of zal er sprake zijn van een stagnatie in de groei van het aantal actieve ouderen? Het ontwikkelen van scenario's op basis van verschillende relevante ontwikkelingen zou op dit punt duidelijk kunnen maken waar het beweegstimuleringsbeleid op zal moeten inspelen om de gestelde doelen op middellange termijn te kunnen realiseren en vasthouden.

### **Veiligheid bij sport- en beweegstimulering cruciaal**

Een ander aandachtspunt voor sport- en beweegstimulering is het feit dat de kans op vallen op hogere leeftijd sterk toeneemt. Om te voorkomen dat de kans op letsel door vallen bij ouderen gaat toenemen als ouderen meer gaan bewegen, moet er daarom bij beweegstimulering aandacht zijn voor veiligheidsaspecten.

## **6.3 Suggesties voor vervolg**

Om ouderen te verleiden tot een meer actieve leefstijl, deelname aan sport- en beweegprogramma's of bijvoorbeeld clublidmaatschap kunnen op basis van voorgaande analyses een aantal suggesties worden gedaan. Onderscheid wordt gemaakt in suggesties voor beleidsontwikkeling- en uitvoering en suggesties voor vervolgonderzoek.

### **Beleidsontwikkeling- en uitvoering**

- In vergelijking met de algehele bevolking zijn ouderen minder lichamelijk actief. Gezien de grote potentiële gezondheidswinst voor ouderen dient het stimuleren van sport en bewegen door ouderen een belangrijke beleidsprioriteit te blijven. Wat betreft sport hebben ouderen wel een grote inhaalslag gemaakt.
- Het huidige aanbod aan sport- en beweegprogramma's en promotiestrategieën lijkt zich voornamelijk te richten op zelfstandig wonende, relatief gezonde ouderen. De ontwikkeling van sport- en beweegprogramma's voor ouderen in instellingen, ouderen met een lage sociaaleconomische status en allochtone ouderen verdient extra aandacht.

- Aanbieders in de sector van sport en bewegen (sportverenigingen, fitnesscentra, etc.) hebben nog onvoldoende oog voor de doelgroep ouderen. Enerzijds doen zij zichzelf daarmee tekort. Ouderen aan zich binden betekent meer leden en daarmee een potentieel aan vrijwilligers. Anderzijds doen zij daarmee de ouderen tekort. Zij kunnen ouderen een plek bieden waar zij in een veilige omgeving, samen met anderen, kunnen sporten en bewegen. Daarmee dragen ze bij aan een belangrijke maatschappelijke doestelling (sociale participatie en gezondheidsbevordering van ouderen). Meer aandacht voor specifieke benaderingsstrategieën is dan ook wenselijk. Daarbij zullen aanbieders hun inzicht moeten vergroten in de specifieke wensen en behoeften van verschillende segmenten van ouderen.
- Specifiek voor de sport lijkt de tijd rijp voor het opzetten van verschillende proeftuinen, waarin wordt geëxperimenteerd met specifiek aanbod voor ouderen en op ouderen afgestemde benaderingswijzen ('ouderen-voor-ouderen' benadering). Goede voorbeelden zijn de 45+ competitie van de KNVB en knotshockey van de KNHB). Te denken valt aan projecten waarbij meer wordt aangesloten bij de levensfase waarin ouderen verkeren, zoals het opzetten van gecombineerde 'kleinkind/grootouders' activiteiten, waarbij gebruik wordt gemaakt van de stimulans die van kinderen kan uitgaan.

### Onderzoek

- Mede door het ontbreken van een gouden standaard voor het meten van de fysieke activiteit komen verschillende, schijnbaar tegenstrijdige, cijfers over de mate van bewegen van Nederlandse ouderen naar voren. Dit belemmert het vergelijken van onderzoeksresultaten en het formuleren en evalueren van beleid(doelen). Het is aan te bevelen afstemming te vinden voor meetmethoden voor het bepalen van de fysieke activiteit van ouderen. Voor sportdeelname is gebruik van de Richtlijn Sportdeelname Onderzoek (RSO) het meest voor de hand liggend.
- Bij het monitoren van sport en bewegen dient aandacht te worden besteed aan ouderen in instellingen, ouderen met een lage SES, ouderen met beperkingen en allochtone ouderen. Deze groepen ouderen zijn door de huidige monitoren over sport, bewegen en gezondheid onderbelicht, terwijl mogelijk bij deze groepen de inactiviteit het grootst is en de gezondheidswinst in potentie groot lijkt.
- Meer onderzoek is nodig naar determinanten van sport en bewegen voor ouderen. Er is nog relatief weinig bekend over de invloed van persoonskenmerken, gedrag, sociale en culturele factoren en fysieke omgevingsfactoren op het sport- en beweeggedrag van Nederlandse ouderen. Meer specifieke kennis is nodig om profielen op te stellen van inactieve Nederlandse ouderen naar verschillende subgroepen ouderen.
- Onderzoek naar mogelijkheden om de frequentie, duur en intensiteit van beweegprogramma's af te stemmen op internationale richtlijnen voor beweegprogramma's voor ouderen moet worden uitgebreid.
- Meer inzicht is nodig in de redenen waarom (sport- en beweeg)interventies wel of niet effectief zijn. Extra aandacht hierbij is nodig voor de redenen waarom ouderen wel of niet deelnemen aan sport- en beweegprogramma's, maar ook voor de wijze waarop deze interventies het beste kunnen worden uitgevoerd (proces).

