

TNO-rapport
97.005

**Sportartsen in Nederland;
verleden, heden en toekomst**

TNO Preventie en Gezondheid
divisie Collectieve Preventie

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 5 18 19 20

auteur(s):
W.T.M. Ooijendijk
M. Stiggelbout
S. de Loor

datum:
november 1997

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek

15 NOV 2004

Postbus 2215
2301 CE LEIDEN

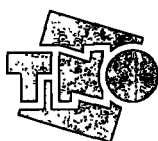
Stamboeknummer

19.253

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1997 TNO



Ooijendijk WTM

90-6743-500-7

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 97.005.

INHOUD	pagina
SAMENVATTING	i
1. DOEL EN WERKWIJZE	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Doel van het onderzoek	2
1.3 Werkwijze	2
2. DE OPLEIDING TOT SPORTARTS IN NEDERLAND	6
2.1 Inleiding	6
2.2 De historie van de opleiding tot sportarts	6
2.3 Het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS) en de opleiding	8
3. PROFIEL VAN DE SPORTARTSEN IN NEDERLAND	12
3.1 Inleiding	13
3.2 Aantal sportartsen en personalia	13
3.3 Werkkringen	14
3.4 De huidige spreiding van het aantal sportartsen over Nederland	17
3.5 Samenvatting en conclusies	19
4. VISIE VAN (TOP)SPORTERS, KADERLEDEN EN SPORTBONDEN	20
4.1 Inleiding	20
4.2 (Top)sporters	21
4.3 Kaderleden (trainers/begeleiders)	24
4.4 Sportbonden	26

5. TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN	30
5.1 Inleiding	30
5.2 Internationale vergelijking van het aantal sportartsen in de EG	31
5.3 Sportarts in eerste of tweede lijn	32
5.4 Sportarts medisch specialist of sociaal geneeskundige	34
5.5 Sportgeneeskunde in 2e of 3e compartiment	36
5.6 De kwaliteit van sportgeneeskunde	36
5.7 Het aanbod aan 'sportgeneeskundige' voorzieningen	37
5.8 Conclusies	39
6. SCENARIO'S 'SPORTARTSEN IN NEDERLAND'	40
6.1 Inleiding	40
6.2 100 Sportartsen scenario	40
6.3 Werkbelasting scenario	41
6.4 Vlekkenplan scenario	44
6.5 Naar een voorkeurscenario voor de planning van het aantal sportartsen in Nederland	46
6.6 Consequenties voor de opleiding en de opleidingscapaciteit	49
LITERATUUR	53
BIJLAGEN	55

SAMENVATTING

Doel en vraagstelling

TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) heeft het onderzoek 'Sportartsen in Nederland; verleden, heden en toekomst' uitgevoerd. Aan dit onderzoek liggen de volgende vragen ten grondslag:

- a. Hoeveel sportartsen zijn er (op termijn) in Nederland nodig voor een adequate sportgeneeskundige zorg, mede in het licht van ontwikkelingen m.b.t. de sportgeneeskunde in de Europese Gemeenschap?
- b. Welke consequenties hebben de (inter)nationale ontwikkelingen voor de onderwijscapaciteit (instroom) en de inhoud van de opleiding voor sportarts?

Het onderzoek is uitgevoerd door gebruik te maken van: documenten- en literatuuronderzoek, interviews met sleutelinformanten en experts, telefonische interviews met sporters, kaderleden en sportorganisaties gevolgd door een invited-expertmeeting waarbij gediscussieerd werd aan de hand van enkele in een concept rapportage voorgestelde scenario's.

Aantal sportartsen en werkkringen

Medio 1997 zijn er in Nederland 48 sportartsen geregistreerd, terwijl er nog 29 artsen in opleiding zijn voor sportarts. SMA's, ziekenhuizen, sportbonden en zelfstandige praktijken vormen de meest voorkomende wijze van praktijkvoering. De spreiding van het aantal sportartsen laat zien dat er nog tal van witte vlekken zijn. Het aantal inwoners per sportarts is momenteel ruim 300.000. Door het geringe aantal sportartsen en een onevenredige verdeling van sportartsen in Nederland wordt voor de modale sporter de bereikbaarheid van de sportarts in sterke mate belemmerd.

De sport aan het woord

Op basis van een telefonisch interview met ruim 170 sporters variërend in niveau van recreatie tot topsporter kan worden gesteld dat de sporter een duidelijke behoefte heeft aan sportmedische begeleiding. Negen op de tien sporters vindt sportmedische begeleiding belangrijk en de bezoekers van de sportarts kennen voor het merendeel een duidelijke meerwaarde toe aan een sportarts. De

"onbekendheid" van het fenomeen sportarts is de belangrijkste oorzaak van het feit dat nog weinig mensen ooit een sportarts hebben geraadpleegd voor hun sportmedische problemen of dat mensen pas in een zeer laat stadium bij de sportarts terecht komen. Deze onbekendheid speelt niet alleen bij de sporter een grote rol, maar komt ook duidelijk naar voren bij het verwijzingsbeleid van de huisarts. Voor topsporters geldt dat zij inmiddels de weg naar de sportarts goed weten te vinden.

Ook bij de geïnterviewde kaderleden bestaat behoefte aan sportgeneeskundige begeleiding, met name bestaat behoefte aan een sportarts in de rol van intermediair, een persoon bij wie je kunt aankloppen voor moeilijke blessures en wie je in preventief opzicht om adviezen kunt vragen.

De bonden zijn momenteel redelijk tevreden met de invulling van de sportmedische ondersteuning, een beperking vormt het krappe budget dat voor medische begeleiding beschikbaar is.

Ontwikkelingen in de sportgeneeskunde

Binnen de sportgeneeskunde wordt momenteel een aantal initiatieven ontplooid om de ontwikkeling van de sportgeneeskunde te stimuleren bijvoorbeeld wat betreft: het kwaliteitsbeleid, de erkenning van de sportarts als medisch specialist en de keuze voor een duidelijke werklocatie. Ook lijken verzekeringen in toenemende mate bereid sportgeneeskunde aan te bieden via een aanvullende verzekering. De profilering van de sportarts naar de sporter, de sport en de gezondheidszorg laat echter nog duidelijk te wensen over. Dit gebrek aan profilering is echter deels te wijten aan het nog geringe aantal sportartsen dat voor de modale sporter aanwezig is.

Naar een voorkeurscenario voor de planning van het aantal sportartsen in Nederland

Bij de keuze van een voorkeurscenario spelen de volgende overwegingen een rol:

- de sportarts dient voor een brede laag sporters goed bereikbaar te zijn;
- de werkbelasting van de sportarts staat in verhouding tot het aantal sportblessures dat in principe in aanmerking komt voor behandeling door de sportarts;
- preventieve taken, waaronder sportmedische begeleiding blijven inherent aan het functioneren van de sportarts;
- de preferente werklocatie voor de sportarts dient aan duidelijke kwaliteitscriteria te voldoen.

Op basis van deze overwegingen wordt gekozen voor een scenario waarbij het streven erop is gericht 4 tot 5 formatieplaatsen sportartsen per regio in het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen in 2010 te realiseren. Dit komt neer op de realisatie van circa 120 formatieplaatsen voor heel Nederland. Het ziekenhuis wordt algemeen gezien als de centrale werkplek voor de sportarts, waarin en waar vanuit de sportarts werkt in een transmurale setting (buiten-poli, SMA). Het SMA is daarbij veelal gekoppeld aan het ziekenhuis. Er dienen goede samenwerkingsafspraken te zijn, met zowel de collega specialisten als met de huisartsen en (sport)fysiotherapeuten.

Consequenties voor de opleidingscapaciteit voor sportartsen

Uitgaande van genoemd scenario - met een streefgetal van 120 sportartsen in het jaar 2010 - is de consequentie dat er een jaarlijkse instroom van 8 sportartsen nodig zal zijn in de periode 1998 tot 2010. Om het aantal sportartsen vanaf 2010 te consolideren op een aantal van 120 is een jaarlijkse instroom van 6 sportartsen noodzakelijk. Of dat laatste een reële optie is zal te zijner tijd dienen te worden vastgesteld.

Voor de ontwikkeling van de sportgeneeskunde worden de volgende acties aanbevolen:

- * Er dient op zo kort mogelijke termijn gestreefd te worden naar een officiële erkenning van de sportgeneeskunde als klinisch specialisme.
- * Er dient een betere profilering plaats te vinden van de sportarts; zowel naar de consument als naar de collegae (para-)medici. De toegevoegde waarde van de sportarts voor de sporters, andere specialisten en fysiotherapeuten dient beter te worden overgebracht.
- * Er dient een beter inzicht te komen in het functioneren van de sportartsen, onder meer ten behoeve van de eerder genoemde profilering. Zo spoedig mogelijk dienen goede registratie-systemen ten behoeve van de sportgeneeskunde ontwikkeld te worden.

