

Blessures door hardlopen

Blessurecijfers



Disclaimer

Bij de samenstelling van deze publicatie is de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht genomen. VeiligheidNL aanvaardt echter geen verantwoordelijkheid voor eventuele, in deze uitgave voorkomende, onjuistheden of onvolkomenheden.

Overname van tekst of gedeelten van tekst is toegestaan, mits met de juiste bronvermelding. Indien tekst gebruikt wordt voor commerciële doelstellingen dient altijd vooraf schriftelijke toestemming verkregen te zijn.

Privacy en gegevensbescherming

VeiligheidNL gaat zorgvuldig om met persoonsgegevens en behandelt deze vertrouwelijk. Zo worden persoonsgegevens alleen verwerkt door personen met een geheimhoudingsplicht en voor het doel waarvoor deze gegevens zijn verzameld. Daarbij zorgt VeiligheidNL voor passende beveiliging van persoonsgegevens.

VeiligheidNL behandelt uw persoonlijke gegevens conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) zoals deze sinds 25 mei 2018 geldt. Lees meer over onze privacy verklaring op www.veiligheid.nl/privacy.



Blessures door hardlopen

Blessurecijfers

Rapport 751
Projectnummer 20.0193/003

Christine Stam

Uitgegeven door
VeiligheidNL
Postbus 75169
1070 AD Amsterdam
www.veiligheid.nl

oktober 2018

Inhoudsopgave

Hoofdstuk		Pagina
	Samenvatting	5
1	Blessures totaal	6
1.1	Overzicht	6
1.2	Leeftijd en geslacht geblesseerden	6
1.3	Ontstaan van de blessure	6
1.4	Type en locatie van de blessure	7
1.5	Medische behandeling	7
2	Blessures behandeld op SEH-afdeling	8
2.1	Overzicht	8
2.2	Leeftijd en geslacht	8
2.3	Ontstaan van de blessure	9
2.4	Type en locatie van de blessure	9
3	Verantwoording	10
3.1	Algemeen	10
3.2	Leefstijlmonitor	10
3.3	Letsel Informatie Systeem	11
3.3.1	Ernstig letsel	11
3.3.2	Betrouwbaarheidsinterval	11
3.3.3	Trends	12
	Referenties	13
	Bijlage	14

Samenvatting

Hardlopen is een populaire sport in Nederland maar ook een sport die veel blessures veroorzaakt. In 2017 (mei-dec) was bijna één op de zes blessures een blessure door hardlopen (18%). Hardlopen is hiermee na veldvoetbal de tweede sport wat betreft het aantal blessures. Ruim de helft van de hardlopblessures werd medisch behandeld (53%). Blessures die zo acuut en ernstig zijn dat lopers ermee naar een Spoedeisende Hulp-afdeling gaan, komen relatief weinig voor.

Mannen hadden vaker een blessure dan vrouwen en in de leeftijdsgroep 35-54 jaar was het aantal blessures het grootst. Ruim de helft van de blessures was geleidelijk ontstaan en bijna de helft van de blessures was een herhaling van een oude blessure. Hardlopers raakten vooral geblesseerd aan de knie.

1

Blessures totaal

1.1

Overzicht

In de periode mei 2017 tot en met december 2017 (gegevens over eerste maanden van 2017 ontbreken, zie Verantwoording) gaven naar schatting 2,8 miljoen sporters in Nederland aan in de afgelopen drie maanden geblesseerd te zijn geraakt.

Gezamenlijk liepen zij 3,4 miljoen blessures op. In bijna één op de zes blessures was het een blessure door hardlopen (18%). Hardlopen is hiermee na veldvoetbal de tweede sport wat betreft het aantal blessures.

Gegevens over de eerste maanden van 2017 ontbreken en gegevens over het aantal uren hardlopen specifiek voor de periode mei-dec 2017 zijn niet beschikbaar. Daarom kan geen uitspraak gedaan worden over het blessurerisico (aantal blessures per 1.000 uren hardlopen). Wel weten we dat hardlopen een veel beoefende sport is. Dit zal een rol spelen bij het grote aantal blessures door hardlopen.