## Referenties

- American College of Sports Medicine (1998). ACSM positioning stand on exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exercise* (30): pp. 992-1008.
- Barry, B.K. & Carson, G.C. (2004). The consequences of resistance training for movement control in older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* (59A): pp. 730-754.
- Boer, A.H. de (red.) (2006). *Rapportage ouderen 2006: veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bottenburg, M. van & Schuyt, K. (1996). *De maatschappelijke betekenis van sport*. Arnhem: NOC\*NSF.
- Bovene, H. van (1994). *Ongeorganiseerden 55-plussers vrijblijvend georganiseerd. KNBLO-idee: even simpels als geniaal*. NSM. 6 december 1994.
- Breedveld, K. (2003). Sport en cohesie: de samenhang tussen sportdeelname en sociaal kapitaal. In: Breedveld, K. (red) (2003). *Rapportage Sport 2003* (pp. 247-283). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Breedveld, K., Kamphuis, C. & Tiessen-Raaphorst, A. (red.) (2008). *Rapportage Sport 2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / W.J.H. Mulier Instituut.
- Chorus, A.M.J. & Hopman-Rock, M. (2003). *Chronisch zieken en bewegen; een quick scan*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Conn V.S., Minor, M.A., Burks, K.J., Rantz, M.J. & Pomeroy, S.H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society* (51): pp. 1159-1168.
- Dool, R. van den, Wisse, E. & K. Breedveld (2009). *Wie zwemt er tegenwoordig? Een beschrijving van actueel zwemgedrag en de attitude over zwemmen*. 's Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut.
- Elling, A. (2007). *Het voordeel van thuis spelen : sociale betekenissen en in- en uitsluitingsmechanismen in sportlooptbanen*. 's Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut/ Nieuwegein: Arko Sports Media.
- Eulderink, F. (1993). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Giljam, M. (1986). *Sportgedrag en levensloop: een kwalitatief onderzoek naar achtergronden van sportdeelname in de gemeente Rotterdam*. Amersfoort: Giordano Bruno.
- Gool, C.H. van, Picavet, H.S.J., Deeg, D.J.H., Klerk, M.M.Y. de, Nusselder, W.J., Wong, A. & Hoeymans, N. (2009). Oudere van nu gezonder dan 15 jaar geleden? Lichamelijke beperkingen in vijf Nederlandse studies vergeleken. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* (87): p.40.
- Greef M.H.G. de & Bossenbroek, L. (2006). *Een programmastudie 'Ouderen en Bewegen'*. Den Haag: Zon-MW.
- Harmesen, C. & Schapendonk-Maas, H. (2004). Bevolkingsaantal instellingen en tehuizen daalt verder, CBS, *Bevolkingstrends*, 52(4): pp. 90-91.



