


# Toegankelijkheid sportverenigingen voor mensen met psychische problemen

*White paper op het gebied van Wmo & Sport*



Drs. Linda Schouten en Marijke Vellekoop

## Inhoud

<b>Waarom deze white paper?</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Betekenis van sport</b>	<b>5</b>
2.1 Effect op psychiatrische symptomen en terugval	5
2.2 Effect op lichamelijke conditie	6
2.3 Effect op sociaal functioneren	6
<b>3. Vertrouwen in eigen kunnen als sportdrempel</b>	<b>8</b>
3.1 Vertrouwen in eigen fysieke en sociaal emotionele vaardigheden	8
3.2 Samenhang tussen vertrouwen in eigen kunnen en het herstelproces	9
<b>4. Stigma als sportdrempel: vinden van aansluiting, onbegrip en schaamte</b>	<b>11</b>
4.1 Wat is stigma?	11
4.2 Gevolgen van stigma voor deelname aan verenigingssport	11
<b>5. Sportverenigingen beter en breder benut voor mensen met psychische problemen</b>	<b>13</b>
5.1 Doorstroom van therapie naar verenigingssport	13
5.2 De gemeente als verbinder	15
<b>Bronnen</b>	<b>17</b>
<b>Over de auteurs en dankwoord</b>	<b>20</b>

## Waarom deze white paper?

**Sport kan als middel worden ingezet om diverse persoonlijke en maatschappelijke doelstellingen te bereiken, zoals op het gebied van gezondheid, sociale samenhang en dagbesteding. Onder mensen met psychische problemen is sport echter geen vanzelfsprekendheid. Zij ervaren diverse drempels om in verenigingsverband te gaan sporten. Op twee van deze drempels 'een laag vertrouwen in eigen kunnen' en 'stigma' wordt in deze white paper ingegaan. Deze drempels komen uit interviews die gehouden zijn met mensen die psychische problemen hebben.**

Om de drempels te verlagen lijkt het kansrijk om de aansluiting tussen (sport als) therapie en verenigingssport te verbeteren. Daartoe worden in deze white paper concrete handvatten gegeven. Zo wordt ingegaan op de wijze waarop therapeutische activiteiten zoals runningtherapie in samenwerking met verenigingen georganiseerd kunnen worden. Voor cliënten met complexe en langdurige problematiek is daarbij verdere ondersteuning gewenst om hen te laten sporten bij verenigingen, bijvoorbeeld in de vorm van zogenaamde 'sportmaatjes'.

Aangezien met verenigingssport doelen bereikt kunnen worden van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), wordt ook de verbindende rol van gemeenten belicht. Dit betreft zowel een interne regisserende rol tussen diverse beleidsvelden als een externe regisserende rol. Van belang is onder meer dat gemeenten partijen zoals sportverenigingen en organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg bijeenbrengen.

Sportservice Noord-Holland en GGZ Noord-Holland-Noord willen met deze white paper gemeenten, zorgverleners, buurtsportcoaches en sportverenigingen ondersteunen bij het maken van beleid en plannen die sportbeoefening en vrijwilligerswerk door mensen met psychische problemen versterken.

Wij, de auteurs, horen graag uw ideeën, initiatieven en ervaringen om maatschappelijk actieve sportverenigingen beter en breder te benutten voor mensen met psychische problemen.

## 1. Inleiding

Sportverenigingen zijn in Nederland van oudsher ontstaan rondom het streven naar prestaties en sportiviteit, het tonen van volharding en het beleven van plezier. Sporten wordt echter tegenwoordig niet alleen meer als doel op zich gezien, maar ook als een middel. Door sport en beweging blijven mensen ook bijvoorbeeld langer gezond, zijn ze beter bestand tegen de effecten van ziekten en doen ze mee in de maatschappij. Een sportvereniging die een bijdrage wil leveren aan de realisering van maatschappelijke doelstellingen zoals gezondheid en participatie, biedt dan ook een kansrijk alternatief in zorg en welzijn.

Gemeenten kunnen op de meerwaarde van sportverenigingen inspelen, als zij op een creatieve manier vorm willen geven aan de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Uitgangspunt van deze nieuwe wet is dat mensen participeren en hun eigen kracht inzetten en verenigingssport is daar een mooi middel voor. Verenigingssport heeft een belangrijke participatieve waarde en vormt een platform voor ontmoeting en vrijwilligerswerk, waardoor het sociaal netwerk van mensen groter wordt. Voor mensen met psychische problemen kan verenigingssport dan ook ingezet worden om hen mee te laten doen in de samenleving, als sporter en als vrijwilliger bij verenigingen.

Hoewel mensen met psychische problemen veel kunnen hebben aan het actief participeren in sportverenigingen, is dit voor hen geen vanzelfsprekendheid. Dit lijkt zich al vanaf jonge leeftijd voor te doen. Kinderen met angstige en depressieve gevoelens vertonen vaak teruggetrokken gedrag. Zij zijn minder vaak lid van sportverenigingen dan kinderen zonder deze problemen. Van hen is ongeveer driekwart lid van een sportvereniging, ten opzichte van 82 procent van de kinderen zonder gedragsproblemen in het basisonderwijs. In het voortgezet onderwijs is dat respectievelijk 56 procent ten opzichte van 69 procent (1). Deze verschillen wat betreft sportparticipatie doen zich niet voor bij kinderen met hyperactiviteit. Zij zijn net zo vaak lid van een sportvereniging als kinderen zonder deze gedragsproblemen (1).

Volwassenen met psychische problemen sporten eveneens minder vaak dan volwassenen zonder deze problemen (2, 3, 4, 5, 6). Volwassenen die sporten hebben minder vaak psychische stoornissen, zoals depressies, fobieën, andere angststoornissen en alcoholverslaving, dan mensen die niet sporten (4). Aan de relatie tussen fysieke activiteit en psychische problemen kunnen verschillende verklaringen ten grondslag liggen. Zo zou weinig fysieke inspanning kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van psychische problemen. Omgekeerd zouden psychische problemen echter ook een negatief effect kunnen hebben op de motivatie om fysiek actief te zijn (2). Verondersteld wordt dat apathie, hopeloosheid en een laag energieniveau, een negatieve invloed hebben op de mate waarin personen met depressieve symptomen fysiek actief zijn (3, 7, 8).

Om kinderen met gedragsproblemen zo veilig mogelijk en naar eigen behoefte te kunnen laten sporten, is hiernaar een literatuurstudie gedaan in opdracht van de ministeries VWS, OCW en Jeugd en Gezin (1). In deze studie kwamen drempels om te sporten vanuit het kind en de (sport)omgeving naar voren. De lagere sportdeelname bleek te verklaren vanuit de gedragskarakteristieken van deze kinderen en het onvermogen van de (sport)omgeving om hier adequaat mee om te gaan. Een voorbeeld hiervan is de neiging die angstige en depressieve kinderen hebben om stress te vermijden. De

drempels zijn inmiddels praktisch vertaald naar handvatten voor trainers. Zo hebben NOC\*NSF en Veiliger Sportklimaat een bijscholing ontwikkeld voor trainers, coaches en begeleiders om hen te leren hoe ze met deze sporters om kunnen gaan (9, 10).