Omdat sportblessures in Nederland sinds 2017 voor het eerst op de huidige manier via de Leefstijlmonitor van VeiligheidNL en het RIVM worden gemeten (zie Verantwoording), is het verder vooralsnog niet mogelijk een trend weer te geven van het aantal hardlopblessures over de afgelopen jaren.

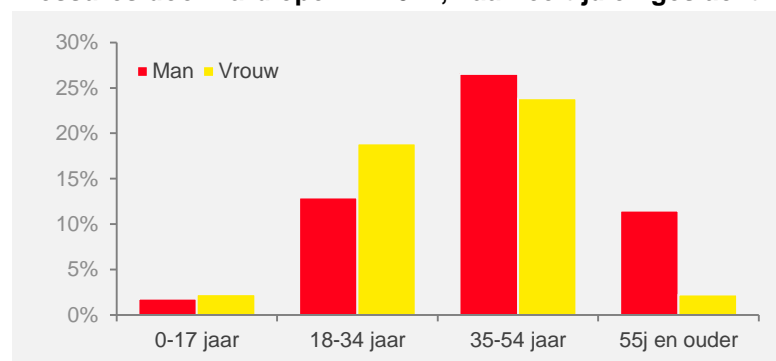
1.2

Leeftijd en geslacht geblesseerden

De meeste geblesseerde hardlopers waren in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar (50%) en iets meer mannen (53%) dan vrouwen (47%) raakten geblesseerd. De cijfers geven aanwijzingen dat tot 35 jaar meer vrouwen dan mannen geblesseerd raakten door hardlopen en dat vanaf 35 jaar mannen in de meerderheid waren (figuur 1, bijlage tabel 1).

Gezien het soms kleine aantal onderliggende cases (n=69), moeten de gegevens per leeftijdsgroep en geslacht met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Figuur 1 Blessures door hardlopen in 2017, naar leeftijd en geslacht¹



Bron: Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

¹ Percentages van totaal; n=69

De leeftijd van geblesseerde hardlopers lijkt iets hoger te liggen dan de leeftijd van geblesseerde sporters in het algemeen. Maar gemiddeld genomen zijn hardlopers ook wat ouder dan de gemiddelde sporter.

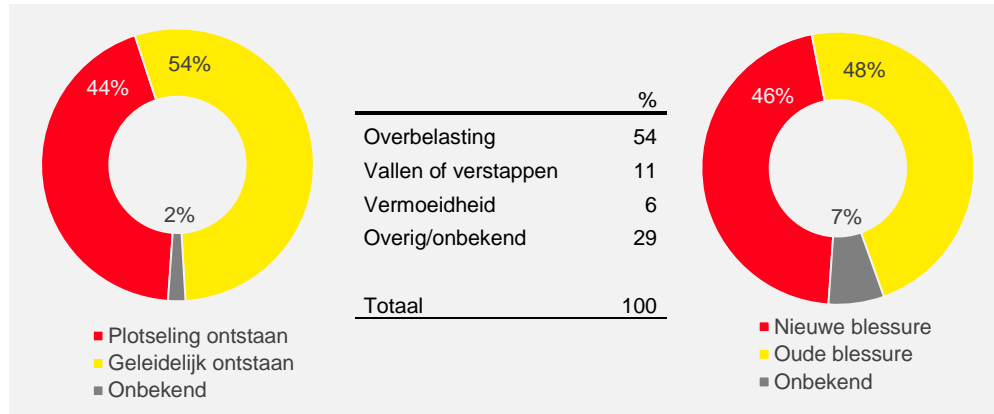
1.3

Ontstaan van de blessure

Ruim de helft van de blessures is geleidelijk ontstaan (54%), 44 procent plotseling (figuur 2). In de meeste gevallen was er sprake van overbelasting 54% (zowel

plotseling als geleidelijk ontstaan). Op de tweede plaats wordt vallen of verstappen als oorzaak van de blessure genoemd. Nieuwe en oude blessures kwamen ongeveer even vaak voor.