- Heuvelen, M.J.G. van, Hochstenbach, J.B.M., Brouwer, W.H., Greef, M.H.G. de, Zijlstra, G.A.R., Jaarsveld, E. van, Kempen, G.I.J.M., Sonderen, E. van, Ormel, J. & Mulder, Th. (2005). Differences between participants and non-participants in an RCT on physical activity and psychological interventions for older persons. *Aging Clinical and Experimental Research* (17): pp. 236-245.
- Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M. & Hopman-Rock, M. (2008). *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2006/2007*. Leiden, TNO Kwaliteit van Leven.
- Hildebrandt V.H., Ooijendijk, W.T.M., Stiggelbout, M. & Hopman-Rock, M. (2004). *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003*. Hoofddorp/Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Hilderink, T. (1996). Vakantiewensen van senioren blijken bescheiden. Geen toeters en bellen, maar vers brood en een krantje. *Recreatie*, november 1996: pp. 10-11.
- Hopman-Rock, M. (2009). *In beweging blijven! Bewegen is preventie en zorg voor ouderen. Rede bij aanvaarding ambt bijzonder hoogleraar Lichamelijke activiteit en gezondheid bij ouderen*, faculteit der Geneeskunde, VU Medisch Centrum, Vrije Universiteit Amsterdam. Leiden: De Bink.
- Jacobusse, G., Chorus, A.M.J., Kraker, de H. & Hopman-Rock, M. (2004) Internationale vergelijking van lichamelijke activiteit. In: V.H. Hildebrandt, W.T.M. Ooijendijk, M. Stiggelbout & M. Hopman-Rock (reds). *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003* ( pp. 69-84). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Jongert, M.W.A., Tak, E.C.P.M., Bakker, I., Stiggelbout, M., Ooijendijk, W.T.M., Hanemaaijer, J. & Hopman-Rock, M. (2005). *Custom fit coaching based on motivation: Personal Activity Coach Phase 1a*. Leiden: TNO Quality of Life Report KvL B&G 2005.086.
- Klerk, M. de (2007). *Meedoen met beperkingen: rapportage gehandicapten 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koen, F. (2003). *Profielen van ouderen, voor sport en bewegen*. Arnhem: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.
- Keysor, J.J. & Jette, A.M. (2001). Have we oversold the benefit of late-life exercise?, *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* (56): pp. 412-23
- Lucassen, J. & M. van Schendel (2008). *De Fitnessbranche in beeld – 2008. Resultaten van de Nationale Fitnessmonitor*. 's Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut/ Nieuwegein: Arko Sports Media.
- Latham, N.K., Bennet, D.A., Stretton, C.M. & Anderson, C.S. (2004). Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* (59A): pp. 48-61.
- Lindert, C. van, Jong, M. de & Dool, R. van den (2008). *(On)beperkt sportief. Monitor sportdeelname van mensen met een handicap 2008*. Nieuwegein/ 's-Hertogenbosch: Arko Sports Media/ W.J.H. Mulier Instituut.
- Maasen, C. (2008). *'Mij niet gezien!' Kwalitatief leefwereldonderzoek naar de sportattitude, motieven en belemmeringen van niet-sportende 50-64-jarigen*. Masterthesis Leisure Studies, Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Manders, T. & Kropman, J. (1982). *Sportbeoefening, drempels en stimulansen: een onderzoek in opdracht van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk naar drempels en stimulansen voor het beoefenen van sport*. Nijmegen: Instituut voor toegepaste Sociologie.

Meulen, R. van der (2003). Betrokkenheid: volgers, toeschouwers en vrijwilligers. In: Breedveld, K. (red) (2003). *Rapportage Sport 2003* (pp. 99-124). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Middelkoop, M. van & R. Abma (2003): *Recreatie of leeftijd. Literatuuronderzoek naar het recreatiepatroon van ouderen*. Den Haag: Stichting Recreatie, Kennis- en Innovatiecentrum in opdracht van het Ministerie van LNV, Directie Platteland.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Nota 64: ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mosterd, W.L., Bol, E., Vries, W. de & et al. (1996). *Bewegen gewogen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C., Macera, C.A. & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise* (39): pp. 1435-1445.

NISB (2005). *Eenmeting Bewegen en Sport 50+/2005*. Arnhem: NISB.

Oppermann, M. (1995). Travel life cycle. *Annals of Tourism Research*, 22 (3): pp. 535-552.

Picavet, H.S.J., Wendel-Vos, G.C.W., Vreeken, H.L., Schuit, A.J. & Verschuren, W.M.M. (2009). Hoe gewoontegetrouw zijn Nederlanders in hun beweeggedrag? In: Polder, J.J., et al. (reds). (1997). *Kosten van ziekten in Nederland 1994* (p. 40). Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Pouw, D. (2004). *Nulmeting Sport en Bewegen 50+ 2003*, Arnhem: NISB.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology* (51): pp. 390-395.

Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Trueblood, P.R., Loy, S., Harker, J.O., Pietruszka, F.M., et al. (2000). Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* (55A): pp. 317-321.

Gemeente Tilburg (2005). *Wat de Tilburgse 50-plussers beweegt! Onderzoek naar de sportparticipatie en sportbehoefte onder 50-plussers in de gemeente Tilburg*. Tilburg: Gemeente Tilburg.

Stahl, T., Rutten, A., Nutbeam, B., Bauman, A., Kannas, L., Abele, T., Luschen, G., Rodriguez, D.J.A., Vinck, J. & Zee, J. van der (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle-results from an international study. *Medicine & Science in Sports & Exercise* (52): pp. 1-10.

Stiggelbout, M. (2008). *More exercise for Seniors: Opportunities and Challenges*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Woerden.

Stiggelbout, M., Hopman-Rock, M. & Mechelen, W. van (2008). Entry correlates and motivations of older adults for participating in organised exercise programs. *Journal of Aging and Physical Activity* (16): pp. 342-354.

TNO (2000). *Gezondheids- en welzijnsbevordering voor en door ouderen: monitorstudie Ageing Well*. Leiden: TNO.

Trost, S.G., Owen, N., Bauman, A.E., et al.(2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise* (34): pp. 1996-2001.

Vreede, P.L. de, Bausch-Goldbohm, R.A., Meeteren, van N.L.U. & Hopman-Rock, M. (2008) Beweggedrag van ouderen in Nederland. In: V.H. Hildebrandt, W.T.M. Ooijendijk & M. Hopman-Rock (reds). *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2006/2007* ( pp. 165-197). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Vries S.I. de, Hirtum, van H.W., Bakker, I., Hopman-Rock, M., Hirashing, R.A. & Mechelen, van W. (2009). *Validity and reproducibility of motion sensors in youth: a systematic update*. *Medicine & Science in Sports & Exercise* (41): pp. 818-827.