Tot op heden is er weinig bekend over de drempels die volwassenen met lichte tot ernstige psychische problemen ervaren om bij verenigingen te sporten. In deze white paper wordt op een aantal drempels ingegaan die naar voren kwamen in een kwalitatief onderzoek onder cliënten van runningtherapie. Aan hen is gevraagd of zij na afloop van de therapie door zouden willen stromen naar reguliere activiteiten, zoals activiteiten bij sportverenigingen (zie achtergrondinformatie over het onderzoek, onderstaand kader). De belangrijkste drempels die in dit onderzoek naar voren kwamen, waren: a) een laag vertrouwen in eigen kunnen en b) stigma. Op andere drempels om te sporten bij verenigingen die ook lijken te gelden voor mensen zonder psychische problemen, wordt in deze paper niet ingegaan. Dit betreft bijvoorbeeld een drempel als de kosten die met sporten gepaard gaan (11).

De volgende paragraaf gaat eerst verder in op de betekenis die sport voor mensen met psychische problemen kan hebben (paragraaf 2). Daarna worden bovenstaande drempels aan de hand van literatuur besproken en geïllustreerd door uitspraken van de geïnterviewde cliënten (paragraaf 3 en 4). In de laatste paragraaf worden denkrichtingen gepresenteerd en handvatten gegeven om de drempels te verlagen. In het bijzonder wordt ingegaan op de rol die gemeenten hierbij kunnen spelen.

### **Achtergrondinformatie onderzoek Sportservice Noord-Holland februari - mei 2014**

In het onderzoek stond de vraag centraal in hoeverre cliënten na afloop van hun runningtherapie zouden willen doorstromen naar reguliere sport- en bewegingsactiviteiten. Verspreid over Noord-Holland werd bij tien cliënten (zes mannen en vier vrouwen) een semigestructureerd interview afgenomen dat gebaseerd was op het ASE-model (Attitude, Sociale invloeden en Eigen - effectiviteit model; 12). De leeftijd van de cliënten varieerde van 34 tot 65 jaar (gemiddelde 45 jaar, SD=10,5). Naast klachten rondom depressie was er bij zes cliënten sprake van comorbiditeit met onder meer autisme, schizofrenie en verslaving. Ten tijde van het interview volgden de cliënten gemiddeld 11,3 maanden runningtherapie (range: vier weken tot vier jaar<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Enerzijds wordt in Noord-Holland runningtherapie voor mensen met depressieve klachten veelal aangeboden voor de duur van 12-16 weken. Anderzijds bieden GGZ-instellingen deze therapie aan hun cliënten zolang deze bij hen onder behandeling zijn.

## 2. Betekenis van sport

Voor mensen met psychische problemen kan sport diverse betekenissen hebben. Zo kan deze gelegen zijn in een vermindering van hun psychische symptomen of een verminderde kans op een terugkeer ervan, een betere lichamelijke conditie en een beter sociaal functioneren. Sport is hierbij een middel, waarbij twee perspectieven onderscheiden kunnen worden:

- Sport als therapie. Therapeutische beweegactiviteiten worden bij mensen met psychische problemen ingezet als middel om de psychische klachten van de cliënt te verminderen of te laten verdwijnen. Wanneer het verminderen van de ernst van de klacht niet haalbaar is, leert de therapie de cliënt om te gaan met de situatie en de klacht te accepteren. Voorbeelden van dergelijke beweegactiviteiten zijn psychomotorische therapie en runningtherapie
- Sport als preventieve en maatschappelijke waarde. Voor mensen met en zonder psychische problemen kan sport bijdragen aan een betere algemene gezondheid (mentaal en fysiek) en sociaal functioneren. Hierbij gaat het om sport- en bewegingsactiviteiten zoals bij sportverenigingen (verenigingssport).

Gesteld kan worden dat de perspectieven elkaar aanvullen. Verenigingssport kan er namelijk toe bijdragen dat mensen met psychische problemen na hun behandeling weer (sterker) gaan deelnemen aan de maatschappij. Ook kan verenigingssport bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan het voorkomen van de terugkeer van psychiatrische symptomen.

Hieronder wordt nader ingegaan op het effect van sport op psychiatrische symptomen, de lichamelijke conditie en sociaal functioneren.

### 2.1 Effect op psychiatrische symptomen en terugval

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat sport een positief effect kan hebben op de mentale gesteldheid van personen. Veel evidentie hiervoor is er ten aanzien van depressieve symptomen (13, 14, 15, 16), maar ook bij bijvoorbeeld schizofrenie en alcohol- of drugsverslaving worden positieve resultaten gevonden (6, 17, 18, 19, 20). Voor cliënten met een depressie is fysieke inspanning opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (21) en de NHG-standaard depressie voor huisartsen (22). Hierin wordt fysieke inspanning aangeraden al dan niet naast andere behandelvormen voor depressie. Daarbij moet wel aangemerkt worden dat lange termijn effecten na afloop van een beweegprogramma (nog) niet zijn aangetoond (14, 23). Het is dan ook van belang dat cliënten nadat een therapeutisch beweegprogramma lichamenlijk actief blijven om terugval en verergering van depressieve klachten te voorkomen.

Over de werkingsmechanismen van fysieke activiteit op de mentale gesteldheid van een persoon bestaan verschillende hypothesen. Het is aannemelijk dat een combinatie van factoren het positieve effect bepalen. Zowel complexe neurobiologische (waarin de endorfine hypothese het meest bekend is) als cognitief- en gedragstherapeutische mechanismes worden voor het effect van sport verantwoordelijk gehouden. Zo kan sporten invloed hebben op het zelfbeeld en zelfvertrouwen (25) en als een vorm van gedragsactivatie gezien worden. Hierbij staat centraal dat mensen met een depressie weer activiteiten gaan ondernemen waaraan ze plezier beleven (24). Zoals een geïnterviewde cliënt aangaf op de vraag wat het voordeel is van sport *“Dat je weer een beetje een doel hebt om uit bed te komen”*.