Figuur 2 Blessures door hardlopen in 2017, naar ontstaanswijze en oude versus nieuwe blessures¹



Bron: Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

¹ n=79

1.4

Type en locatie van de blessure

Veruit de meeste blessures bevonden zich aan de onderste extremiteiten, namelijk 86 procent. Het vaakst was de knie geblesseerd (29%) (bijlage tabel 2). Spier- en peesletsels (49%) kwamen het meeste voor, gevolgd door een verstuiking, verdraaiing of bandletsel (23%).

De combinatie van type en locatie van de blessure leidt tot de volgende top 3:

1. Spier- of peesletsel been (14%)
2. Verstuiking, verdraaiing of bandletsel knie (13%)
3. Spier- of peesletsel knie (10%)

1.5

Medische behandeling

Ruim de helft van de blessures werd medisch behandeld (53%) (bijlage tabel 3). Bijna vier op de tien blessures zijn behandeld door een fysiotherapeut (39%), één op de zeven door een huisarts (14%).

2

Blessures behandeld op SEH-afdeling

2.1

Overzicht

In 2017 vonden naar schatting 117.000 SEH-bezoeken plaats in verband met een sportblessure. In ongeveer één procent van de gevallen betrof dat een blessure door hardlopen wat overeenkomt met: 1.100-2.500 SEH-bezoeken. Voor sportblessures als totaal kwam dat neer op 0,061 SEH-bezoeken per 1.000 sporturen. Voor hardlopen waren dat 0,007-0,017 SEH-bezoeken per 1.000 uren hardlopen. Kortom, wat betreft de blessures die op een SEH-afdeling moesten worden behandeld (meestal acute blessures), was hardlopen minder risicovol dan sport in het algemeen.

Trend

Omdat vele factoren, die géén verband hebben met de ongevalsproblematiek, van invloed zijn op het aantal SEH-bezoeken (bijvoorbeeld de opkomst van huisartsenposten), analyseren we in het kader van trends in principe alleen SEH-bezoeken in verband met *ernstig* letsel (zie Verantwoording). We gaan er vanuit dat de ernstige letsels zowel vroeger als nu (en in de toekomst) op de SEH-afdeling werden en worden (en zullen worden) behandeld. Hierdoor zal het verloop in de tijd van het aantal SEH-bezoeken in verband met *ernstig* letsel een goede benadering zijn van de ontwikkeling van de letselproblematiek.

Voor het aantal SEH-bezoeken in verband met een *ernstige* blessure opgelopen tijdens hardlopen hebben we in de periode 2007-2018 geen significante trend kunnen vaststellen. Opgemerkt moet worden dat in deze analyse geen rekening is gehouden met mogelijke veranderingen in het aantal uren dat er wordt hardgelopen in de geanalyseerde periode. Deze gegevens zijn niet beschikbaar.