Wijlhuizen, G.J. (2009). *Physical activity and falls in older persons. Development of the Balance Control Difficulty Homeostasis model*. Leiden: proefschrift Universiteit Leiden.

Wijlhuizen, G.J., Du Bois, P., Dommelen, P. van & Hopman-Rock, M. (2007). Effect evaluation of a multifactor community intervention to reduce falls among older persons. *International Journal of Injury Prevention and Safety Promotion* (14): pp. 25-33.

Ziegler, J. (2002): Recreating Retirement. How will baby boomers reshape leisure in their 60s. *Parks & Recreation*, October, 2002: pp. 56-61.

## Bijlagen

### Bijlage 1 Overzicht beweeginterventies

#### Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO)

Meer Bewegen voor Ouderen bestaat al ruim 25 jaar. MBvO staat voor bewegingsactiviteiten voor mensen van 65 jaar en ouder. De activiteiten zijn aangepast aan de wensen en mogelijkheden van ouderen. De speciaal afgestemde bewegingsactiviteiten hebben als doel sociale participatie, preventie van zorg en integratie. Het gaat om gymnastiek, spel (sporten), dansen en zwemmen. Deze activiteiten worden gegeven door specialisten die daarvoor de rijks erkende MBvO-opleiding hebben gevolgd. MBvO heeft als doel een bijdrage te leveren aan het zo optimaal en zelfstandig mogelijk functioneren van ouderen.

MBvO-activiteiten vinden wekelijks plaats en worden lokaal georganiseerd en uitgevoerd door onder meer stichtingen welzijn ouderen, buurthuizen, ouderenbonden, woonzorgcentra, thuiszorginstellingen. MBvO geniet een brede bekendheid in Nederland. Volgens het NISB wijzen voorzichtige tellingen op ongeveer 400.000 deelnemers.

TNO Kwaliteit van Leven deed, samen met het Instituut voor Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), een evaluatiestudie (Stiggelbout et al., 2004). Bij eenmaal per week gym werden na tien weken geen effecten gevonden op subjectieve gezondheid, kwaliteit van leven en slechts enkele effecten op de fysieke fitheid en zelfredzaamheid. Bij tweemaal per week MBvO-gym was er een klein positief effect op de kwaliteit van leven bij de van tevoren minst actieve ouderen en op drie fitheidsmaten (balans, beenkracht en uthoudingsvermogen; in de oudere leeftijdsgroepen).

#### Het Groninger Actief Leven Model (GALM)

GALM kan gezien worden als een strategie ter promotie van de fysieke activiteit van ouderen waaronder verschillende projecten en programma's zijn ontwikkeld voor verschillende doelgroepen: GALM-programma, GALM+ (ouderen van 65-75 jaar), ACTOR (voor eenzame ouderen), SCALA (Sportstimulering personen met een chronische ziekte), COACH (stimuleren van individuele activiteiten), SMALL (voor kleine gemeenten), GALLOM (voor oudere immigranten).

Begin jaren '90 is het Groninger Actief Leven Model (GALM) ontwikkeld, een strategie voor de stimulering van lichamelijke activiteit bij sedentaire senioren van 55 tot 65 jaar met als doel het verbeteren van fitheid en gezondheid. In GALM wordt gedragsverandering opgevat als een langdurig proces. De uitvoering van GALM bestrijkt dan ook een periode van anderhalf jaar. In deze periode wordt een geïntegreerd geheel van 7 activiteiten uitgevoerd met als doel het stimuleren en begeleiden van senioren om sportief actief te worden en te blijven. Voorwaarden worden geschapen zodat deelnemers hun sportief actieve leefstijl kunnen continueren. GALM wordt in projectvorm uitgevoerd, waarin in een periode van anderhalf jaar een aantal fasen wordt doorlopen.

- Benadering van de doelgroep
- Fittest 1
- Bewegingsintroductieprogramma (12 weken)
- Evaluatie en advies

- Bewegingsvervolgprogramma (30 weken)
- Fittest 2
- Continuering

Deelnemers wordt in een wekelijks groepsprogramma van een uur een gevarieerd pakket van sport en spel aangeboden. Na afloop wordt koffiegedronken voor de sociale binding. Groepen bestaan uit 16-22 deelnemers en draaien kostendekkend. Een deel van de senioren (20%) kiest ervoor de activiteiten voort te zetten in een specifieke vereniging na afloop van het introductieprogramma van 12 weken.

Tot en met 2005 zijn in totaal 552.094 senioren benaderd, hebben 55.740 senioren meegedaan aan de fittest en zijn 41.310 gaan meedoen aan het bewegingsprogramma.