## 2.2 Effect op lichamelijke conditie

Sport kan een positieve bijdrage leveren aan de lichamelijke conditie van mensen met psychische problemen, de kans op lichamelijke ziekten reduceren en hun levensverwachting positief beïnvloeden. Bij mensen met psychiatrische problemen komt comorbiditeit met lichamelijke ziekten veel voor. Zo hebben mensen met een depressie bijvoorbeeld een grotere kans op CVA, epilepsie, diabetes of obesitas (26). Bij mensen met schizofrenie wordt het metabool syndroom (waaronder verhoogde waarden voor gewicht, bloeddruk, bloedsuikerwaarde) vaker aangetroffen en is er een grotere kans op cardiovasculaire ziekten (6, 26). Als gevolg daarvan hebben mensen met schizofrenie een kortere levensduur van 15 tot 25 jaar (6). De grotere kans die mensen met psychiatrische problemen hebben op lichamelijke ziekten is, naast dat de psychiatrische aandoening of medicatie de stofwisseling beïnvloedt, mede gelegen in hun ongezonde leefstijl (26). Weinig bewegen is daarvan één aspect. Zoals in de inleidende paragraaf reeds naar voren kwam, sporten zij minder dan mensen zonder psychische problemen.

Er zijn aanwijzingen dat niet alleen met sport het gewicht en de fitheid gunstig beïnvloed kan worden van mensen met lichte psychische aandoeningen, maar ook van mensen met ernstige psychische aandoeningen (6, 18, 26, 27, 28). Het NIVEL (26) geeft daarbij aan dat het over het algemeen effectiever is om een aantal benaderingen tegelijk aan te bieden: (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies.

## 2.3 Effect op sociaal functioneren

Mensen met psychische problemen worden in meer of mindere mate beperkt in hun dagelijks (sociaal) functioneren, zoals op het gebied van werk, wonen en vrije tijdsbesteding. Dit komt deels door bepaalde symptomen van de aandoeningen. Zo leiden gevoelens als (sociale) angst, achterdocht, vijandigheid of hinderlijke stemmen in het hoofd tot een ongemakkelijke omgang met andere mensen (29). Psychische aandoeningen vormen een groot aandeel in de groep mensen met een uitkering. Van alle GGZ-zorg wordt meer dan 50% besteed aan bijstandsgerechtigden en arbeidsongeschikten (30). Ook werd in 2013 de instroom in de Wajong voor 85% veroorzaakt door psychische problemen (30). Doordat opleidingen worden afgebroken en cliënten buiten het arbeidsproces komen te staan, worden zij afgesneden van normale contacten en relaties.

Verenigingssport kan een belangrijke rol spelen om mensen met psychische problemen (weer) meer te betrekken op sociaal en maatschappelijk gebied. In landelijk en lokaal overheidsbeleid wordt deze potentie van sport breed erkend (30, 31) en ook vindt bijna de helft van de Nederlandse bevolking sport een middel om meer mensen te leren kennen (33). De actieve deelname aan sport, maar ook het doen van vrijwilligerswerk werkt socialiserend. Vooral bij teamsport in clubverband zijn sociaal contact en interacties sterk ingebed (32).

Kortom, sport als therapie en als preventieve en maatschappelijke waarde kunnen ieder een eigen betekenis hebben voor mensen met psychische problemen. Sport sluit aan bij hun behoeften aan een gezond en sociaal leven met een zinvolle dagbesteding. Een geïnterviewde cliënt vat de betekenis van verenigingssport als volgt samen:

---

*“Ik denk dat ik sociaal gezien een wat breder draagvlak zou krijgen als ik door zou stromen naar reguliere sportactiviteiten. Meer mensen leer kennen en er komt dan sowieso meer structuur in de week. Het zou er ook voor zorgen dat mijn eigenwaarde en zelfvertrouwen groeit.”*

---



### 3. Vertrouwen in eigen kunnen als sportdrempel

Deze paragraaf gaat in op één van meest genoemde drempels die naar voren kwam in het kwalitatief onderzoek onder deelnemers aan runningtherapie: een laag vertrouwen in eigen kunnen. Deze drempel lijkt sterke samenhang te vertonen met het herstelproces van de cliënten.

#### 3.1 Vertrouwen in eigen fysieke en sociaal emotionele vaardigheden

Mensen met psychische problemen hebben voldoende vertrouwen in hun eigen fysieke en sociale vaardigheden nodig, willen zij gaan sporten. Dit vertrouwen in zijn of haar eigen vermogen om een bepaald gedag uit te voeren, wordt ook wel iemands eigen-effectiviteitsverwachting genoemd (34). Een dergelijke verwachting reflecteert niet zozeer wat een persoon aan vaardigheden heeft, maar betreft de inschatting wat men kan doen met de vaardigheden waarover men beschikt. Uit de empirische literatuur komt naar voren dat juist dit vertrouwen bij personen met depressieve klachten lager is (35, 36, 37), wat aansluit bij kenmerken van een depressie als waardeloosheid.

Eigen-effectiviteitsverwachtingen spelen een centrale rol in veelvuldig gehanteerde en door onderzoek ondersteunde theorieën en modellen (zoals ASE-model (12), theorie van gepland gedrag (38)) om diverse gezondheidsgedragingen te verklaren, waaronder bewegingsgedrag. De verwachtingen over de eigen-effectiviteit beïnvloeden welke activiteiten worden gekozen en of iemand aan iets nieuws begint. Bij een aantal geïnterviewde deelnemers aan runningtherapie bleek juist dat laatste een probleem. Zo werd aangegeven dat het uit zichzelf sporten lastig is en dat het afspreken met anderen een “*stok achter de deur*” betekent. De cliënten waren daarentegen over het algemeen wel positief over hun fysieke vaardigheden om te hardlopen.

Een ander aspect is dat dergelijke verwachtingen ook bepalen hoeveel inspanning mensen met psychische problemen plegen en of zij doorzetten bij tegenslag. Zo zal iemand ook met zijn eigen emoties van angst, frustratie en schaamte moeten kunnen omgaan als men een nieuwe activiteit begint (39). Bij de geïnterviewde deelnemers aan runningtherapie was er een sterk wisselend beeld hieromtrent. Dit kan geïllustreerd worden door onderstaande voorbeelden, waarbij de ene cliënt voldoende en de andere cliënt onvoldoende vertrouwen in zijn sociaal-emotionele vaardigheden lijkt te hebben om te gaan sporten bij een vereniging.