1. DOEL EN WERKWIJZE

1.1 Inleiding

Sportgeneeskunde is de wetenschap die zich bezighoudt met alle medische aspecten van de sportbeoefening, zowel van basaal wetenschappelijke aard als van preventieve en curatieve aard" (Jongbloed & Jongh, 1955). Een definitie uit 1955 die nog steeds geldig is.

Deze definitie komt tot uiting in het takenpakket van de sportarts. Tot de belangrijkste taken van de geregistreerde sportarts worden gerekend:

- de diagnostiek en niet-operatieve behandeling van sportmedische problemen en de revalidatie en reïntegratie na sportmedische problemen;
- de preventie van medische problematiek die ontstaat als gevolg van sportbeoefening in de ruimste zin, van dans en ballet tot inspanning tijdens werk, zoals bij de brandweer, politie en defensie;
- de sportbevordering bij personen met een chronische ziekte en/of beperkingen, alsmede de revalidatie door sport na ziekte;
- de eerste hulp bij de opvang van medische problematiek als gevolg van sportieve activiteiten.

De sportgeneeskunde is in Nederland sinds de oprichting van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (1965) uitgegroeid van liefhebberij tot beroep. Dit leidde ertoe dat het vak in 1986 als zesde tak in de sociale geneeskunde werd erkend. De vierjarige opleiding tot sportarts voldeed vervolgens aan de eisen van het College voor Sociale Geneeskunde; deze opleiding wordt beschouwd als uniek in Europa (Backx et al., 1996).

In 1989 is daadwerkelijk gestart met de opleiding voor sportarts. De opleiding wordt gerealiseerd door het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS) en wordt gesubsidieerd door de Stichting Nationale Sporttotalisator (SNS) en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). De artsen/studenten zelf dragen eveneens substantieel bij, evenals overigens de instellingen waar de artsen in opleiding hun co-schappen kunnen vervullen. De jaarlijkse instroom is op dit moment 6 artsen.

SNS, VWS en de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) hebben TNO Preventie en Gezondheid de opdracht verstrekt een onderzoek uit te voeren naar de huidige en toekomstige behoefte aan sportartsen en daarmee naar de behoefte aan opleidingsplaatsen voor sportartsen.

1.2 Doel van het onderzoek

Aan het onderzoek 'Sportartsen in Nederland; verleden, heden en toekomst' liggen meer specifiek de volgende vragen ten grondslag:

- a. Hoeveel sportartsen zijn er (op termijn) in Nederland nodig voor een adequate sportgeneeskundige zorg, mede in het licht van ontwikkelingen m.b.t. de sportgeneeskunde in de Europese Gemeenschap?
- b. Welke consequenties hebben de (inter)nationale ontwikkelingen voor de onderwijscapaciteit (instroom) en de inhoud van de opleiding voor sportarts?

Deze beide hoofdvragen zijn onder te verdelen in vragen op drie terreinen, te weten.

I Schets huidige situatie

- Hoe ziet het profiel van de sportartsen in Nederland er uit?
- Zijn de sportartsen van mening dat de opleiding adequaat voorbereidt op toekomstige functies, m.a.w. komen de leerdoelen overeen met de functieprofielen?
- Welke ontwikkelingen zien de sportartsen wat betreft hun functioneren in de toekomst?

II Toekomstige behoefte aan sportartsen

- Aan hoeveel sportartsen bestaat in Nederland behoefte?

III Toekomstige ontwikkelingen met mogelijke consequenties voor het aantal sportartsen en de werkzaamheden van de sportartsen

- Welke ontwikkelingen verwachten deskundigen op het terrein van de (sport)gezondheidszorg, zowel internationaal als nationaal m.b.t. de sportgeneeskunde?
- Welke mogelijke consequenties hebben dergelijke ontwikkelingen?

1.3 Werkwijze

De beantwoording van de deelvragen over de schets van de huidige situatie is gebeurd op basis van beschikbare informatie bij het NIOS en informatie van enkele sleutelinformanten bij het NIOS. Onder meer is gebruik gemaakt van de gegevens verzameld in het kader van het opstellen van het 'smoelenboek' van de Nederlandse sportartsen (NIOS, 1997). Zonodig is (telefonisch) aanvullende informatie opgevraagd om de gegevens te completeren en om een zo objectief mogelijk beeld te schetsen.

De beantwoording van de deelvragen over de toekomstige behoefte aan sportartsen is uitgewerkt aan de hand van de volgende invalshoeken:

- a. de behoefte aan sportgeneeskunde vanuit de sport(er);
- b. epidemiologische benadering;
- c. niet patiëntgebonden functies van sportartsen.

ad a. Een *behoeftenraming onder sporters en sportorganisaties* (zowel georganiseerd als ongeorganiseerd), sportkader en besturen van sportorganisaties is verricht door middel van het uitzetten van enquêtes (schriftelijk/telefonisch) met vragen over behoeften/wensen t.a.v. sportgeneeskundige activiteiten en de rol van sportartsen daarbij.

Concreet zijn de volgende groepen benaderd voor het houden van een telefonisch interview:

- * Een 50-tal bezoekers van sportartsen in het ziekenhuis op basis van een bestand van 100 sporters dat reeds aanwezig was in het kader van een TNO/NOC*NSF onderzoek naar de intramurale setting van sportartsen (Backx & Ooijendijk, 1996). Alle sporters hadden reeds ingestemd om medewerking te verlenen aan een nader telefonisch interview over de behandeling door de sportarts.
- * Een 40-tal bezoekers van sportartsen verbonden aan SMA's is geïnterviewd. Dit bestand is opgebouwd via enkele meewerkende SMA's welke in overleg met de Federatie van SMA's waren benaderd (Haarlem, Leiderdorp, Meppel, Rotterdam). Ook hierbij is de procedure gevolgd dat vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd aan de sporters om mee te werken aan een telefonisch interview. De verspreiding van deze verzoeken is gedaan door de SMA's, de sporters konden via een antwoordkaart direct aan TNO kenbaar maken of zij wilden meewerken.
- * In totaal zijn 82 sporters benaderd zonder voorafgaand te beschikken over kennis omtrent hun ervaringen op sportgeneeskundig terrein. Deze 82 sporters variëren in niveau van topsporter (22) tot wedstrijdporter/recreatiesporter (60). De recreatie- en wedstrijdporters zijn benaderd via een groot aantal informele contacten met sporters en sportverenigingen. Via sporters, kaderleden e.d. is een aantal brieven over het onderzoek uitgezet, waarbij men via een antwoordkaart kenbaar kon maken te willen meewerken aan het onderzoek. Topsporters zijn benaderd via de Sector Topsport van NOC*NSF, ook hierbij is weer de procedure gevolgd om vooraf schriftelijk toestemming te vragen de betreffende sporters telefonisch te benaderen.

- * Een 10-tal sportbonden (evenredige spreiding met/zonder bonds-medische begeleiding). Hierbij is allereerst gebruik gemaakt van openbare notities zoals beleidsnotities van de diverse bonden met betrekking tot onder meer de medische begeleiding. Vervolgens is contact met de bonden opgenomen voor het inwinnen van aanvullende informatie.

Van een drietal sporttakken zijn in totaal 25 kaderleden benaderd, te weten: tennis (13), volleybal (6) en voetbal (6). Wat betreft het niveau zijn kaderleden benaderd op zowel recreatie- als wedstrijd- en topsportniveau. Ook deze interviews zijn telefonisch uitgevoerd, na eerder verkregen toestemming.

- ad b. Een *behoefte*raming op grond van het aantal blessures en andere verrichtingen die goed passen in het pakket van de sportarts (bijvoorbeeld sportadvisering en preventief sportmedisch onderzoek). Op basis van het totaal aantal verrichtingen dat door de sportartsen uitgevoerd zou kunnen worden (als 'doel' te stellen) en het aantal van dergelijke verrichtingen dat een full-time sportarts aan kan, is het benodigde aantal formatieplaatsen becijferd.

De *combinatie* van beide benaderingen a en b; een subjectieve benadering over wensen en behoeften, aangevuld met een meer te objectiveren benadering over het aantal verrichtingen (hetgeen deels wordt beïnvloed door de wensen en behoeften aan specialistische sportgeneeskundige opvang), geeft het beste beeld om raming van het aantal benodigde sportartsen te kunnen maken.

- ad c. De werkzaamheden besproken onder a en b zijn te zien als sport(blessure)-gebonden functies van de sportartsen. Sportartsen vinden eveneens een werkring (al dan niet part-time) in voorzieningen die niet *direct op patiënten zijn gericht*. Te denken is aan het adviseren van bedrijven (arbo-diensten) die programma's binnen hun bedrijf willen introduceren die gericht zijn op gezond bewegen. Daarnaast zijn sportartsen eveneens werkzaam op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek en op het terrein van voorbereiding, advisering en uitvoering van beleid.