In het GALM effectonderzoek zijn de effecten van GALM bewegingsprogramma op fitheid en gezondheid en op het lichamelijk activiteitenpatroon en andere leefstijlkenmerken geëvalueerd. Het onderzoek is uitgevoerd in drie gemeenten in Nederland en had een non-equivalent controlegroep design waarbij gerandomiseerd is op wijkniveau. Evaluatie van de effecten van het GALM laten zien dat het GALM bewegingsprogramma vooral effect heeft op de fitheid van de senioren waarbij de resultaten een dosis-respons relatie laten zien tussen de mate van toename van lichamelijk activiteit en de mate van toename van fitheid. Positieve verschillen na deelname aan het gehele GALM bewegingsprogramma (18 maanden) worden gevonden voor ervaren fitheid, beenkracht, dynamische balans, schouderlenigheid, uithoudingsvermogen, de Body Mass Index(BMI) en voedingsgedragkenmerken. (de Jong et al., 2007)

### **TV-programma Nederland in Beweging! (NiB-tv)**

NiB-tv is onderdeel van 'Nederland in Beweging!' NiB-tv is een tv-programma dat bestaat uit eenvoudige bewegingsoefeningen, wetenswaardigheden over beweging en tips voor een goede en gezonde leefstijl. Een sportfysiotherapeut en een docente lichamelijke opvoeding doen de oefeningen voor. Daarnaast voert een groep van zes personen op de achtergrond de oefeningen uit. Kijkers kunnen actief meedoen. Het tv-programma wordt elke werkdag 's ochtends uitgezonden. Het programma is in de eerste plaats ontwikkeld voor de lichamelijk inactieve 55-plusser, maar richt zich ook op 35-55 jarigen die eveneens naar het programma kijken. Naar schatting kijken dagelijks ruim 130.000 (voornamelijk oudere) mensen naar NiB-tv. Onderzoek wijst uit dat NiB-tv een succesvolle en goedkope manier is om inactieve ouderen te stimuleren tot meer bewegen (Hopman-Rock, et al., 2001).

### **SMALL Strategie**

SMALL staat voor Stimulerings Model Actief Leven door middel van Leefstijlactiviteiten in kleinere gemeenten. Het project is een afgeleide van GALM en richt zich op 55-70-jarigen die nog niet sportief actief zijn. SMALL heeft tot doel deze mensen te ondersteunen om de Nederlandse Norm Gezond Bewegen te behalen. De duur van een SMALL project is 9 weken. Het SMALL project start met een fitheidstest, vervolgens vindt er om de week een groepsbeweegbijeenkomst of een individuele counseling plaats. Deelnemers wordt in een wekelijks groepsprogramma van een uur een gevarieerd pakket van sport en spel aangeboden. Het doel hiervan is het bevorderen van een actieve leefstijl. SMALL wordt in projectvorm uitgevoerd, de volgende aspecten komen aan bod:

- Benadering van de doelgroep
- Fitheidstest

- Bewegingsprogramma
- Individuele counseling

### **COACH Strategie**

COACH is een spin-off van GALM en betreft een leefstijlprogramma dat specifiek is ontwikkeld voor mensen die te weinig bewegen. Er wordt mensen geleerd hoe zij leefstijlactiviteiten in kunnen bouwen in het dagelijks leven. COACH is ontwikkeld door het Interfacultair Centrum Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen en het Centrum voor Beweging en Onderzoek Groningen. De deelnemer kiest zelf de uit te voeren activiteit (wandelen, traplopen, fietsen). De methode heeft als doel het onderhouden van de gezondheid met als referentie de norm van 10.000 stappen per dag (gerelateerd aan de NNGB). Deelnemers monitoren zichzelf met behulp van een stappenteller.

Het COACH programma bestaat uit een wervingsprotocol, een meetprotocol (fitheidstest, vragenlijsten en gebruik van een stappenteller), een leefstijlactiviteitenprogramma, Exercise Counseling en een supportprotocol. Het COACH leefstijlprogramma wordt in projectvorm uitgevoerd en bestaat uit twee fasen. De eerste fase van 3 maanden en de vervolgfase van 12-15 maanden.

COACH heeft als voordeel dat met behulp van individuele begeleiding gedragsverandering in het dagelijks leven wordt nagestreefd. Door daarbij gebruik te maken van specifieke monitoring instrumenten en counselingstechnieken is de methode laagdrempelig en dus uitermate geschikt om gedragsverandering voor een brede doelgroep op lange termijn te bewerkstelligen. De COACH methode is succesvol toegepast bij basisschoolkinderen, ouderen, werknemers en mensen met een chronische aandoening, zoals kanker, COPD, Coronaire hartziekten, Reuma, Diabetes type 2, CVA en hemodialysepatiënten.