2.2

Leeftijd en geslacht

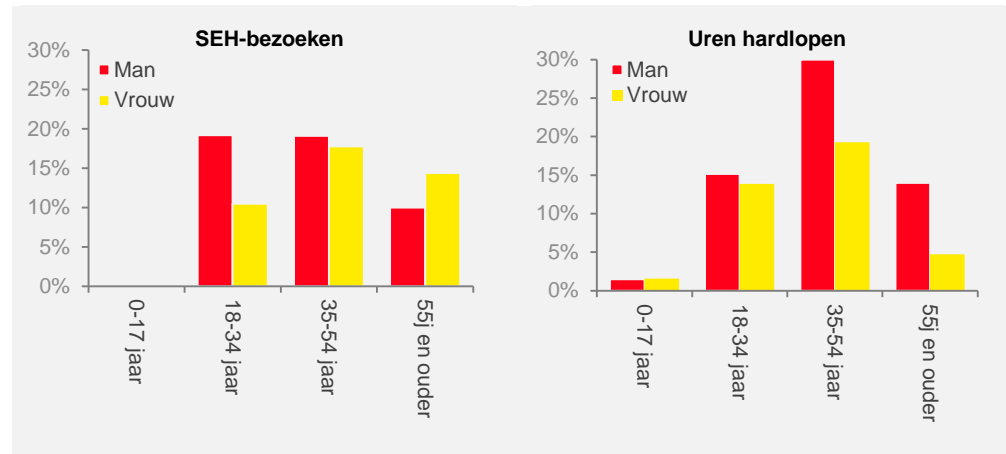
Net als bij de hardloopblessures als totaal (zie vorige hoofdstuk) vormden ook bij de blessures die op de SEH-afdeling moesten worden behandeld hardlopers in de leeftijd van 35-54 jaar de grootste groep (37%) en waren mannen in de meerderheid (54%) (bijlage tabel 4). Echter de verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn op de SEH-afdeling kleiner dan bij de hardloopblessures als totaal. Verder zijn de verhoudingen tussen mannen en vrouwen per leeftijdsgroep op de SEH-afdeling anders dan bij het totaal aan hardloopblessures. Meest opvallend is dat onder de hardlopers die op de SEH-afdeling worden behandeld in de leeftijdsgroep 18-34 jaar mannen in de meerderheid zijn en in de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder vrouwen (figuur 3). Bij de hardloopblessures als totaal is dat precies omgekeerd.

Houden we rekening met het aantal uren dat er hardgelopen wordt, dan blijken vrouwen meer risico te lopen dan mannen. Vrouwen waren namelijk verantwoordelijk voor 46 procent van de SEH-bezoeken in verband met een hardloopblessure en voor 'slechts' 39 procent van het aantal uren dat er in 2017 hardgelopen is. Bij 54 procent van de SEH-bezoeken in verband met de een hardloopblessures was het slachtoffer een man terwijl mannen 61 procent van de hardloop-uren voor hun rekening namen (bijlage tabel 4). Kijken we ook naar leeftijd dan blijken vooral vrouwen van 55 jaar meer dan ander groepen kans te hebben gehad een hardloopblessure op te lopen die moest worden behandeld op de SEH-afdeling (meest ongunstig verhouding tussen blessures en uren hardlopen).

Bij de vergelijking van de SEH-bezoeken in verband met een hardloopblessure en het totaal aan hardloopblessures moet een klein voorbehoud gemaakt worden aangezien de SEH-bezoeken een heel jaar betreffen en het totaal aan blessures alleen over de

periode mei tot en met december 2017 gaat. Ook de SEH-gegevens met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien het forse betrouwbaarheidsinterval rondom de schatting.

Figuur 3 Blessures door hardlopen in 2017; SEH-bezoeken naar leeftijd en geslacht¹



Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS
1 Percentages van totaal

De leeftijd van de hardlopers die in 2017 naar de SEH-afdeling kwam in verband met een blessure lijkt iets hoger te liggen dan de gemiddelde leeftijd van het totaal aan sporters die met een blessure naar de SEH-afdeling kwamen. Maar zoals al vermeld is de gemiddelde hardloper ook iets ouder dan de gemiddelde sporter.

2.3 Ontstaan van de blessure

In veruit de meeste gevallen liep de hardloper de blessure op door een val (80%), met name door struikelen of zwikken (bijlage tabel 5).

Voor zover bekend werd de blessure vooral opgelopen tijdens hardlopen op straat of in een natuurgebied (bijlage tabel 5). Echter in meer dan de helft van de gevallen is de locatie waar de blessure werd opgelopen niet bekend.

2.4 Type en locatie van de blessure

De helft van de blessures bevond zich aan de onderste extremiteiten (48%), een derde aan de bovenste extremiteiten (32%, bijlage tabel 6). Bijna de helft van de blessures was een fractuur (45%).