---

#### Voldoende vertrouwen:

*“Voor de meesten zal het toch een beetje spannend zijn om vanuit hier naar de reguliere sport te gaan. Dat vind ik ook spannend natuurlijk. Van wie kom ik tegen en hoe reageren ze op me. Of je wel aansluiting vindt bij de mensen die daar trainen. Het is vaak de angst die regeert en hoe langer je die angst laat leven in je hoofd, hoe groter deze wordt. Ik denk dat het ‘t beste is om de angst aan te gaan. Ik zou niet direct opgeven, maar ik zou proberen om direct wat meer aansluiting te krijgen met de groep. Bijvoorbeeld tijdens de warming-up een praatje proberen te maken met iemand, van hoe lang sport jij hier al? Een beetje de standaard dingen.”*

---

---

Onvoldoende vertrouwen:

*“Ik heb één keer meegedaan met de reguliere ploeg. Dat vind ik moeilijk. Het gevoel van kunnen falen, want het gaat niet elke dag goed. Dat gevoel werd daar veel sterker in tegenstelling tot een ploegje waar iedereen met een bagage loopt. Dus als je een keer spontaan in tranen uitbarst, dan is het ook goed. En dan heeft iedereen daar begrip voor en niemand zit je op te jagen. Het is niet hetzelfde veilige idee waar ik nu zit. Ik ben heel erg bang voor weer een teleurstelling en weer iets wat niet lukt. Er wordt wel eens gezegd dat angst geen reden is om... nou die mensen zou ik duidelijk willen maken dat het geen reden is maar wel een belangrijk aspect om je ervan te weerhouden om iets te gaan doen. Dat iets niet gaat, is op zich geen probleem want dan probeer je het nog een keer en nog een keer. Maar het is meer de manier waarop het bij mij gaat en dan kom je in een kuil. Daar ben ik nu voor de zoveelste keer uitgeklimmen en hang ergens op de rand. Ik hoop daar te kunnen blijven hangen.”*

---

### 3.2 Samenhang tussen vertrouwen in eigen kunnen en het herstelproces

Een nadere beschouwing van de interviews met deelnemers aan runningtherapie duidt erop dat het vertrouwen om te gaan sporten bij een vereniging, samenhangt met de mate waarin de aandoening voor hen centraal staat. Naast medisch herstel waarin het gaat om remissie van psychiatrische symptomen wordt in de geestelijke gezondheidszorg ook gesproken over psychologisch herstel. Hierbij gaat het om hervatten van de regie over het eigen leven, leren beheersen van symptomen en zich bij machte voelen om actief deel te nemen aan het maatschappelijke leven (40). Een veelvuldig gehanteerde fasering in het psychologisch herstelproces is (Gagne, 2004; 41):

1. overweldigd worden door de aandoening
2. worstelen met de aandoening
3. leven met de aandoening
4. leven voorbij de aandoening (ruimte voor nieuwe betekenissen en doelen in het leven)

Zeker in de eerste fase geldt dat de klachten en symptomen zo hevig aanwezig zijn dat de reductie van deze klachten voorop komt te staan. Maar ook in andere fasen kan dit het geval zijn in bepaalde perioden. De focus op het hervinden van de eigen regie of participatie in de samenleving is hieraan dan tijdelijk ondergeschikt (42). De prioriteit ligt dan bij medisch herstel en sporten als therapie, zoals runningtherapie, kan daarbij een middel zijn. Runningtherapie biedt dan een ‘veilige plek’ om te sporten volgens de geïnterviewde cliënten.

De snelheid waarmee cliënten bovenstaande fasen doorlopen, is onder meer afhankelijk van de aard en ernst van hun psychische problemen. Bovenstaande geïnterviewde cliënt die één keer heeft meegedaan aan een reguliere activiteit (zie bovenstaand citaat, paragraaf 3.1) lijkt een voorbeeld te zijn van iemand die nog worstelt met zijn psychische problemen, te weten depressie gecombineerd met autisme (fase 2). Deze cliënt lijkt om deze reden (nog) geen behoefte te hebben om vanuit runningtherapie naar regulier sport en beweegaanbod door te stromen. Andere cliënten geven eveneens aan nog niet te willen doorstromen, maar zien dit wel als optie als hun psychische problemen zijn afgenomen of niet meer aanwezig zijn. Zo wordt aangegeven:

---

*“Als je hier klaar zou zijn, dan denk ik dat je ook wel sterker in je schoenen staat en dat je dan meer de motivatie hebt om naar een sportclub of vereniging te stappen.”*

*“Maar dan ga ik er vanuit dat ik dan geestelijk in orde ben dat ik dat allemaal aan kan.”*

---

Vooraf de geïnterviewde cliënten met aandoeningen als schizofrenie, autisme of ADHD, lijken minder vertrouwen te hebben in hun sociaal emotionele capaciteiten dan de cliënten zonder deze comorbiditeit. Zij gaven vaker dergelijke capaciteiten aan als drempel om zich bij reguliere groepen aan te sluiten.

Geconcludeerd kan worden dat het onderzoek er op wijst dat als medisch herstel van psychische problemen voorop staat bij cliënten, sport als therapie beter aansluit bij hun wensen en inschatting van eigen vaardigheden dan verenigingssport. Wanneer echter herstel optreedt lijkt verenigingssport voor hun wel haalbaar en door cliënten ook gewenst. Hierbij verdient het vertrouwen in eigen sociaal emotionele vaardigheden bij cliënten met schizofrenie, autisme of ADHD specifieke aandacht.

In het onderzoek gaf het merendeel van de geïnterviewde cliënten aan dat zij het belangrijk vinden om ondersteuning te krijgen bij de doorstroming naar regulier sportaanbod en dat het hieraan veelal (nog) ontbreekt. In paragraaf 5 wordt op een dergelijke ondersteuning ingegaan. In de volgende paragraaf wordt echter eerst ingegaan op de tweede belangrijke drempel die in het onderzoek onder deelnemers aan runningtherapie naar voren kwam.

## 4. Stigma als sportdrempel: vinden van aansluiting, onbegrip en schaamte

In het kwalitatieve onderzoek onder deelnemers aan runningtherapie kwamen veelvuldig barrières naar voren als ‘angst om geen aansluiting te kunnen vinden’, ‘onbegrip’ en ‘schaamte’ om van runningtherapie door te stromen naar een sportvereniging. Dit wijst in de richting van stigma als sportdrempel. Voor zover ons bekend, is dit het eerste onderzoek in de sport waarin de gevolgen van stigma omtrent psychische problemen naar voren komen. Er is geen landelijk onderzoek beschikbaar over de aard en omvang van stigma van mensen met psychische problemen binnen sportverenigingen.

In deze paragraaf wordt allereerst de term stigma omschreven en vervolgens besproken hoe dit gevolgen heeft voor deelname aan verenigingssport.

### 4.1 Wat is stigma?

Stigma betekent een etiket of label dat bepaalde personen onderscheidt van anderen (zoals een psychiatrische diagnose hebben) en onwenselijke eigenschappen aan hen toeschrijft (gevaarlijk, onbetrouwbaar, onvoorspelbaar), waardoor zij door anderen worden afgewezen, genegeerd of geweerd (43). Er ontstaan hierbij gevoelens van ‘zij’ die ‘anders’ zijn dan ‘wij’ en die we liever op een afstand houden. Dit komt niet alleen voor bij mensen met psychiatrische problemen, maar ook bijvoorbeeld bij homoseksuelen, mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking en mensen met een andere huidskleur of religie.