Via gesprekken met enkele sleutelfiguren is een beeld geschetst van de werkzaamheden die in dit kader plaatsvinden en een raming van de toekomstige behoefte.

Bij de schets over de *toekomstige ontwikkelingen* met mogelijke consequenties voor het aantal sportartsen en de werkzaamheden van de sportartsen ligt het zwaartepunt op **expert interviews** met als gespreksonderwerpen:

- toekomstige ontwikkelingen in de (nationaal en internationaal) sportgeneeskunde;
- sportarts in 1e of 2e lijn, c.q. relatie met 1e en 2e lijn;
- sportarts als klinisch specialist of als sociaal geneeskundige;
- financiering sportgeneeskunde (2e en/of 3e compartiment).

Interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers van: NIOS, VSG, SNS, IgDKL, VWS, Fed. SMA's, KNMG, LSV + meest direct betrokken specialismen (orthopedie, chirurgie, cardiologie, revalidatiegeneeskunde), KNMG, NVFS en LVSG.

Daarnaast zijn eveneens in Europees verband relevante ontwikkelingen geïnventariseerd.

Een eerste rapportage is toegezonden aan leden van een 'scenario-commissie'. In deze commissie hadden onder meer zitting: NIOS, VSG, SNS, VWS, KNMG en NOC*NSF. Er is een expertmeeting georganiseerd met de leden van de scenario-commissie. Het doel van de expert-meeting was om in overleg met de commissie te komen tot het schetsen van scenario's voor de ontwikkeling van de sportgeneeskunde in Nederland. Ingegaan is op:

- * meest wenselijke/waarschijnlijke toekomstige organisatie-modellen;
- * de behoefte aan sportartsen binnen de diverse modellen;
- * de consequenties voor de capaciteit en de inhoud van de opleiding tot sportarts

De resultaten van de expert-meeting zijn geïntegreerd in het rapport en in de bijlagen is de rapportage van de expert-meeting integraal opgenomen.

2. DE OPLEIDING TOT SPORTARTS IN NEDERLAND

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt informatie gegeven over de opleiding tot sportarts. In paragraaf 2.2 wordt ingegaan op de historie van de opleiding; vervolgens wordt de organisatie van het NIOS beschreven en wordt ingegaan op de inhoud van de opleiding.

2.2 De historie van de opleiding tot sportarts

Deze paragraaf is gebaseerd op publicaties van Brok (1990a; 1990b) en Koornneef & Bruinsma (1991) aangevuld met mondelinge informatie.

Deskundigheidsbevordering op sportmedisch gebied in ons land dateert reeds van 1933 door het initiatief van de toenmalige Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring (FBMS) om zogeheten 'sportartsendagen' te gaan houden.

In 1964 organiseerde de Nederlandse Sport Federatie (NSF), in samenwerking met de FBMS, de eerste landelijke cursus sportgeneeskunde. Deze applicatie had het karakter van bijscholing. In 1965 werd de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) opgericht. De VSG nam in 1966 het initiatief van de NSF en de FBMS. Tot op de dag van vandaag organiseert de VSG deze cursus nog steeds, zij het dat het karakter aan de eisen des tijds is aangepast. In 1975 richtte de VSG de Stichting Opleiding Sportartsen op om volledig gekwalificeerde sportartsen op te leiden. De VSG ging daarbij uit van het globale profiel en de 4-jarige opleiding van de sportartsen in de toenmalige Duitse Democratische Republiek. De Stichting Opleiding Sportartsen kreeg in 1976 financiële steun van de Nederlandse Hartstichting en de Stichting de Nationale Sporttotalisator (SNS). Met die financiële steun konden twee artsen worden opgeleid tot 'sportgeneeskundigen'. Voor de bewaking van de inhoud van de opleiding formeerde de Stichting Opleiding Sportartsen een concilium en voor de procedurele bewaking van de individuele opleidingsplannen een registratiecommissie. Deze registratiecommissie verzorgde vanaf 1980 de registraties en bepaalde tevens, in het kader van een overgangsregeling, de aanvullende scholing van in de praktijk aan de sport werkzame artsen voor het eveneens verkrijgen van de registratie. De aldus geregistreerde 'sportgeneeskundigen' en degenen die de opleiding volgden, verenigden zich in 1982 in de Vakgroep Sportartsen. Deze werd later als aparte sectie ondergebracht bij de VSG.

De applicatiecursus werd in 1982 ondergebracht bij het juist opgerichte Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ).

De Vakgroep Sportartsen vervaardigde in 1983 de notitie 'Werkterrein van de sportarts' (VSG, 1984). Op basis van dit stuk werden onderwijsdoelstellingen geformuleerd. Op grond van genoemde stukken besloot het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) in 1986 de sportgeneeskunde te erkennen als officiële tak van de sociale geneeskunde. Dit besluit kreeg rechtskracht per 30 maart 1987, na stilzwijgend akkoord van de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het college stelde als voorwaarde voor blijvende erkenning, dat, conform de eisen in Besluit no 1-1986, de beroepsgroep binnen vijf jaar de opleiding onder verantwoordelijkheid van een rechtspersoon zou realiseren. Daarbij dienden de onderwijsdoelstellingen te zijn vertaald in nadere leerdoelen. De VSG gaf in 1988 als verantwoordelijke 'beroepsspecifieke' vereniging opdracht een haalbaarheidsstudie te verrichten naar een zelfstandig opleidingsinstituut. De conclusie van die studie luidde, dat een eigen opleiding wél maar een volledig zelfstandig instituut niet haalbaar was. Geadviseerd werd onder meer tot een soort 'aanhaak-instituut' met een eigen bestuur te komen.

De VSG nam de adviezen grotendeels over en richtte in 1989 de stichting Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS) op. In 1990 besloot het stichtingsbestuur van het NIOS locatie te kiezen bij de Rijksuniversiteit Utrecht, omdat die als enige een hoogleraar sportgeneeskunde kent en tevens uit de praktische overweging dat de centrale ligging van Utrecht voordelig is voor het organiseren van het landelijke deel van het cursorisch onderwijs. Per 1 september van dat jaar nam het NIOS de verantwoordelijkheid voor de opleiding over, toen er voldoende zekerheid bestond omtrent financiële bijdragen van de overheid (WVC), de SNS en de VSG. Om te voldoen aan de eisen van het College voor Sociale Geneeskunde werd de ontwikkeling van het leerplan met voorrang ter hand genomen. Ook werd een onderwijsstaf geformeerd. Op 27 juni 1991 erkende de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) het NIOS als opleidingsinstantie in de sportgeneeskunde. Na uitgebreide consultatie keurde de SGRC op 16 januari 1992 het 'Leerplan voor de opleiding tot sportarts' goed.

De VSG en het NIOS hebben in 1997 besloten tot de oprichting van de Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde. Deze stichting heeft als doel: "het aanbieden van sportgeneeskundige kennis in de vorm van opleidingen, workshops, seminars en congressen aan grote groepen artsen. Hierdoor moet de kwaliteit en kwaliteitsbevordering van de sportgeneeskunde verhoogd worden waardoor sporters en patiënten een optimale advisering en zorg geboden kan worden."

2.3 Het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS) en de opleiding

Organisatie NIOS

Het NIOS heeft een bestuur en een bureau. Het NIOS-bureau heeft een bezetting van een directeur (0,6 fte), een secretaresse (0,5 fte) en een sportarts (0,4 fte). De onderwijsstaf functioneert op free-lance basis en wordt gevormd door de hoogleraar sportgeneeskunde, een sportarts-onderzoeker, een onderwijskundige en een sportarts-practicus. Verder kent het NIOS nog een curriculum-commissie, die bestaat uit vertegenwoordigers van de stageverleners. Deze commissie adviseert over het curriculum en de uitvoering daarvan en kan worden beschouwd als een intern kwaliteitsbevorderend - en kwaliteitsbewakend orgaan.

Financiële aspecten van de opleiding

Het NIOS zelf wordt thans gesubsidieerd door de Directie Sport van het Ministerie van VWS en de SNS. Zoals gebruikelijk in de opleiding tot sociaal geneeskundige zijn ook voor de opleiding tot sportarts kosten verschuldigd. Deze bedragen f 8.000,- per jaar. De organisatie van de opleiding en het cursorisch onderwijs worden hiermee gefinancierd.

De inhoud van de opleiding

De opleiding tot sportarts is gebaseerd op de notitie 'Werkterrein van de sportarts' (VSG, 1984) alsmede op het deskundigheidsprofiel van de sportarts dat werd beschreven in onderwijsdoelstellingen die een addendum vormen bij het CSG besluit nr. 3-1986. Daarnaast is getracht rekening te houden met toekomstige ontwikkelingen in de sportgezondheidszorg. De inhoudelijke en procedurele eisen van het CSG vormen verder het uitgangspunt voor het leerplan.