### **Gezond en Vitaal**

Gezond & Vitaal is een TNO Kwaliteit van Leven ontwikkeld programma dat bestaat uit zes bijeenkomsten waarbij de oudere deelnemers voorlichting op het gebied van gezond gedrag en fysieke activiteit krijgen aangeboden. Iedere sessie bestaat uit twee delen. In het eerste deel krijgen de deelnemers van een (oudere) voorlichter uitleg over onderwerpen met betrekking tot onder andere succesvol ouder worden, bewegen en gezondheid, voeding, fysieke en mentale weerbaarheid en veiligheid in en om het huis. Tijdens het tweede deel van de sessie wordt door een instructeur (meestal een MBvO instructeur) een laag intensief beweegprogramma aangeboden. Het beweegprogramma richt zich voornamelijk op kracht en lenigheid van het boven- en onderlichaam en bewegen van het gehele lichaam. De oefeningen zijn bedoeld om ook thuis door de deelnemers uit te voeren en dienen als aanmoediging voor het starten van andere activiteiten zoals MBvO.

Onderzoek toonde aan dat deelname aan Gezond & Vitaal leidde tot een toename in de mate van bewegen van de oudere deelnemers en dat het programma een positief effect had op de kwaliteit van leven en de kennis van gezondheid en ziekten (Hopman-Rock & Westhoff, 2002).

### **ACTOR**

ACTOR is een spin-off van GALM en richt zich op eenzame ouderen. ACTOR bestaat uit zowel een specifiek ontwikkelde benadering als een activiteitenprogramma van een jaar. Bij ACTOR worden alle senioren in een bepaalde wijk of in een zorginstelling benaderd. Potentiële deelnemers worden gescreend met een gevalideerde eenzaamheidsvragenlijst.

Het activiteitenprogramma van ACTOR bestaat uit een combinatie van het leren van sociale vaardigheden en het uitvoeren van fysieke activiteiten (meestal sport of recreatieve activiteiten zoals wandelen). Hierbij dienen de oudere deelnemers zelf de fysieke activiteiten te organiseren als onderdeel van het aanleren van sociale vaardigheden. Het primaire doel van ACTOR is het verhogen van de zelfeffectiviteit van eenzame ouderen.

Bewegen is van Iedereen

Bewegen is van Iedereen is een beweegprogramma dat tot doel heeft om barrières voor fysieke activiteiten voor ouderen te verminderen en het zelfvertrouwen om meer te bewegen te verbeteren. De cursus bestaat uit 5 theorielessen en 5 praktijklessen van 45 minuten verspreid over 10 weken. Deelnemers ontvangen gedurende de lessen informatie over de gezondheidswaarde van bewegen en over manieren om actiever te worden. Het programma wordt groepsgewijs aangeboden door fysiotherapeuten en oefeningen worden afgestemd op de wensen en lichamelijke capaciteiten van de oudere deelnemers

### **In Balance**

"In Balans" is een cursus voor zelfstandig wonende ouderen (70plussers) en ouderen woonachtig in woonzorginstellingen met een verhoogd valrisico en gericht op het voorkomen van valongelukken. Na de voorlichtingsbijeenkomst, wordt in 3 bijeenkomsten informatie en bewegingsoefeningen aangereikt die van belang zijn bij het in balans blijven en valpreventie. Daarna kan een trainingstraject van 10 weken gevolgd worden met veel aandacht voor houding, ontspanning en balans. In balans is een voorlichtingscursus, gekoppeld aan een bewegingsprogramma om valongevallen te voorkomen.

Het programma bestaat in totaal uit vier fasen.

Fase 1: informatie (bijeenkomst van twee uur).

Fase 2: bewustwording (voorlichtingscursus en bewegingsprogramma van drie bijeenkomsten van twee uur, inclusief risicoscreening en een balanstest).

Fase 3: training (10 weken). Groepstraining gericht op fitheid, balans, spierkracht, en T'ai Chi.

Fase 4: voortzetting in bestaande bewegingsgroepen

De Faculteit der Bewegingswetenschappen van het VU-medisch centrum heeft een praktijkstudie uitgevoerd naar valpreventieve effecten van bewegingsprogramma's bij ouderen waaronder In Balans. In het onderzoek participeerden 15 verzorgingshuizen. Bewoners van deze huizen en bijbehorende aanleunwoningen werden uitgenodigd voor deelname. Ouderen die het programma In Balans hadden gevolgd, hadden een betere balans, voelen zich zekerder en meer ontspannen (Faber et al., 2006).