### 4.2 Gevolgen van stigma voor deelname aan verenigingssport

Mensen met psychische problemen, zeker als zij ernstige aandoeningen hebben, leven vaak met (een vrees voor) de negatieve reacties van anderen (43). De verwachting gestigmatiseerd te worden kan voor potentiële sporters met psychische problemen reden zijn om de klachten of de aandoening te verzwijgen uit schaamte of uit angst om afgewezen te worden. Onder de geïnterviewde cliënten blijkt een overgroot deel angst te hebben dat het niet lukt om aansluiting te vinden bij de andere sporters als ze besluiten te gaan sporten bij een sportvereniging. Gevoelens van schaamte, anders te zijn (zich anders te voelen) en verwacht onbegrip voor klachten worden door hen veelvuldig genoemd. Heel vaak wordt dan ook aangegeven dat zij de neiging hebben om hun aandoening te verzwijgen of moeite hebben om hierover te praten.

Ter illustratie drie voorbeelden. Allereerst een cliënt die vanwege een blessure tijdelijk gestopt is met tennis. Zij zegt over een eventuele terugkeer naar haar tennisvereniging:

---

*“Eigenlijk loop ik daar met een masker op om mezelf te presenteren als hoe ik toen was (red.: voor haar verslaving aan alcohol). Als ze er over vragen zou ik er wel eerlijk over zijn, maar het is dat zij je kennen van vroeger en bepaalde verwachtingen hebben. Dat ze verwachten dat je na het tennissen nog gaat zitten en dat ze aan de drank gaan. Dat is voor mij niet handig, want ik weet dat ik dan de fout in ga met het gebruik.”*

---

Op de vraag wat een barrière zou kunnen zijn om door te stromen naar reguliere activiteiten, vertellen twee andere cliënten:

---

*“Ik zou overal positief in willen staan en altijd aanwezig willen zijn. Maar ik kan bijvoorbeeld ook, omdat ik een verslavingsverleden heb van vijftien jaar, terugvallen in het verslavingsgedrag. Dat kan ervoor zorgen dat ik zo vier à vijf weken uit de running ben. En dat moet je dan weer zien te verkopen aan degene met wie je loopt. Daar schaam ik me dan voor. Vooral voor degene die niet weten dat ik vaker last heb van depressieve en verslavingsklachten. Dus dan zou ik het vaker en makkelijker op een griepje gooien. Maar ja, dat is meestal na 11/2 week over. Ik vertel het wel aan mensen die mij kennen maar niet aan onbekenden of mensen die ik nog niet zo goed ken.”*

*“Dat er minder rekening met je wordt gehouden. Je ziet er gewoon normaal uit. Soms vraag ik echter iets, maar dan weet ik een minuut later niet meer dat ik het heb gevraagd. Dus dan vraag ik het nog een keer. Dat snappen zij dan niet. Het onbegrip is een obstakel en toch een beetje de schaamte en het balen. Dat je toch wel degelijk anders bent dan anderen.”*

---

Een negatief label beïnvloedt niet alleen hoe mensen met psychische problemen worden gezien, maar kan ook de manier bepalen waarop mensen zichzelf zien. Mensen kunnen zichzelf bijvoorbeeld gaan zien als iemand die sociaal te kort schiet, minderwaardig en daardoor zichzelf afwijst voordat de ander dat gaat doen. In deze gevallen wordt gesproken over zelfstigma, wat het vertrouwen om te gaan sporten bij sportverenigingen eveneens negatief kan beïnvloeden (zie paragraaf 3).

Concluderend kan gesteld worden dat de exacte omvang van stigma in de sport niet helder is. Wel zijn er aanwijzingen dat stigma optreedt en het belangrijk is om bij GGZ-clieñten te werken aan persoonlijke empowerment tijdens hun herstel. Dit kan hun helpen om om te gaan met stigma. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de vraag hoe de doorstroom van therapie naar verenigingssport bevorderd kan worden, rekening houdend met stigma. Conform hetgeen landelijke kenniscentra adviseren omtrent destigmatisering (40, 43), wordt in paragraaf 5 verondersteld dat het beste destigmatiserend effect vooral gelegen is in een direct en gelijkwaardig, positief of neutraal contact tussen sporters met en zonder een psychische aandoening.

## 5. Sportverenigingen beter en breder benut voor mensen met psychische problemen

In de vorige paragrafen kwamen twee drempels naar voren die mensen met psychische problemen ervaren om te gaan sporten bij verenigingen. Dit terwijl het overgrote deel van de cliënten in het onderzoek na afronding van de therapie door zou willen gaan met hardlopen binnen een sportvereniging. Sport lijkt aan te sluiten bij hun behoefte aan een gezond en sociaal leven. Gezien de beperkte steekproef in het onderzoek, is voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van de uitkomsten naar deelnemers aan bijvoorbeeld psychomotorische therapie. Het is mogelijk dat zij andere sportvoorkeuren hebben.

Hieronder wordt ingegaan op de wijze waarop de preventieve en maatschappelijke waarde van sport beter en breder kan worden benut voor mensen met psychische problemen. De vraag die daarbij centraal staat is, hoe er voor gezorgd kan worden dat cliënten gaan en blijven sporten na behandeling van hun psychische klachten (depressie en angst) en bij langdurige psychiatrische aandoeningen. Het lijkt kansrijk om de aansluiting tussen therapie en verenigingssport te vergroten. De wijze waarop dit gerealiseerd kan worden komt hieronder naar voren (paragraaf 5.1). Gemeenten hebben hierin een belangrijke verbindende rol (paragraaf 5.2).

### 5.1 Doorstroom van therapie naar verenigingssport

In de huisartsenzorg en de generalistische basis-ggz<sup>2</sup> worden cliënten met psychische problemen aangeraden om meer fysieke inspanning te verrichten. Dit betreft cliënten met depressieve klachten (zie paragraaf 2.1), maar ook met andere psychopathologie. Dan worden cliënten doorverwezen naar bijvoorbeeld runningtherapie of andere interventies met een beweegcomponent. Om te blijven profiteren van de meerwaarde van sport is het van belang dat zij blijven sporten. Dit kan zelfstandig, maar verenigingssport kan veel extra's bieden voor mensen met psychische problemen (zie eerder paragraaf 2).

Van zorgprofessionals zoals psychologen, praktijkondersteuners GGZ, verpleegkundigen en runningtherapeuten is een actieve rol gewenst. Niet alleen vanwege verwachte effecten op psychische symptomen, maar ook vanwege de positieve (preventieve) werking op fysieke conditie en sociaal functioneren. Zorgprofessionals kunnen bijvoorbeeld met hun cliënten het belang van een actieve leefstijl bespreken en informeren over passend sportaanbod<sup>3</sup>. Om duurzame sportbeoefening te bevorderen, zou het bovendien wenselijk zijn dat therapeutische activiteiten als runningtherapie in samenwerking met verenigingen wordt georganiseerd. Voordelen hiervan kunnen zijn dat de locatie van activiteiten gelijk blijft en cliënten al enigszins in contact zijn gekomen met de cultuur en leden van betreffende vereniging. Met een dergelijke samenwerking lijkt de

---

<sup>2</sup> Sinds 1 januari 2014 is de zorg voor mensen met psychische problemen als volgt georganiseerd: Mensen met lichte, veel voorkomende psychische problemen worden geholpen in de huisartsenzorg. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische problemen vindt plaats in de generalistische basis-ggz. Cliënten met complexe of ernstige stoornissen worden geholpen in de gespecialiseerde ggz.