Het NIOS heeft, in overleg met de VSG, het doel van de opleiding als volgt geformuleerd:

Het 4-jarige curriculum is, zoals elke sociaal-geneeskundige opleiding, opgebouwd uit stages, cursorisch onderwijs en praktijk scholing onder supervisie.

De opleiding is regionaal georganiseerd. De zeven opleidingsregio's zijn: Heerenveen, Zwolle, Nijmegen, Limburg, Eindhoven, Utrecht en Amsterdam. De stages hebben, gegeven de brugfunctie die de sportgeneeskunde vervult tussen de curatieve sector en de sociale geneeskunde, een duidelijk klinisch karakter (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Stages tijdens de opleiding tot sportarts

	CSG-eis	feitelijk
fysiologie	6 maanden	6 maanden
cardiologie	6 maanden	12 maanden
orthopedie	9 maanden	12 maanden
huisartsgeneeskunde	2-4 maanden	2-4 maanden

Om tegemoet te komen aan de wens van de stage-verleners is de feitelijke stageduur doorgaans langer dan de eisen gesteld in het CSG besluit. Als tegenprestatie wordt een salariëring geboden conform die van arts-assistenten. Het cursorisch onderwijs wordt voor het grootste deel landelijk georganiseerd (ongeveer 600 uur). Tijdens de diverse stages is nog eens 200 uur onderwijs gepland. Het landelijk gegeven onderwijs is modulair van opbouw; daarbij zijn epidemiologie, methode van onderzoek, statistiek en informatica tot één samenhangende module geïntegreerd. Tabel 2.2 geeft een overzicht van het landelijk georganiseerde onderwijs.

Tabel 2.2 Landelijk georganiseerd onderwijs tijdens de opleiding tot sportarts

	aantal uren
- basiscursus sportgeneeskunde	80
- module epidemiologie, methodologie, statistiek en informatica	100
- communicatieve vaardigheden, mediacontact	20
- gedragswetenschappen, voorlichtingskunde	30
- gezondheid en economie	10
- gezondheidsrecht	10
- organisatie (sport)gezondheidszorg	10
- sport en voeding	10
- manuele geneeskunde, klinische anatomie	100
- fysiotechniek, oefen therapie	25

Gewenste veranderingen c.q. verbeteringen van de opleiding (NIOS, 1994).

In 1994 heeft het NIOS een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd onder de in 1994 geregistreerde sportartsen. De respons bij dit onderzoek was hoog; 33 van de 34 sportartsen retourneerden de vragenlijst. Er werd gevraagd naar de mate van tevredenheid over diverse onderdelen van de opleiding (zoals duur en inhoud) en wensen voor verbetering.

De belangrijkste resultaten waren:

De meerderheid van de respondenten (79%) vond de totale opleidingsduur "juist goed". Hoewel 64% van de respondenten aangaf supervisie tijdens de opleiding "belangrijk (42%)" of "onmisbaar (21%)" te vinden, bleek dat slechts bij 21% sprake was geweest van supervisie. Hieraan zou meer aandacht dienen te worden geschonken. Met betrekking tot de inhoud van de opleiding werden de volgende gewenste aanvullingen genoemd:

- module fysiotherapie;
- management, werken in teamverband;
- psychologie;
- meer korte sportgerichte modules;
- praktijk trainingsleer.

Verder werd aangegeven dat in het algemeen de officiële duur van de stages te kort werd bevonden en in het bijzonder de duur van de stage "huisartsgeneeskunde" (2 maanden).

Het aantal en de verdeling van de sportartsen in opleiding

De opleidingscapaciteit van het NIOS is afgestemd op de geschatte behoefte aan sportartsen in 1990. Per jaar kunnen 6 artsen 'instromen'. De stages worden regionaal georganiseerd, waarbij onderlinge verschillen tussen de zes regio's - uiteraard binnen de eisen van het CSG - mogelijk zijn. Binnen deze regio's participeren momenteel zeven ziekenhuizen (Heerenveen, Amsterdam, Amersfoort, Hilversum, Nijmegen, Roermond, Veldhoven). Van de Universiteit Utrecht, De Rijksuniversiteit Groningen, de Vrije Universiteit te Amsterdam, de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Universiteit Maastricht zijn één of meer vakgroepen bij de opleiding betrokken.

Het aantal sportartsen dat in opleiding is gegaan in de periode 1992-1997 en dat zal worden geregistreerd in de periode 1995-2000 is uitgewerkt in tabel 2.3.

De verwachting is dat vooral in het jaar 2000 een relatief groot aantal sportartsen zal worden geregistreerd en dat dit in 1999 beperkt zal blijven tot één persoon.

Tabel 2.3 Aantallen sportartsen dat in opleiding is gegaan in de periode 1992-1997 en dat zal worden geregistreerd in de periode 1995-2000

	In opleiding	Geregistreerd
1992	7	
1993	5	
1994	4	
1995	3	1
1996	8	6
1997	3	6
1998		5
1999		1
2000		11

Sollicitatieprocedure (Anoniem, 1996)

De toelating tot de opleiding vindt plaats via een sollicitatieprocedure. Kandidaten voor de opleiding dienen het basisartsexamen te hebben afgelegd en de Nederlandse taal te beheersen. Belangrijke punten bij de selectie zijn verder:

- ervaring in de sport, als deelnemer, begeleider en/of bestuurder;
- praktische ervaring op sportmedisch terrein;
- wetenschappelijk werk, met name op sportmedisch gebied;
- motivatie ten aanzien van de sportarts-opleiding.

Belangstellenden kunnen bij het NIOS een sollicitatieformulier aanvragen. Aan de hand van deze formulieren vindt een voorselectie plaats. Indien een kandidaat op basis van de bovengenoemde criteria een redelijke kans lijkt te hebben in opleiding te komen, wordt hem of haar voorgesteld deel te nemen aan de formele selectieprocedure. De formele selectieprocedure bestaat uit twee delen:

- a. De sollicitatieformulieren worden in geanonimiseerde vorm voorgelegd aan een beoordelingscommissie, die bestaat uit ervaren sportartsen. Deze commissie toetst de gegevens van de kandidaten aan de selectiecriteria en geeft hierbij een puntenwaardering. Op grond van deze puntenwaardering worden de kandidaten op een wachtlijst gerangschikt. De wachtlijst mag maximaal 30 personen bevatten. Tweemaal per jaar wordt de wachtlijst opnieuw samengesteld. De sollicitanten krijgen jaarlijks de gelegenheid hun gegevens te actualiseren.
- b. De mondelinge sollicitatie voor de opleiding in een regio vindt plaats bij de commissie van stagebegeleiders van de desbetreffende regio. De drie hoogst geplaatste kandidaten van de wachtlijst die in aanmerking willen komen voor een opleidingsplaats in deze regio worden voor het sollicitatiegesprek opgeroepen. De commissie van stagebegeleiders besluit wie er in opleiding zal worden genomen. De overigen worden teruggeplaatst op de wachtlijst.

3. PROFIEL VAN DE SPORTARTSEN IN NEDERLAND

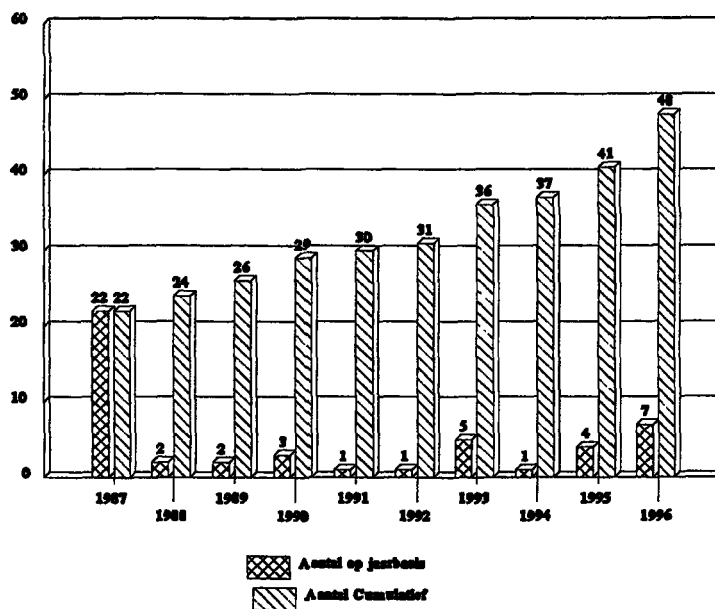
3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het aantal geregistreerde sportartsen in Nederland en het aantal artsen dat daarvoor in opleiding is. Enkele achtergrondgegevens van de sportartsen worden gepresenteerd en een schets wordt gegeven over de spreiding van de sportartsen over het land.