De combinatie van type en locatie van de blessure geeft voor 2017 de volgende top 3:

1. Enkeldistorsie (14%)
 2. Fractuur voet/teen (13%)
 3. Enkelfractuur (7%)
- Polsfractuur (7%)

Iets minder dan de helft van de hardloopblessures behandeld op de SEH-afdeling werd als ernstig geclassificeerd (47%). Vier procent van de hardlopers werd na behandeling opgenomen in het ziekenhuis.

3

Veranwoording

3.1

Algemeen

De gepresenteerde gegevens betreffen, tenzij anders vermeld, jaarlijkse aantallen en percentages over 2017. De tabellen zijn gebaseerd op inclusief-cijfers, dat wil zeggen dat voor de gegevens over ziekenhuisopnamen geldt dat daarbij ook slachtoffers worden meegeteld die na ziekenhuisopname zijn overleden en dat voor SEH-bezoeken geldt dat daarbij ook slachtoffers worden meegeteld die na behandeling op een SEH-afdeling opgenomen zijn in het ziekenhuis of zijn overleden. Op deze wijze geven we een zo goed mogelijk beeld van de medische consumptie. De cijfers kunnen echter niet bij elkaar worden opgeteld om tot een totaal aantal te komen.

Alle gepresenteerde gegevens worden afgerond. Door afronding kan het voorkomen dat het totaal in een tabel afwijkt van de som van de afzonderlijke aantallen.

3.2

Leefstijlmonitor

Landelijke kerncijfers over ongevallen in Nederland worden gehaald uit de Leefstijlmonitor (LSM), een gegevensverzameling die VeiligheidNL, in samenwerking met het RIVM en het CBS, uitvoert onder een representatieve steekproef van inwoners van Nederland. De Leefstijlmonitor is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontwikkeld en is een product van de samenwerking tussen partijen die zich richten op leefstijl, te weten: CBS, GGD GHOR Nederland, Pharos, RIVM, Rutgers, Soa Aids Nederland, Trimbos-instituut, VeiligheidNL en Voedingscentrum Nederland. Doel van de LSM is zorgen voor samenhang en het voorkomen van overlap in gegevensverzamelingen op het gebied van leefstijlgerelateerde thema's.

De Leefstijlmonitor bestaat uit een kern (LSM-K) en aanvullende modules (LSM-A).

- In de kern van de Leefstijlmonitor worden, voor de leefstijlthema's, jaarlijks kerncijfers verzameld. Het betreft bijvoorbeeld gegevens over aandoeningen, medische zorg, beweeggedrag, roken en alcoholgebruik. Deze gegevens komen uit de Gezondheidsenquête (GE) van het CBS. De LSM-K wordt door VeiligheidNL gebruikt voor een algemeen overzicht van ongevallen en letsels in Nederland. Dit betreft zowel medisch behandelde als niet medisch behandelde letsels.

- De aanvullende modules van de Leefstijlmonitor dienen als aanvulling op de kern. In deze modules worden cijfers die minder frequent dan jaarlijks nodig zijn bepaald en worden achterliggende verbanden en verklarende variabelen onderzocht. De aanvullende module Bewegen en Ongevallen is tot stand gekomen uit een samenwerking van het RIVM, VeiligheidNL en het CBS. Deze module Bewegen en Ongevallen met verdiepende vragen over sport- en beweeggedrag en ongevallen is in 2015 voor het eerst afgenomen, en wordt iedere twee jaar uitgevoerd.

Voor beide onderdelen van de Leefstijlmonitor worden in een jaar rond de 10.000 personen bevroegd. De steekproef wordt getrokken uit de Basisregistratie Personen (BRP), en afname wordt verspreid over de maanden van het jaar. Voor verschillen tussen de samenstelling van de netto steekproef en de totale bevolking wordt een correctie toegepast door middel van een wegingsfactor gebaseerd op de kenmerken geslacht, leeftijd, herkomst, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, landsdeel, huishoudgrootte, inkomen, vermogen en enquêteseizoen.