### **Vallen Verleden Tijd**

Het Vallen Verleden Tijd programma is een wetenschappelijk onderbouwde valtrainingsprogramma ontwikkeld door de Sint Maartenskliniek Nijmegen. Het programma is bedoeld voor senioren ouder dan 65 jaar met een recente valgeschiedenis. Het programma vindt plaats in groepsverband en bestaat uit 10 bijeenkomsten van 1,5 uur, 2 keer per week. Tijdens de lessen wordt het omgaan met fysieke obstakels uit het dagelijks leven geoefend, leren de deelnemers zich veilig voort te bewegen in een drukke omgeving en worden vanuit de judo-sport valtrainingen om veilig te vallen geleerd. Het programma wordt regionaal aangeboden door fysiotherapeuten in fysiotherapiepraktijken, verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Onderzoek naar de effectiviteit van dit programma wijst uit dat door deelname aan deze valpreventietraining het aantal valincidenten vermindert met ongeveer de helft. De deelnemers

geven aan minder bang te zijn om te bewegen en krijgen meer zelfvertrouwen. (Weerdesteyn et al., 2006)

### **Het trainen van functionele taken (FUNTEX)**

De afdeling Geriatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht ontwikkelde in samenwerking met de Kamer Fysiotherapie van UMC Utrecht een beweegprogramma voor ouderen. Dit functionele taken beweegprogramma (FUNTEX genaamd) richt zich direct op de dagelijkse handelingen die als eerste als problematisch worden beschouwd door Nederlandse ouderen. Handelingen die onder andere aan bod komen zijn traplopen, boodschappen doen, zich verplaatsen buitenshuis en opstaan vanuit een stoel of bed. Tijdens de oefeningen wordt een nauwe samenwerking tussen het denken, het waarnemen en het uitvoeren van handelingen in relatie met de omgeving van het individu getraind. Trainingssessies werden begeleid door tenminste twee trainers (fysiotherapeut en sportleraar). Doelgroep van het programma zijn zelfstandig wonende ouderen met beginnende problemen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Het beweegprogramma wordt gedurende 12 weken twee maal per week in groepsverband aangeboden.

Het effect van het FUNTEX beweegprogramma is onderzocht in een gerandomiseerde, gecontroleerde studie waarbij het vergeleken is met het effect van spierkrachttraining, het type training dat wereldwijd het meest gebruikt wordt bij training van ouderen. Aan het onderzoek werkten 122 vrouwen van boven de 70 jaar mee. Uit het onderzoek komt naar voren dat het trainen van functionele taken effectiever is voor het verbeteren van het verrichten van dagelijkse activiteiten dan spierversterkende training. Bovendien bleven de effecten van het trainen van functionele taken veel langer behouden de winst aan spierkracht bij spierversterkende training (de Vreede et al., 2005)

### **Conditietraining Op Oudere Leeftijd (COOL)**

COOL is ontwikkeld door fysiotherapeuten werkzaam in een verpleeghuis en heeft tot doel de fysieke conditie van oudere bewoners in verpleeghuizen te verbeteren en te behouden. Daarnaast richt het programma zich op het voorkomen van mobiliteitsproblemen bij de ouderen. Het COOL-programma wordt groepsgewijs aangeboden en vormt een aanvulling op de reguliere individuele therapie voor de verpleeghuisbewoners. Oefeningen richten zich op het uithoudingsvermogen en de spierkracht en worden voornamelijk met behulp van fitnessapparatuur uitgevoerd. Artsen en fysiotherapeuten van het verpleeghuis verwijzen de cliënten naar het programma

### **INCOnditie**

INCOnditie is een programma ontwikkeld door TNO Kwaliteit van Leven dat zich richt op zowel preventie als op de behandeling van de klachten samenhangend met ongewild urineverlies. Tijdens het programma wordt voorlichting gegeven gevolgd door oefeningen op het gebied van blaas training, bekkenbodemspier training, algehele conditie en mobiliteit. De trainingen worden gedurende 22 weken een maal per week aangeboden door een gespecialiseerde fysiotherapeut en zijn gedeeltelijk gebaseerd op inzichten vanuit MBvO. In een gerandomiseerde studie is het effect en de uitvoerbaarheid van het programma onderzocht (Tak et al., 2004). De resultaten geven aan dat het programma goed uitvoerbaar is in verzorgingshuizen. Uit de effectevaluatie blijkt dat zowel deelnemers aan het programma als de controle groep er gemiddeld qua frequentie en hoeveelheid ongewild urineverlies op vooruit



zijn gegaan. Daarnaast zijn de oudere deelnemers aan het programma in vergelijking met de controle groep vooruit is gegaan op het gebied van fysieke vaardigheden.

### **ZORGmethode**

De ZORGmethode is een samenwerkingsverband tussen zorginstellingen, patiëntenverenigingen en NebasNsg. Doel van de ZORGmethode is onder meer om niet actieve mensen met chronische aandoeningen samen met lotgenoten actief te laten worden. Artsen, zorginstellingen en patiëntenverenigingen zijn onder andere betrokken bij het werven van mensen met chronische aandoeningen. Vervolgens krijgen deze mensen voorlichting over sport en bewegen en krijgen zij gedurende anderhalf jaar intensieve begeleiding bij het bewegen. De chronische aandoeningen waarbij de meeste deelnemers participeren in bewegingsgroepen zijn kanker (25%), fibromyalgie (23%), chronische pijn/rugaandoeningen (22%) en CVA (19%). Groepen worden opgezet in samenwerking met patiëntenorganisaties, zorginstellingen en gemeenten.