3.2 Aantal sportartsen en personalia

Sinds 1987 vindt er registratie plaats van geregistreerde sportartsen. Figuur 3.1 laat een overzicht zien van enerzijds het aantal sportartsen dat in de afgelopen jaren is geregistreerd en anderzijds het cumulatieve aantal.

Figuur 3.1 Het aantal geregistreerde sportartsen in de periode 1987-1996



In deze figuur is tevens te zien dat het aantal nieuw geregistreerden in 1987 (n=22) de daaropvolgende jaren ver overschrijdt. Deze grote toestroom in dat jaar is toe te schrijven aan een toekenning van een registratie aan sportartsen die op basis van ervaring en opleiding op het sportgeneeskundig gebied een erkenning kregen (de zogenoemde overgangsregeling).

Anno 1996 is het aantal geregistreerde sportartsen 48. Gemiddeld over de periode 1988-1996 zijn er per jaar drie sportartsen geregistreerd. De groep bestaat uit veertig mannen en acht vrouwen. De gemiddelde leeftijd en leeftijdsopbouw van de sportartsen wordt weergegeven in tabel 3.1. De leeftijdsgroepen van 35 tot 39 en van 45 tot 49 jaar zijn op dit moment het sterkst vertegenwoordigd. De sportartsen die momenteel in opleiding zijn, zijn gemiddeld 32 jaar.

Tabel 3.1 Leeflijdsopbouw van de sportartsen in Nederland (situatie eind 1996; n=48)

Gemiddeld 44,0 jaar		
SD: 8,6 jaar	leeftijd	aantal
Spreiding 31-68 jaar	jonger dan 35	4
	35-39	16
	40-45	5
	45-50	13
	50-54	4
	55-59	3
	60-64	2
	65 jaar en ouder	1

Bron: Meegdes, 1996

3.3 Werkkringen

Een overzicht van de diverse werkkringen waarbinnen de sportartsen werkzaam zijn, wordt gegeven in tabel 3.2. In deze tabel wordt de situatie geschetst van eind 1996. De tabel is gebaseerd op de gegevens die door het NIOS zijn verzameld in verband met het opstellen van een 'smoelenboek', een overzicht van alle sportartsen in Nederland. Onbekend is om hoeveel functie-eenheden het bij de betreffende werkkringen gaat.

Inventarisatie van de betreffende werkkringen heeft plaats gevonden tot en met de derde werkring. Achtentwintig personen hadden volgens dit "smoelenboek" een tweede en elf een derde werkring. In de kolom "totaal" wordt het totaal aantal sportartsen weergegeven dat in de desbetreffende werkkringen werkzaam is. Hieruit blijkt dat bij de SMA's in totaal 25 sportartsen 35 werkplekken

vervullen. Een aantal sportartsen werkt dus op meerdere SMA's. Bij de overige werkkringen doet deze 'overlap' zich niet voor.

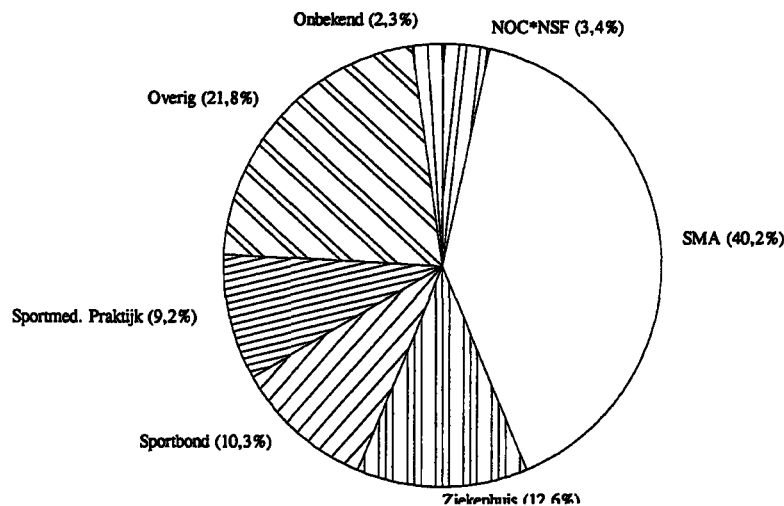
Tabel 3.2 1e, 2e en 3e werkkringen van de sportartsen

Werkkringen	Werkring 1	Werkring 2	Werkring 3	Totaal
NOC*NSF	3	-	-	3
Koninklijke Landmacht *	2	-	-	2
SMA	14	15	6	25
Ziekenhuis	7	2	2	11
Sportbond	7	2	-	9
Sportvereniging *	-	-	2	2
Opleiding *	-	1	1	2
Huisarts *	1	1	-	2
NIOS *	1	1	-	2
VWS *	1	-	-	1
NeCeDo *	1	-	-	1
Sportmedische praktijk	6	2	-	8
Arbo-dienst *	1	1	-	2
Buitenland *	1	-	-	1
NSG *	1	-	-	1
Bedrijfsarts *	-	1	-	1
Akzo pharma/Organon *	-	1	-	1
Onderzoeker *	-	1	-	1
Onbekend	2	-	-	2
	48	28	11	87

bron: "Smoelenboek" NIOS, 1996

Figuur 3.2 schetst een overzicht van de verdeling van de mogelijke werkkringen. De met een * aangemerkte werkkringen in tabel 3.2 zijn samengevoegd onder de noemer "overig" omdat het hierbij steeds om één of twee sportartsen gaat.

Figuur 3.2 Werkkringen van sportartsen in Nederland



bron: "Smoelenboek" NIOS 1996

Figuur 3.2 en tabel 3.2 laten zien dat er een grote diversiteit aan mogelijke werkkringen bestaat. Iets meer dan de helft van de sportartsen heeft echter een full-time of part-time functie bij een SMA. Vijf van de vijfentwintig werken alleen voor een SMA. De overige 20 zijn behalve voor een SMA nog binnen één of meerdere andere werkkringen werkzaam.

Het ziekenhuis als werkkring is helder in kaart te brengen. Tabel 3.3 geeft een overzicht van de ziekenhuizen in Nederland waar "iets" aan sportgeneeskunde wordt gedaan. De aard van de activiteiten verschilt sterk per ziekenhuis. Deze diversiteit komt onder meer tot uiting in de formatie aan sportartsen die in de ziekenhuizen werkzaam is. In 22 ziekenhuizen wordt aandacht besteed aan sportgeneeskundige activiteiten. In 9 ziekenhuizen zijn sportartsen werkzaam variërend van 0,1 fte tot 1,2 fte. In totaal betreft het 5,2 fte.

Van de 117 ziekenhuizen in Nederland (109 algemene en 8 academische ziekenhuizen) geven er dus 22 aan een sportgeneeskundig spreekuur te hebben, waarvan 16 in de algemene en 6 in de academische ziekenhuizen. In het merendeel van die gevallen is daar momenteel nog geen sportarts bij betrokken.

Tabel 3.3 Ziekenhuizen met een sportgeneeskundig spreekuur en de aanwezigheid van een sportarts (situatie eind 1996)

Ziekenhuis	Locatie	Fte Sportarts
Academisch Ziekenhuis Groningen	Groningen	0
De Tjongerschans	Heerenveen	0
Ned. Herv. Diakonesseninrichting	Meppel	0
Medisch Spectrum Twente	Enschede	0
Sophia Ziekenhuis	Zwolle	1
Ziekenhuis de Weezenlanden	Zwolle	0
Ziekenhuis Canisius-Wilhelmina	Nijmegen	0,8
Academisch Ziekenhuis Utrecht	Utrecht	1,2
Ziekenhuis Eemland	Amersfoort	0,2
Acad. Zhs. bij de Univ. van Amsterdam	Amsterdam	0
Lucas Andreas	Amsterdam	0
Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	0,1
Ziekenhuis Hilversum	Hilversum	0
Academisch Ziekenhuis Leiden	Leiden	0
Acad. Zhs. Dijkzigt/Sophia Kinderzhs.	Rotterdam	0
Reinier de Graaf Gasthuis	Delft	0,3
St. Anthoniushove	Leidschendam	0,5
St. Ignatius Ziekenhuis	Breda	0
St. Anna Ziekenhuis	Geldrop	0
St. Joseph Ziekenhuis	Veldhoven	1
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Maastricht	0,1
St. Laurentius Ziekenhuis	Roermond	0
Totaal		5,20

bronnen: Backx & Ooijendijk, 1996; Meegdes, 1997.

3.4 De huidige spreiding van het aantal sportartsen over Nederland

Om enig inzicht te krijgen in de landelijke spreiding van de geregistreerde sportartsen, is aan de hand van de woonplaats van de sportarts de spreiding per provincie en regio in beeld gebracht. Hierbij is van de veronderstelling uitgegaan dat de sportartsen doorgaans in de buurt van hun woonplaats werkzaam zijn.