De vraagstelling ten aanzien van sportblessures in LSM-A heeft pas vanaf mei 2017 zijn huidige vorm. Vandaar dat de gegevens over sportblessures niet het gehele jaar

2017 betreffen maar alleen de periode mei-oktober 2017. In de LSM-K is deze vraagstelling vanaf 1 januari 2018 ingegaan.

De gegevens uit de Leefstijlmonitor in deze rapportage zijn gebaseerd op 79 respondenten met blessure door hardlopen. De blessures kunnen variëren van heel lichte tot heel ernstig. De respondenten zelf bepaalden of er sprake was van een blessure.

3.3

Letsel Informatie Systeem

In het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of zelfbeschadiging zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling (Panneman en Blatter, 2016). Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk. In LIS kunnen per letsel meerdere modules worden geregistreerd, bijvoorbeeld sport en verkeer in geval van een wielrenongeval op de straat. Het letsel telt dan bij beide modules mee. Optellen van de aantallen per module kan dus tot dubbeltelling leiden. Tevens kan één persoon meerdere keren de SEH-afdeling bezoeken, al dan niet voor hetzelfde letsel. Een schatting van het landelijke aantal SEH-bezoeken voor letsel maken we met behulp van de methode van de quotiënt-schatter. Daarbij gebruiken we de hulpvariabele 'aantal SEH-bezoeken in Nederland'. Dit gegeven is afkomstig uit een onderzoek naar SEH-behandelingen in Nederland (Gaakeer et al, 2014). In de praktijk komt deze methode erop neer dat het aantal SEH-behandelingen ten gevolge van letsel in de steekproef vermenigvuldigd wordt met het quotiënt van het 'aantal SEH-behandelingen in Nederland' gedeeld door het 'aantal SEH-behandelingen in de ziekenhuizen in de steekproef'. Aantallen SEH-bezoeken kleiner dan 100 worden in principe gerapporteerd als '<100' waarbij aantallen per 100.000 inwoners en percentages onvermeld blijven. De gegevens over 2017 zijn gebaseerd op 211 in LIS geregistreerde cases.

3.3.1

Ernstig letsel

Voor de selectie van slachtoffers met ernstig letsel wordt gebruikgemaakt van een afgeleide van de zogenaamde MAIS. AIS staat voor Abbreviated Injury Scale (Mannaerts, 1994) De waarde van een letsel op deze schaal representeert de ernst van het letsel. De waarde van de Maximum AIS (MAIS) representeert het ernstigste letsel bij een slachtoffer. De MAIS loopt van 1 (licht letsel) tot 6 (maximaal). De AIS is opgesteld door de Association for the advancement of automotive medicine (AAAM; www.aaam.org). Ernstig letsel in het LIS wordt gedefinieerd als letsel met een letselernst uitgedrukt in een MAIS (Maximum Abbreviated Injury Score) van ten minste 2. Ondanks dat in LIS geen directe gegevens geregistreerd worden over de ernst van het letsel, is het mogelijk om op basis van de gegevens over diagnose een minimale AIS-score te genereren.

Voor meer informatie zie rapportage Kerncijfers 2017 (Stam C, Blatter B. 2018).

3.3.2

Betrouwbaarheidsinterval

Bij een 95%-betrouwbaarheidsinterval groter dan 25 procent, worden de gegevens als onvoldoende betrouwbaar beschouwd om onderliggende verdelingen nader uit te werken anders dan in percentages (bijvoorbeeld naar leeftijd of geslacht). Het betrouwbaarheidsinterval wordt berekend rond de proportie ongevallen in LIS, dus het aantal ongevallen in een bepaalde categorie ten opzichte van de totale LIS-steekproef. Omdat deze proportie niet gelijk is in elk van de SEH-locaties in de steekproef en dus de feitelijke spreiding groot is, wordt het BI berekend op basis van 10% van de LIS-steekproef-omvang in plaats van op basis van de totale steekproef.