### **SCALA**

SCALA is een beweegprogramma dat zich richt op bewegingsstimulering van chronisch zieken. SCALA volgt de GALM-methode zoals hierboven beschreven.

Het doel van SCALA is mensen met een chronische aandoening (opnieuw) sportief actief te laten worden en sportief actief te houden. SCALA is een afgeleide vorm van GALM.

Eind 2004 zijn in meer dan 37 gemeenten in Nederland in totaal 48 SCALA-projecten uitgevoerd. SCALA-projecten zijn gekoppeld aan GALM-projecten. Van de gemiddeld 1.000 senioren die zijn benaderd, geven 50 senioren zich op voor de SCALA-fitheidstest en 40 senioren voor het beweegprogramma. Eind 2004 zijn 1.900 senioren actief geworden dankzij SCALA.

### **Omgaan met artrose van knie en/of heup**

TNO Kwaliteit van Leven ontwikkelde een interventieprogramma Omgaan met Artrose met als doel mensen (55 – 75 jaar) beter te leren omgaan met hun artrose klachten. Het programma bestaat uit 6 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur met een voorlichtings- en bewegingsgedeelte. De voorlichting wordt gegeven door een (speciaal getrainde) seniorvoorlichter en een tweetal experts (huisarts en ergotherapeut). Het bewegingsgedeelte, gegeven door een fysiotherapeut, bestaat uit bewegings- en ontspanningsoefeningen geschikt voor deze groep.

Onderzoek toonde aan dat het programma een positief effect had op onder andere ervaren pijn, kwaliteit van leven, spierkracht, kennis, zelfeffectiviteit en de mate van bewegen (Tak et al., 1999). Ook had het programma een positief effect op overgewicht en zorgconsumptie.

### **Bewegen en gezondheid (modules "Bewegen zonder moeite " en "Als botten en Spieren protesteren")**

"Bewegen zonder Moeite" is een cursus voor iedereen die efficiënt wil bewegen en is een vervolg op 'Als botten en spieren protesteren'. Bewegen zonder moeite bestaat uit een basiscursus en een vervolgcursus van ieder 4 bijeenkomsten. In de basiscursus worden deelnemers vertrouwd gemaakt met de manier waarop zij de meest voorkomende bewegingen slim en efficiënt kunnen uitvoeren. In de vervolgcursus wordt het accent gelegd op het efficiënt gebruik van kracht. Hoe kan je een inspanning leveren met zo min mogelijk kracht en een zo'n goed mogelijke belasting voor het lichaam.

De module “Als botten en Spieren protesteren bestaat uit 3 bijeenkomsten en bestaat uit voorlichting en praktische oefeningen. Het programma is gericht op verouderingsverschijnselen als artrose, osteoporose, nek- en rugklachten en praktische oefeningen om de klachten tegen te gaan of te verminderen.

Het programma Bewegen en Gezondheid werd in aangepaste vorm toegepast bij kwetsbare ouderen in verzorgingstehuizen en onderzocht op effectiviteit (Weening-Dijksterhuis et al., 2005). In een gerandomiseerd, gecontroleerde studie onder 45 bewoners van verzorgingstehuizen (gem leeftijd 85 jaar) werd een aangepaste vorm (kracht, balans, looptraining: laag intensief getraind) onderzocht. Het onderzoek toonde aan dat het programma bij kwetsbare ouderen in verzorgingstehuizen leidt tot een toename van de zelfredzaamheid van deze ouderen. Deze toename wordt met name bepaald door toename in loopsnelheid, beenkracht en balansvermogen.

### **Care 70+ programma**

Het Care 70+ programma is een programma voor zelfstandigwonende ouderen ouder dan 70 jaar met rug-, heup-, of knieproblemen. Het programma wordt aangeboden door therapeuten Cesar Mensendieck en bestaat uit oefeningen die groepsgewijs en individueel thuis worden uitgevoerd. Oefeningen bestaan uit wandelen, bewegen op muziek en oefeningen met behulp van fitnessapparatuur.

### **FACT-programma**

Project FACT is een onderzoek naar het effect van een wandelprogramma en extra inname van vitamine B op het cognitief functioneren van zelfstandig wonende ouderen (70-80 jaar) met een lichte cognitieve stoornis (van Uffelen et al., 2007). In een gerandomiseerde, gecontroleerde studie werd aangetoond dat het wandelprogramma een gunstig effect had op het uithoudingsvermogen van de oudere deelnemers, maar dat het wandelprogramma niet effectief was in het verbeteren van het cognitief functioneren en de kwaliteit van leven binnen een jaar in de totale groep deelnemers. De onderzoekers vonden echter wel een verbetering in enkele aspecten van het cognitief functioneren, waaronder het geheugen en de ervaren kwaliteit van leven, bij de oudere deelnemers die tenminste 75% van de sessies aanwezig waren.