In tabel 3.4 wordt het aantal sportartsen per provincie in beeld gebracht met daarnaast een zeer grove indeling van Nederland in noord, oost, west en zuid. In de tabel wordt naast het aantal geregistreerde sportartsen, de bevolkingsomvang en het aantal inwoners per sportarts (absoluut en geïndexeerd) gezet. Op basis van deze ruwe schets kan worden geconcludeerd dat in een aantal provincies de sportarts lastig bereikbaar zal zijn, danwel door de afstand in kilometers, danwel omdat de sportarts zeer beperkt aanwezig is. In de noordelijke en zuidelijke provincies is de 'sportartsendichtheid' lager dan in de rest van Nederland.

Tabel 3.4 Verdeling van de sportartsen over Nederland

Woonplaats	Aantal gereg. sportartsen	Bevolkingsomvang (CBS, 1996)	Aantal inwoners op 1 sportarts	Index
Groningen	2	556.600	278.300	117
Friesland	1	607.000	607.000	54
Drenthe	1	451.400	451.400	72
Noord-Nederland	4	1.615.000	403.750	81
Overijssel	1	1.044.600	1.044.600	31
Flevoland	-	253.700	0	
Gelderland	9	1.851.400	205.711	159
Oost-Nederland	10	3.149.700	314.970	104
Utrecht	9	1.056.000	117.333	278
Noord-Holland	9	2.457.300	273.033	120
Zuid-Holland	7	3.313.200	473.314	69
Zeeland	-	363.900	0	
West-Nederland	25	7.190.400	287.616	114
Noord-Brabant	6	2.259.800	376.633	87
Limburg	2	1.125.200	562.600	58
Zuid-Nederland	8	3.385.000	423.125	77
Buitenland	1			
Totaal	48	15.340.100	326.385	100

bron: J.G. Meegdes: Zorg Consult Nederland, 1997.

Voor mensen die een sportarts zouden willen bezoeken in een ziekenhuis is de huidige situatie nog minder gunstig gezien het nog geringe aantal ziekenhuizen dat een sportarts in dienst heeft.

De meeste sportartsen (25) werken momenteel bij één of meerdere SMA's. De regionale spreiding van de sportartsen bij het SMA is momenteel dus nog het meest gunstig. In totaal zijn er in Nederland 46 SMA's in ongeveer de helft daarvan werkt/werken één of meerdere sportartsen (doorgaans op part-time basis). In het kader van het kwaliteitsbeleid en een erkenningensysteem wordt een onderscheid gemaakt tussen één-, twee- en drie-sterren SMA's. 18 SMA's hebben een drie-sterren erkenning, 10 SMA's hebben een twee-sterren erkenning. Voor twee- en drie-sterren SMA's geldt dat er tenminste een sportarts aanwezig is en wordt voldaan aan vastgestelde materiaal- en inrichtingseisen.

3.5 Samenvatting en conclusies

Het specialisme sportgeneeskunde is een specialisme in ontwikkeling. Door de overgangsregeling maakt weliswaar een aantal sportartsen met de nodige ervaring deel uit van het bestand aan sportartsen. De sportartsen die nieuw gaan instromen zijn doorgaans circa 30 jaar. De komende jaren is een instroom van circa zes sportartsen per jaar te verwachten.

De meest voorkomende werkring waarbinnen sportartsen werken is het SMA. Daarnaast werken de sportartsen binnen een grote verscheidenheid aan werkringen. Naast het SMA zijn het ziekenhuis, een sportbond en een zelfstandige praktijk de meest voorkomende wijze van praktijkvoering. Behalve voor de ziekenhuizen is het aantal functie-eenheden binnen de beschreven werkringen op dit moment niet duidelijk te schetsen.

De spreiding van het aantal sportartsen laat zien dat er nog tal van witte vlekken zijn. Het aantal inwoners per sportarts is momenteel ruim 300.000. Uit de gepresenteerde globale gegevens over de spreiding in Nederland is reeds af te leiden dat de bereikbaarheid van sportartsen voor veel mensen bijna per definitie nog een probleem is. Bij een groei van het aantal sportartsen zal ook de spreiding en de bereikbaarheid voor de modale sporter kunnen worden verbeterd. In het verdere beloop van deze rapportage zal daar nader op worden ingegaan.

4. VISIE VAN (TOP)SPORTERS, KADERLEDEN EN SPORTBONDEN

4.1 Inleiding

Teneinde een indruk te krijgen van de toekomstige behoefte aan sportartsen, werden telefonische interviews gehouden met sporters, kaderleden en vertegenwoordigers van sportbonden.

In het onderstaande schema wordt in beeld gebracht met welke groepen personen en instanties interviews zijn gehouden, ook het aantal gehouden interviews is weergegeven. In deze paragraaf zal op de resultaten van deze interviews worden ingegaan.

Schema 4.1 Personen en instanties waarmee telefonische interviews zijn gehouden

Sporters (n=172)	Bezoek sportarts op voorhand onbekend	Recreatie- en wedstrijdssporters (n=60)
		Topsporters (n=22)
	Bezoek sportarts op voorhand bekend	Bezoekers sportarts SMA (n=40)
		Bezoekers sportarts ziekenhuis (n=50)
Kader/bonden (n=33)		Kaderleden (n=25)
		Sportbonden (n=8) Met/zonder bondsmedische begeleiding

4.2 (Top)sporters

Achtergrondkenmerken

Tabel 4.1 laat enkele achtergrondgegevens zien van alle geïnterviewde sporters.

Tabel 4.1 Achtergrondkenmerken van de geïnterviewde sporters (n=172)

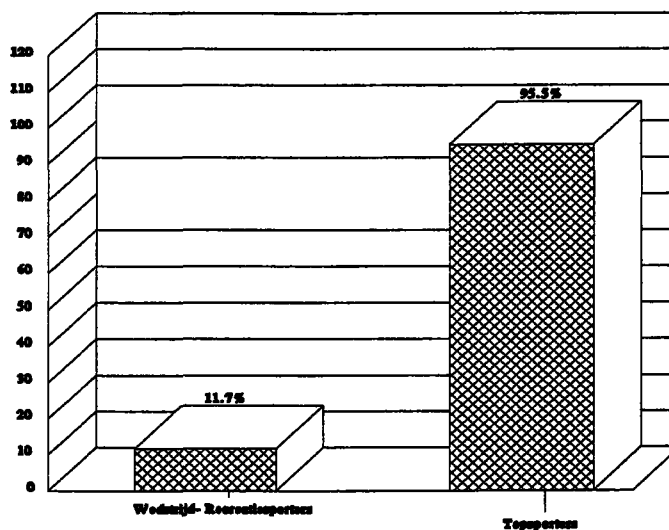
Kenmerken	Recreatie- en wedstrijd sporters	Topsporters	Bezoekers SMA	Bezoekers sport arts in ziekenhuis
gemiddelde leeftijd	34 jaar	21 jaar	36 jaar	34 jaar
vrouw	17	13	13	15
man	43	9	27	35
sport(en)	basketbal, hardlopen, hockey, triathlon, voetbal, volleybal	hockey, ritmische gymnastiek, tennis, trampoline, turnen, volleybal	hardlopen, tennis + een groot aantal andere sporten	hardlopen, fietsen, atletiek + een groot aantal andere sporten
sportniveau top	-	22	1	8
wedstrijd	48	-	16	15
recreatie	12	-	13	15
anders			2 (geven les) 9 (door blessure geen sport)	10 (door blessure geen sport)
gem. aantal keer sport/week	3,1	5,1	3,2	3,1
gem. aantal uren sport/week	5,2	18,4	5,2	5,7

Zoals blijkt zijn met name de geïnterviewde topsporters verschillend van de andere groepen, zowel wat betreft de gemiddelde leeftijd, geslacht als de intensiteit/omvang waarmee zij sport bedrijven. De andere drie groepen wijken feitelijk niet sterk van elkaar af.

De routing van het interview verschilde per groep. Aan de recreatie- en wedstrijd sporters en de topsporters (de groepen waarvan dus a priori niet bekend was of zij een bezoek aan de sportarts hadden gebracht) werd allereerst gevraagd of ze ooit een sportblessure hebben gehad. Bij de recreatie/wedstrijd sporters heeft 87% wel eens een sportblessure gehad en bij de topsporters is dit aantal 95%. Vervolgens werd gevraagd of zij ooit weleens een sportarts hebben bezocht. Figuur 4.1 laat een verdeling zien van het percentage recreatiesporters en topsporters dat wel eens bij een sportarts is geweest. Zeer duidelijk is in deze figuur te zien dat bij de recreatiesporters het bezoek aan een sportarts meer uitzondering dan regel is en dat voor de geïnterviewde topsporters geldt dat een bezoek

aan de sportarts juist eerder regel dan uitzondering is.