Bij de berekening van het BI van 'aantallen per 1.000 sporturen' wordt alleen rekening gehouden met de onbetrouwbaarheid van de schatting van het aantal SEH-bezoeken.

3.3.3

Trends

Uit onderzoek gebaseerd op het LIS blijkt dat het totaal aantal SEH-bezoeken in verband met letsel de laatste jaren is gedaald (Stam en Blatter, 2017). Uit een recente analyse is gebleken dat vooral het aantal patiënten met licht letsel en het aantal zelfverwijzers in de loop der jaren (sterk) is afgenomen. Dit heeft te maken met beleid dat gericht is op verbetering van efficiency van de spoedzorg (Gaakeer, 2016): meer concentratie door sluiting van SEH-afdelingen, samenwerking van SEH-afdelingen met huisartsenposten leidend tot een sterke daling van zelfverwijzers en minder verwijzingen naar SEH-afdeling door huisartsen. Daarnaast speelt de verhoging van de eigen bijdrage in de zorg een rol. Tot slot moet nog gedacht worden aan veranderingen in behandelrichtlijnen. De dalende trend in het aantal SEH-bezoeken wordt dus mede bepaald door beleidseffecten en vormt als geheel geen juiste afspiegeling van de trend in het aantal letsels. Uitspraken over de ontwikkeling van de problematiek in de tijd kunnen daarom beter gedaan worden op basis van het aantal *ernstige* letsels (MAIS2+, zie 5.2). We gaan er vanuit dat de ernstige letsels zowel vroeger als nu (en in de toekomst) op de SEH-afdeling werden en worden (en zullen worden) behandeld. Hierdoor zal het verloop in de tijd van het aantal SEH-bezoeken in verband met ernstig letsel een betere indicator zijn voor de ontwikkeling van de betreffende letselproblematiek.

Voor meer informatie over trends zie rapportage Kerncijfers 2017 (Stam C, Blatter B. 2018).

Referenties

Gaakeer MI, Brand CL van den, Veugelers R, Patka P. Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7128.

Gaakeer MI, Brand van den CL, Gips E, Lieshout JM, Huijsman R, Veugelers R, Patka P. Landelijke ontwikkelingen in de Nederlandse SEH's. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D970.

Lyons RA, Polinder S, Larsen CF, Mulder S, Meerding WJ, Beeck, EF van, The Eurocost Reference Group. Methodological issues in comparing injury incidence across countries. Int. J. Inj. Control Saf. Promot. 2006 13 (2), 63–70.

Mannaerts GHH, Sawor JH, Menovsky T, Springer L, Patka P, Haarman JThM. De betrouwbaarheid van de registratie van polytrauma-patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd, 12 november 1994;138(46):2290-3.

Panneman M, Blatter B (2016). Letsel Informatie Systeem. Representatief voor alle SEH's in Nederland? Amsterdam: VeiligheidNL

Stam C, Blatter B. (2017) Letsels. Kerncijfers 2016, Amsterdam: VeiligheidNL

Stam C, Blatter B. (2018) Letsels. Kerncijfers 2017, Amsterdam: VeiligheidNL

Bijlage

Blessures totaal

Tabel 1 Blessures door hardlopen in 2017, naar leeftijd en geslacht

		Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
		Tabel%	Tabel%	Tabel%	Kolom%	Kolom%	Kolom%
		(n=33)	(n=36)	(n=69)	(n=33)	(n=36)	(n=69)
0-17 jaar	(n=7)	2	2	4	3	5	4
18-34 jaar	(n=18)	13	19	32	24	40	32
35-54 jaar	(n=34)	27	24	50	50	50	50
55 jaar en ouder	(n=10)	11	2	14	22	5	14
Totaal	(n=69)	53	47	100	100	100	100

Bron: Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

1 n=69

Tabel 2 Blessures door hardlopen in 2017, naar type en/of locatie van de blessure¹