<sup>3</sup> Het Trimbos-instituut en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) komen begin 2015 met twee richtlijnen over somatische screening en leefstijl bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Deze richtlijnen zijn met name bedoeld voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten en zijn te verkrijgen via de V&VN.

doorstroom van therapie naar verenigingssport versterkt te kunnen worden voor cliënten met lichte of matige psychische problemen.

Voor cliënten met complexe en langdurige problematiek lijkt extra ondersteuning nodig om hen te laten sporten bij verenigingen. Het onderzoek onder cliënten van runningtherapie duidt er op dat intensievere ondersteuning nodig is voor cliënten die (naast hun depressie ook andere) psychische problemen hebben waar geen volledig medisch herstel mogelijk is zoals schizofrenie, autisme en ADHD. Daarnaast lijkt ook de doorstroom voor cliënten met verslavingsproblematiek bemoeilijkt te worden door bijvoorbeeld stigma. Deze bevindingen sluiten aan bij onderzoek van het Trimbos-instituut (2012; 44), waaruit blijkt dat veel cliënten met langdurige psychische aandoeningen aangeven ondersteuning te willen om een actiever, socialer en zinvoller leven te bereiken.

De extra ondersteuning van bovengenoemde cliënten kan onder meer bestaan uit het aanbieden van zogenaamde 'sportmaatjes'. In den lande zijn de eerste ervaringen opgedaan met studenten van sportopleidingen die als sportmaatjes optraden en de cliënten introduceerden in reguliere sportgroepen (Heerenveen en Zwolle). Er kan echter ook overwogen worden om hiervoor leden van sportverenigingen te vragen en in te zetten. Dit heeft als bijkomend voordeel dat hierdoor het interne draagvlak onder leden wordt versterkt om te werken aan de toegankelijkheid van de sportvereniging. Een dergelijke sportmaatje kan een cliënt introduceren in een reguliere groep of met een cliënt samen sporten. Takken van sport die daarvoor het meest geschikt lijken, zijn bijvoorbeeld hardlopen en tennissen.

Van belang is dat sportmaatjes en de begeleiders van therapeutische beweegactiviteiten ingaan op sportdrempels als de ingeschatte fysieke en sociaal emotionele vaardigheden en stigma. Dit kan door met een cliënt (of meerdere tegelijkertijd) de verwachtingen en ervaringen te bespreken aan de hand van thema's zoals, angst of men wel of niet aansluiting vindt bij een reguliere groep, onbegrip van anderen en schaamte voor bepaalde klachten. Naar analogie van de gehandicaptensport (lichamelijk en verstandelijk), bepalen de wensen en mogelijkheden van cliënten met (aanhoudende) psychosociale problemen uiteindelijk of er eventueel specifieke sportgroepen voor hen nodig zijn.

De intensievere ondersteuning die nodig is voor cliënten met complexere en langdurige problematiek past binnen het beleid van de geestelijke gezondheidszorg, waarin cliënten met (aanhoudende) psychische aandoeningen herstelondersteunende zorg wordt geboden (42). In deze zorg is de aandacht verbreedt van een adequate behandeling voor een psychische stoornis naar hetgeen nodig is om mensen met (aanhoudende) psychische aandoeningen in de gelegenheid te stellen te blijven participeren in de samenleving (40). Conform het uitgangspunt van eigen regie hierbij, is het aan cliënten of en wanneer zij doorstromen naar verenigingssport. Daarbij zal enerzijds de mate van herstel het willen deelnemen aan verenigingssport beïnvloeden. Anderzijds kan verenigingssport juist ook het herstel bevorderen.

Ongeacht de ernst van de psychische problemen, is samenwerking tussen de (geestelijke) gezondheidszorg en sportverenigingen nodig om de doorstroom van cliënten naar verenigingssport te versterken. Alleen met een vorm van partnerschap, waarin sportvereniging(en) en zorgorganisaties gemeenschappelijke doelen formuleren en activiteiten ontplooiën, zullen de mogelijkheden beter en ten volle benut gaan worden.

Een partnership werkt daarbij het best als elkaars kracht wordt benut en uitwisseling plaatsvindt van kennis en expertise (45). Een dergelijke samenwerking biedt niet alleen kansen voor het vergroten van de sportparticipatie onder mensen met psychische problemen, maar ook voor het aanbieden van dagbestedingsactiviteiten in de vorm van vrijwilligerswerk en arbeids(re)integratie. Een grote groep cliënten zou namelijk, als zij nog niet werken, vrijwilligerswerk of een betaalde baan willen hebben (44). In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

## 5.2 De gemeente als verbinder

Als het gaat om het benutten van de maatschappelijke potentie van sportverenigingen voor mensen met psychische problemen, hebben gemeenten een interne en externe regisserende rol. De inzet van sport als middel voor doelen op het gebied van gezondheid (mentaal en fysiek) en participatie raakt diverse gemeentelijke beleidssectoren, waardoor interne regie gewenst is (46). Het gemeentelijk beleid wordt sterker als het gezondheid, sport en Wmo-beleid op elkaar is afgestemd en deze sectoren met elkaar samenwerken. Zo kan wat betreft het laatstgenoemd beleidsveld in het bijzonder aansluiting worden gevonden bij het vergroten van de sociale samenhang in wijken en buurten, dagbestedingsactiviteiten en het beschermd wonen voor cliënten met ernstige psychiatrische problemen. Een optie is om met dagactiviteitencentra en sportverenigingen te onderzoeken of nieuwe sportieve dagbestedingsarrangementen ontwikkeld kunnen worden, met gebruikmaking van de verenigingslocaties.

Naast genoemde beleidsterreinen is er ook een nadrukkelijke link met het gemeentelijk beleid omtrent sociale zaken en werkgelegenheid. Zoals in paragraaf 2 naar voren kwam kunnen psychische problemen de arbeidsparticipatie negatief beïnvloeden. Omgekeerd leidt participatie vaak tot meer welbevinden en een betere gezondheid (30, 47). Sportverenigingen kunnen op het gebied van arbeidsre-integratie een rol vervullen, zoals uit initiatieven in Alkmaar en Enschede blijkt. In deze gemeenten zijn recent initiatieven gestart om mensen met een uitkering werkervaring te laten opdoen bij sportverenigingen. Via bijvoorbeeld de business partners van de verenigingen stromen deze mensen vervolgens door naar een betaalde baan.