Figuur 4.1 Percentage wedstrijd-/recreatiesporters en topsporters dat een sportarts heeft bezocht



Een zeer groot aantal sporters (91%) dat nooit een sportarts heeft bezocht, geeft aan dat ze ook nooit hebben overwogen om een sportarts te raadplegen. Oorzaken waren dat ze of niet van het bestaan afwisten (42%) of dat de klachten die ze hadden niet van dien aard werden geacht om iemand als een sportarts te raadplegen (56%). Van deze groep mensen is ook een zeer groot deel niet bekend met het fenomeen "sportarts" (68%). Daarnaast weet 72% ook niet waar ze een sportarts zouden kunnen bereiken.

De groep geïnterviewde sporters die ooit een sportarts heeft bezocht, bestaat in dit geval uit drie groepen. In de eerste plaats een groep bezoekers van de sportarts van wie op voorhand niet bekend was dat zij een sportarts hadden bezocht (3 recreatiesporters en 20 topsporters), een groep die een sportarts in een SMA heeft bezocht (40 sporters) en een groep die een sportarts in een ziekenhuis heeft bezocht (50 sporters).

Met deze drie groepen is ingegaan op het traject naar de sportarts, in concreto of zij direct of indirect (op verwijzing) bij de sportarts terecht waren gekomen. Ook wilden we weten welke motivatie er aan het raadplegen van een sportarts ten grondslag lag, wat naar hun mening de meerwaarde van de sportarts is en of zij in de toekomst weer een sportarts zouden bezoeken.

Tot slot werd aan alle geïnterviewden (dus ook de mensen die nog nooit een sportarts hadden bezocht) gevraagd of zij sportmedische begeleiding belangrijk vinden en wat de oorzaak zou kunnen zijn van

het feit dat veel sporters (of mensen die aan sport willen gaan doen) nog nooit een sportarts hebben bezocht of er pas in een heel laat stadium naar toe gaan.

Het traject naar de sportarts

De weg naar de sportarts werd door 39% op een directe wijze bewandeld. Het grootste deel van de groep (61%) kwam echter via de huisarts en de fysiotherapeut bij de sportarts terecht.

Alle topsporters geven tijdens het interview aan direct de sportarts te hebben geconsulteerd, dus zonder tussenkomst en/of verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of fysiotherapeut. De bezoekers van SMA en de sportarts in het ziekenhuis geven voor 20-25 procent zonder behandeling/verwijzing door anderen naar de sportarts te zijn gegaan.

Motivatie om een sportarts in te schakelen

De redenen om een sportarts in te schakelen ligt bij de meeste sporters bij zichzelf. In 39% van de gevallen lag dan ook het eigen initiatief ten grondslag aan het bezoek aan de sportarts. Verwijzing door huisarts en/of fysiotherapeut werd in respectievelijk 20% en 11% van de gevallen aangevoerd als motivatie om naar de sportarts te gaan. Bij de topsporters echter ligt de zaak iet anders. Bij hen is het de normale gang van zaken om bij een blessure een sportarts te raadplegen.

De meerwaarde van de sportarts

De meerwaarde die sporters toekennen aan een sportarts is groot. In 79% van de gevallen wordt de sportarts gezien als de specialist op het gebied van sportblessures. Hij/zij leeft zich in in de sporter en heeft begrip voor de sporter. Daarnaast wordt alles in het werk gesteld om zo snel mogelijk op een actieve wijze zo snel mogelijk weer de sport te beoefenen. Dit in tegenstelling tot wat veel sporters ervaren bij hun huisarts, die meestal rust voorschrijft.

Toekomstperspectief

Een derde deel van de sporters geeft aan in de toekomst bij het optreden van blessures weer gebruik te zullen maken van een sportarts. In 23% van de gevallen is het afhankelijk van de blessure. Een kleiner deel (16%) laat een eventueel toekomstig bezoek aan de sportarts afhangen van de opinie van de huisarts over de blessure en 15% geeft te kennen bij een blessure primair naar de fysiotherapeut te gaan.

Belang sportmedische begeleiding

Aan de bezoekers aan de sportarts is de vraag voorgelegd of zij sportmedische begeleiding (onder meer bestaand uit: preventief sportmedisch onderzoek, trainingsbegeleiding en zonodig blessurebehandeling) belangrijk vinden. Ruim 90% van de sporters onderschrijft het belang van sportmedische begeleiding.

Belemmeringen voor het bezoek aan de sportarts

De voornaamste oorzaken voor het feit dat veel mensen nog nooit gebruik hebben gemaakt van een sportarts of er pas in een heel laat stadium naar toe gaan, is de onbekendheid met het fenomeen "sportarts" (66%). Een andere belangrijke factor die hierbij meespeelt is het feit dat huisartsen vaak niet op de hoogte lijken te zijn van het werk van de sportarts en in eerste instantie óf zelf aan de slag gaan met de blessure óf doorsturen naar de fysiotherapeut. Het verwijsbeleid van de huisarts speelt dus een grote rol (38%). Daarnaast denken sommige mensen (10%) dat de blessure vanzelf wel weer over gaat en zullen om die reden geen sportarts raadplegen. Het idee dat een sportarts alleen voor topsporters bestaat is in 10% van de gevallen aangegeven als belemmerende factor voor een bezoek aan de sportarts.

Conclusies

Onder de sporters op welke niveau dan ook bestaat de behoefte aan sportmedische begeleiding. Negen op de tien sporters vindt sportmedische begeleiding belangrijk. De mensen die ooit een sportarts hebben bezocht kennen voor het merendeel een duidelijke meerwaarde toe aan een sportarts. De "onbekendheid" van het fenomeen sportarts is de belangrijkste oorzaak van het feit dat nog weinig mensen ooit een sportarts hebben geraadpleegd voor hun sportmedische problemen of dat mensen pas in een zeer laat stadium bij de sportarts terecht komen. Deze onbekendheid speelt niet alleen bij de sporter een grote rol, maar komt ook duidelijk naar voren bij het verwijsbeleid van de huisarts. Het idee dat de sportarts met name bedoeld is voor topsporters komt maar bij circa 10% van de sporters naar voren. Wel is het overigens zo dat het voor topsporters veel gebruikelijker lijkt te zijn een sportarts te bezoeken en is de bekendheid van topsporters met de sportarts veel groter dan bij de modale sporter.

Samenvattend kan dus worden gesteld dat de behoefte aan sportartsen als specialist op het gebied van sport en blessures zeker bestaat maar dat juist voor de breedtesporter voorlichting over taak en werkwijze van de sportarts essentieel lijkt.

4.3 Kaderleden (trainers/begeleiders)

Achtergrondkenmerken

In tabel 4.2 worden enkele achtergrondkenmerken van de geïnterviewde kaderleden getoond.

In totaal werden 25 kaderleden geïnterviewd. Het betrof de volgende sporten: tennis (13), volleybal (6) en voetbal (6).

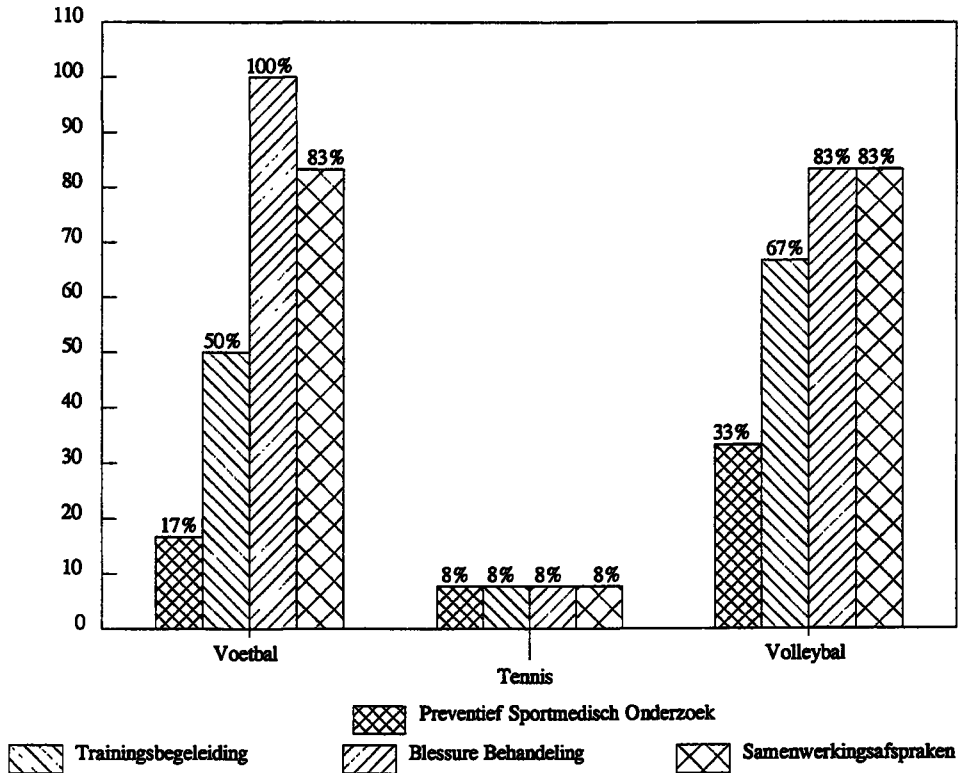
Tabel 4.2 Enkele achtergrondkenmerken van de geïnterviewde kaderleden