Locatie	%	Type	%	Locatie x type	%
Onderste extremiteiten	86	Spier/peesletsel	49	Spier/peesletsel been	14
Knie	29	Verstuiking/verdraaiing/bandletsel	23	Verstuiking/verdraaiing/ bandletsel knie	13
Been	21	Kneuzing/bloeduitstorting,	4	Spier/peesletsel knie	10
Voet	15	Botbreuk/scheurtje	3	Spier/peesletsel voet	7
Enkel	13	Overig	21	Overig	56
Heup/bekken	9				
Overig	14				
Totaal	100	Totaal	100	Totaal	100

Bron: Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

1 n=79

Tabel 3 Blessures door hardlopen in 2017, naar medische behandeling¹

	(n=79)	(n=42)
	%	%
<i>Medisch behandeld</i>	53	100
Fysiotherapeut	39	74
Huisarts	14	27
Specialist	5	10
Overig	4	8
<i>Niet medisch behandeld</i>	47	
Totaal	100	

Bron: Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

1 Een blessure kan door meerdere behandelaars behandeld zijn, som van de percentages in de tabel is groter van 100%

Blessures behandeld op de SEH-afdeling

Tabel 4 Blessures door hardlopen in 2017; SEH-bezoeken, naar leeftijd en geslacht¹

	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
	Tabel%	Tabel%	Tabel%	Kolom%	Kolom%	Kolom%
SEH-bezoeken						
0-17 jaar			9			9
18-34 jaar	19	10	30	35	23	30
35-54 jaar	19	18	37	35	39	37
55 jaar en ouder	10	14	24	19	31	24
Totaal	54	46	100	100	100	100
Uren hardlopen (2017)						
0-17 jaar	1	2	3	2	4	3
18-34 jaar	15	14	29	25	35	29
35-54 jaar	30	19	49	49	49	49
55 jaar en ouder	14	5	19	23	12	19
Totaal	61	39	100	100	100	100

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS, 1 Aantal te klein voor betrouwbare schatting

Tabel 5 Blessures door hardlopen in 2017; SEH-bezoeken, naar ongevalsscenario en locatie

	%		%
Val	80	Straat, rijweg, trottoir	27
Zwikken	29	Natuurgebied	15
Struikelen	18	Bos	11
Overig scenario	20	Overig/onbekend	58
Acute fysieke belasting	8		
Totaal	100	Totaal	100

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL

Tabel 6 Blessures door hardlopen in 2017; SEH-bezoeken, naar blessure

	%		%
Fractuur	45	Hoofd/hals/nek	7
Distorsie	16	Schouder/arm/hand	32
Oppervlakkig letsel	12	Hand/vingers	10
Overig	27	Bovenarm/elleboog/onderarm	9
		Pols	8
		<i>polsfractuur</i>	7
		Heup/been/voet	48
		Enkel	24
		<i>enkeldistorsie</i>	14
		<i>enkefractuur</i>	7
		Voet/tenen	15
		<i>fractuur voet/teen</i>	13
		Overig	13
Total	100	Totaal	100

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL

Over VeiligheidNL

VeiligheidNL is een onafhankelijk expertisecentrum met de missie om ongevallen te voorkomen door veilig gedrag te stimuleren. We helpen mensen hun veiligheid te vergroten in en om het huis, maar ook op straat, op school en op het werk. We monitoren en signaleren ongevallen en letsel en onderzoeken welke vorm van preventie effectief is. Voor de monitoring is het Letsel Informatie Systeem (LIS) de basis, een registratiesysteem bij een representatieve steekproef van Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's) in Nederland, maar we rapporteren ook dodelijke ongevallen en ziekenhuisopnamen door letsels.

We ontwikkelen effectieve gedragsinterventies die praktisch, oplossingsgericht en op maat zijn en voeren deze ook deels uit. Ten slotte delen wij onze kennis en kunde direct met onze doelgroepen of via professionals, samenwerkingspartners en ambassadeurs. We werken voor en met overheden, bedrijven, zorgverleners en particulieren.