De externe regisserende rol van gemeenten kan variëren van sturend tot faciliterend (46). In eerste instantie gaat het om het mobiliseren en bijeenbrengen van partijen zoals sportverenigingen en organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (45, 48, 49). Belangrijke vertrekpunten hierbij zijn de sportvraag van cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg en de mogelijkheden die sportverenigingen hen zouden kunnen bieden (48). Om in gesprek te komen met sportverenigingen die zich willen inzetten voor mensen met psychische problemen zouden gemeenten bijvoorbeeld de vitaliteitsscan van het Mulier Instituut kunnen gebruiken (49). Deze brengt in beeld in hoeverre sportverenigingen een maatschappelijke actieve rol willen en kunnen spelen.

In een partnerschap tussen zorgorganisaties en verenigingen is het belangrijk dat gemeenten er op toezien dat partijen hun kernfunctie behouden (48). Zo is het geven van behandeling aan mensen met psychische problemen het domein van de GGZ en vormt de GGZ bij uitstek een plaats waar met mensen met psychische problemen over het belang van een gezonde leefstijl (waaronder sport) kan worden gesproken. Sportverenigingen zijn daarentegen bij uitstek een plaats voor het verrichten van vrijwilligerswerk en het beoefenen van sport door mensen met psychische problemen. Jarenlange ervaring die Sportservice Noord-Holland met het aangepast sporten heeft



opgedaan (voor mensen met lichamelijke of verstandelijke beperking) heeft duidelijk gemaakt dat verenigingen daartoe ondersteuning nodig hebben. Gemeenten zouden deze kunnen bieden door bijvoorbeeld hun buurtsportcoaches hierin een rol te geven en deze te laten bijscholen door de GGZ omtrent specifieke problematiek van GGZ-cliënten.

Een aandachtspunt is tenslotte de monitoring van resultaten van activiteiten die in het partnerschap worden verricht. Dit is belangrijk omdat er nog een zeer beperkt aantal goed beschreven projecten en methodieken beschikbaar zijn, in het bijzonder dagbestedingsprogramma's, om sportbeoefening en vrijwilligerswerk onder mensen met psychische problemen te bevorderen (28).

Bovenstaande kan vertaald worden naar een aantal handvatten om sportverenigingen beter en breder te benutten voor mensen met psychische problemen. Deze staan in het kader hieronder.

## Handvatten voor betrokken partijen

**Breng in kaart** in hoeverre sportverenigingen een maatschappelijke actieve rol willen hebben ten opzichte van mensen met psychische problemen, bijvoorbeeld door de inzet van de vitaliteitsscan van verenigingen (Mulier Instituut).

**Inventariseer de wensen en behoeften** van de GGZ-cliënten aan sport, alsmede de wensen voor het verrichten van vrijwilligerswerk (en betaald werk).

**Kom bij elkaar** met GGZ-instellingen, GGZ-cliënten organisaties en vitale maatschappelijk gerichte sportverenigingen zodat je elkaar leert kennen en stel gezamenlijke doelen en een plan op.

**Leg het accent op de mens** achter het label '(ex-)psychiatrisch patiënt' en op kwaliteiten en mogelijkheden in plaats van eventuele beperkingen.

**Organiseer therapeutische beweegactiviteiten** (zoals runningtherapie) of activiteiten van GGZ activiteitencentra op de locaties van sportverenigingen.

**Biedt ondersteuning in de vorm van een 'sportmaatje'** om mensen te introduceren in een reguliere groep of start aparte groepen voor mensen met aanhoudende psychosociale problemen.

**Zorg dat betrokken partijen hun kernfunctie behouden** (48). Zo is het geven van therapie aan GGZ-cliënten voorbehouden aan daartoe opgeleide professionals.

Richt de **ondersteuning van sportvrijwilligers** op het verzorgen van een sociaal veilige sportomgeving voor mensen met psychische problemen (48).

**Vergeet niet dat de regie van het herstelproces bij GGZ-cliënten zelf ligt.** Ondersteun cliënten bij het maken van hun keuze om eventueel door te stromen naar verenigingssport.

**Voer een gedegen monitoring uit** naar de effecten van de activiteiten die georganiseerd worden vanuit het partnerschap.

## Bronnen

- 1) Breedveld, K., Bruining, J.W., van Dorsselaer, S., Mombarg, R., & Nootbos, W. (2010). Kinderen met gedragsproblemen en sport. Bevindingen uit de literatuur en uit recent cijfermateriaal. 's-Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut.
- 2) Aan het Rot, J., Collins, K.A., & Fitteling, H.L. (2009). Physical exercise and depression. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76, 204-214.
- 3) Paloma, T., Beninger, R.J., Kostrzewa, R.M., & Archer, T. (2008). Affective status in relation to impulsive, motor and motivational symptoms: personality, development and physical exercise. *Neurotoxicity Research*, 14, 151-168.
- 4) Ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2009). Sporten en psychische gezondheid. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut.
- 5) Verkade, D., & de Jong, A. (2010). Maatwerk gewenst in de ondersteuning? Soort beperking van belang. Onderzoekcentrum Drechtsteden.
- 6) Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., van Winkel, R., Peuskens, J., Maurissen, K., Demunter, H., de Hert, M., (2010). De therapeutische waarde van bewegen voor mensen met schizofrenie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52, 8, 565-574.
- 7) Koopmans, B., Pouwe, F., de Brie, R.A., van Rooij, E.S., Leusink, G.L. & Pop, V.J. (2009). Depressive symptoms are associated with physical inactivity in patients with type 2 diabetes. The DIAZOB primary care diabetes study. *Family Practice*, 26, 171-173.
- 8) Seime, R.J. & Vickers, K.S. (2006). The challenges of treating depression with exercise: from evidence to practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 194-197.
- 9) NOC\*NSF (2014). Sporters met gedragsproblematiek. Opgehaald 23 november 2014, van <http://www.academievoorsportkader.nl/bijscholingen/sportersmetgedragsproblematiek#1>
- 10) NOC\*NSF (z.j.). Reader voor trainer-coaches Sporters met gedragsproblemen. Arnhem: auteur.
- 11) Hildebrandt, V., Bernaards, C., & Stubbe, J. (2013). Trendrapport bewegen en gezondheid 2010 / 2011. Leiden: TNO
- 12) De Vries, H. (1993). Determinanten van gedrag. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok, (Eds), Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering (pp. 109-132). Assen: Van Gorcum.
- 13) Bongers, A., & Dijkerman, T. (2013). Running therapie bij depressie: een systematische review. Utrecht: Psychologie en gezondheid.
- 14) Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 140-147.
- 15) Dinas, P.C., Kouedakis, Y., & Flouris, A.S. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irisch Journal of Medical Science*, 180, 319-325.
- 16) Stammes, R., & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 821-830.
- 17) Ter meulen, W.G, & de Haan, I. (2012). Interventies om mensen met schizofrenie aan het bewegen te krijgen en te houden. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 8, 741-746.

- 18) Scheewe T.W, Backx F.J.G., Takken T., Jörg F., Strater A.C.P. van, Kroes A.G., Kahn R.S., Cahn, W. (2012). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a 50 randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 464-473.
- 19) Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. Review Article. *The Scientific World Journal*, 1-19.
- 20) Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J.P., Marcus, B.H., Jakicic, J., Strong, D.R., Oakley, J.R., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., Stuart, G.G., Dubreuil, M. & Gordon, A.A. (2009). Aerobic Exercise for Alcohol Recovery: Rationale, Program Description, and Preliminary Findings. *Behavioral Modification*, 33(2), 220–249.
- 21) Multidisciplinaire richtlijn depressie (derde revisie, 2013). Opgehaald 23 november 2014, van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- 22) NHG-Standaard Depressie (tweede herziening, 2012). Opgehaald 23 november 2014, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening#idm121520>
- 23) Krogh, J., Nordenstoft, M., Sterne, J.A.C., Lawlor, D.A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 529-538.
- 24) Jacobson, N.S., Martell, C.R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 255-270.
- 25) Faulkner, G., & Biddle, S. (2004). Exercise and Depression: considering variability and contextuality. *Journal of sport exercise and psychology*, 3-18.
- 26) Wieggers, T.A., Schoonmade, L.J., & Verhaak, P.F.M. (2012). Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht: NIVEL.
- 27) Battaglia, G., Alesi, M., Inguglia, M., Roccella, M., Caramazza, G., Bellafiore, M., & Palma, A. (2013). Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 595–603.
- 28) Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2012). Opgehaald 5 januari 2015, van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- 29) GGZ Nederland (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort: auteur.
- 30) VWS (2013). Alles is gezondheid... Het Nationaal Programma Preventie 2014 – 2016. Opgehaald 5 januari 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/10/11/alles-is-gezondheid-het-nationaal-programma-preventie-2014-2016-deel-1-en-deel-2.html>.
- 31) Lucassen, J. & Kalmthout, J. (2011). Sportverenigingen als maatschappelijke dienstverleners. In: J.Boessenkool, J. Lucassen, M. Waardenburg & F. Kemper (red.). *Sportverenigingen: tussen tradities en ambities* (pp. 55-78). Nieuwegein: Arko Sports Media.
- 32) Elling, A. (2004). 'We zijn vrienden in het veld'. Grenzen aan sociale binding en 'verbroedering' door sport, *Pedagogiek*, 24 (4), 342-360.
- 33) Peerdeman, A., van Wegen, E., & Laarman, J. (2011). NOC\*NSF Boeien & Binden – de invloed van sociale binding op sportparticipatie. Insites Consulting.
- 34) Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- 35) Davis-Berman, J. (1990). Physical self-efficacy, perceived physical status, and depressive symptomatology in older adults. *Journal of Psychology*, 124, 207-215.
- 36) Schouten, L. (2012). De samenhang tussen depressieve symptomen, eigen-effectiviteit en het willen deelnemen aan een beweegprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg. Masterthese. Opgehaald 5 januari 2015, van <http://www.beweegkuur.nl/documenten-2012/depressie/masterthese-linda-schouten-def-publ.pdf>.
- 37) Luszczynska, A., Gulierrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 2, 80–89.
- 38) Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- 39) NISB (2010). Handleiding BeweegKuuur voor leefstijladviseur, versie 1.1. Ede: auteur.
- 40) Hendriksen-Favier, A., Nijens, K. & van Rooijen, S. (2012). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 41) Gagne, C. (2004). Rehabilitatie: een weg tot herstel. Voordracht studiedag 'rehabilitatie en herstel'. Groningen: lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.
- 42) GGZ Nederland (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- 43) Kienhorst, G. (2014). Wegwijzer stigmabestrijding in de ggz. Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden. Kenniscentrum Phrenos, Stichting Samen Sterk zonder Stigma, GGz Drenthe, Kim Helmus.
- 44) Trimbos-instituut (2012). Trendrapportage GGZ 2012. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Ambulantisering. Utrecht: auteur.
- 45) Scholten, S. & Nugteren, P. (2014). Samenwerken met sportverenigingen voor een vitale samenleving: grijp die kans!. Rotterdam: Penderfields & Rotterdam Sportsupport
- 46) RIVM Centrum Gezond Leven (z.j.). Gemeentelijke regie. Opgehaald 5 januari 2015, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezondheidsbeleid-maken/gemeentelijke-regie/>
- 47) RIVM Centrum Gezond Leven (z.j.). Maatschappelijke participatie en gezondheid. Opgehaald 5 januari 2015, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezondheidsbeleid-maken/maatschappelijke-participatie/>
- 48) Verwey-Jonker instituut (z.j.). Denk aan sport! Tips voor gemeenten die samenwerking willen stimuleren tussen maatschappelijke organisaties en sportverenigingen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- 49) Kalmthout, J. & Puyt, E. (2014). De vereniging in het sociale domein. Presentatie conferentie 'het sociale domein in beweging'. Opgehaald 5 januari 2015, van [http://www.sportservicenoordholland.nl/news\\_detail.php?id=2627](http://www.sportservicenoordholland.nl/news_detail.php?id=2627)

## Over de auteurs en dankwoord

**Drs. Linda Schouten** is beleidsadviseur bij Sportservice Noord-Holland op het gebied van Wmo & Sport. Tevens is zij als freelancer actief voor GGZ Noord-Holland-Noord.

**Marijke Vellekoop** is beleidsadviseur gemeenten en preventiewerker GGZ Noord-Holland-Noord. Zij is verantwoordelijk voor preventietaken binnen de WMO en Lokaalgezondheidsbeleid met betrekking tot psychische klachten vanuit GGZ Noord-Holland-Noord.

### Contactadres:

Linda Schouten, [lschouten@sportservicenoordholland.nl](mailto:lschouten@sportservicenoordholland.nl). 

### Met dank aan:

**Jaime-lee Leonora** voor het onderzoek onder deelnemers aan runningtherapie. Zij heeft deze uitgevoerd voor Sportservice Noord-Holland als afstudeeropdracht van haar opleiding Sport & Beweging, Hogeschool InHolland.

**De deelnemers aan runningtherapie** die in het kader van bovenstaand onderzoek zijn geïnterviewd.

De white paper is mede mogelijk gemaakt door de provincie Noord-Holland.



Haarlem/Heerhugowaard, maart 2015

© Sportservice Noord-Holland & GGZ Noord-Holland-Noord

Delen van deze uitgave mogen worden overgenomen met bronvermelding.