Kenmerken (N=25)	Tennis (n=13)	Volleybal (n=6)	Voetbal (n=6)
Leeftijd			
gemiddeld: 43 jaar (std: 5,9) spreiding: 30 - 54 jaar	gemiddeld: 42 jaar spreiding: 30 - 54 jaar	gemiddeld: 47 jaar spreiding: 43 - 52 jaar	gemiddeld: 41 jaar spreiding: 37 - 43 jaar
Geslacht			
7 vrouwen 18 mannen	6 vrouwen 7 mannen	1 vrouw 5 mannen	6 mannen
Functies	12 trainers 1 voormalig bondscoach	6 trainers-coach	6 trainer-coach
Niveau	3 recreatief 7 recreatief - wedstrijd 1 recreatief - wedstrijd - topsport 1 wedstrijd - topsport 1 topsport	2 wedstrijd 1 recreatief - wedstrijd - topsport 2 wedstrijd - topsport 1 topsport	6 wedstrijd

Medische begeleiding

Figuur 4.2 illustreert wat er op het gebied van sportmedische begeleiding wordt gedaan bij de geïnterviewde sportverenigingen en of er samenwerkingsafspraken met (para)medici zijn gemaakt. Uit deze figuur komt naar voren dat er van sportmedische begeleiding bij tennisverenigingen nauwelijks sprake is. Door de betreffende verenigingen wordt aangegeven dat er, a) heel weinig blessures optreden bij deze sport omdat het geen kontaktsport is, b) het een individuele sport is en het om die reden moeilijk is om sportmedische begeleiding te organiseren, c) financiële middelen ontbreken.

Figuur 4.2 Sportmedische begeleiding volgens de geïnterviewde kaderleden



Uit deze figuur komt duidelijk naar voren dat de prioriteit aangaande sportmedische begeleiding voornamelijk aan blessurebehandeling wordt gegeven, daarna komen trainingsbegeleiding en preventief sportmedisch onderzoek aan bod. De samenwerkingsafspraken betreffen over het algemeen afspraken met sportmassieurs en fysiotherapeuten en bij uitzondering (20%) een sportarts of SMA. De genoemde afspraken komen inhoudelijk neer op een snellere behandeling door de betreffende (para)medici.

Rol en meerwaarde sportarts

Alle geïnterviewde kaderleden zien een nuttige rol weggelegd voor de sportarts. Bij tennis iets minder dan bij voetbal en volleybal waaraan de eerder genoemde argumenten ten grondslag liggen. De rol van intermediair, een persoon waarop je kunt terugvallen bij moeilijke blessures en waaraan je adviezen (preventie) kunt vragen, wordt toebedeeld aan de sportarts inzake zijn rol bij de sportmedische begeleiding van een vereniging. Naast een nuttige rol kent 84% een absolute meerwaarde toe aan de sportarts. Hij/zij wordt gezien als de specialist op het gebied van sportblessures.

De behoefte aan sportmedische begeleiding

Bij 68% van de geïnterviewde kaderleden van de verschillende sportverenigingen bestaat behoefte aan verbetering op het sportmedisch gebied. Zij hebben behoefte aan een aanspreekpunt, een persoon bij wie ze terecht kunnen voor moeilijke gevallen en bij wie ze om adviezen kunnen vragen op sportmedisch gebied. Tevens voor het uitvoeren van keuringen en andere preventieve facetten zien zij wel iets in een regionaal opgezet samenwerkingsverband met een sportarts.

Conclusies

Sportmedische begeleiding komt niet in dezelfde mate bij de geïnterviewde kaderleden voor. De begeleiding blijkt sterk afhankelijk te zijn van het niveau van de vereniging en het soort sport dat beoefend wordt. Aan blessurebehandeling als één van de onderdelen van sportmedische begeleiding wordt het meeste aandacht besteed. Preventieve maatregelen in de zin van preventief sportmedisch onderzoek of trainingsbegeleiding komen veel minder frequent aan bod.

De rol van de sportarts wordt als zeer nuttig gezien en de geïnterviewde kaderleden kennen een absolute meerwaarde toe aan de sportarts. Er bestaat behoefte aan een sportarts in de rol van intermediair, een persoon bij wie je kunt aankloppen voor moeilijke blessures en wie je in preventief opzicht om adviezen kunt vragen.

4.4 Sportbonden

Subsidie

Subsidieverlening op sportmedisch gebied, waaronder onder andere ook het aantrekken van een eventuele sportarts valt, ligt vast in de Subsidieregeling Welzijnsbeleid. Deze Subsidieregeling Welzijnsbeleid stelt ten aanzien van instellingssubsidie kosten sportmedisch beleid (artikel 41) dat een instellingssubsidie aan een landelijke sportorganisatie of een bijzondere landelijke sportorganisatie voor sportmedisch beleid slechts wordt verleend, indien:

- a) medische handelingen, medische onderzoeken en individuele sportmedische adviseringen geschieden door een sportarts of een sportarts in opleiding;
- b) medische handelingen en medische onderzoeken geschieden met gebruikmaking van medische uitrusting van gangbare kwaliteit in een daartoe adequaat ingerichte ruimte.

Artikel 41 stelt dat op het verrichten van medische handelingen de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; Stb. 1993, 655) van toepassing is. Uit het oogpunt van kwaliteit is ten behoeve van het sportmedisch beleid een aantal aanvullende voorwaarden gesteld. Zo dienen medische handelingen, medische onderzoeken en individuele sportmedische adviseringen te worden verricht door een bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), in casu bij de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC), geregistreerde sportarts of sportarts in opleiding.

Medische handelingen en medische onderzoeken dienen verricht te worden in een adequaat ingerichte ruimte. Bij het bepalen of een ruimte voldoende adequaat is, zullen de erkenningseisen van de Federatie van Sport Medische Adviescentra als leidraad dienen.

Resultaten telefonische enquêtes sportbonden

In totaal werd bij acht verschillende sportbonden met behulp van een telefonische enquête onder andere geïnventariseerd of er een sportarts betrokken is binnen het sportmedisch begeleidingsteam van de betreffende sportbond, het takenpakket van de sportarts, welke behoeften er op sportmedische ondersteuning zijn en wat er in Nederland op het sportmedische gebied veranderd zou moeten worden. De geïnterviewde sportbonden zijn: Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie, Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Bond, Nederlandse Handbal Verbond, Judo Bond Nederland, Nederlandse Tafel Tennis Bond, Koninklijke Nederlandse Lawn Tennis Bond, Nederlandse Triatlon Bond, Koninklijke Nederlandse Zwem Bond.

Sportarts betrokken bij bond

Bij zes van de acht sportbonden is op dit moment een sportarts in dienst. Een dienstverband dat varieert van 0,5 fte tot 1 fte. Daarnaast worden er bij enkele bonden ook sportartsen ingehuurd bij speciale evenementen. Naast de geregistreerde sportartsen worden er in sommige gevallen ook dienstverbanden aangegaan met sportartsen in opleiding. Bij de twee bonden die op dit moment geen sportarts in dienst hebben, is dit in het verleden wel zo geweest. De ene bond heeft bewust gekozen voor het inhuren van sportartsen bij derden omdat zij vinden dat de sporter zelf zijn sportarts moet kunnen kiezen in verband met de vertrouwensrelatie. De andere bond is op dit moment bezig met een sollicitatieprocedure met als doel het aanstellen van een sportarts.

Taken van de sportarts binnen de bond

In alle (meerjaren) beleidsplannen van de betreffende sportbonden is een paragraaf/onderdeel over de sportmedische afdeling opgenomen. De omschrijving van de taken van de sportarts binnen de diverse bonden komt nauw overeen. Het betreft samenvattend de volgende taken:

- Het samenstellen van het meerjaren beleidsplan en de daaruit voortvloeiende jaarplannen en deze ter goedkeuring voorleggen aan de medische commissie.
- Coördinatie van ploegbegeleiding, het aanstellen van medische en paramedische begeleiders en informatieverstrekking aan deze begeleiders.
- Het coördineren en organiseren van alle zaken doping betreffende, in overleg met het lid van de medische commissie belast met dopingzaken, exclusief externe contacten bij positieve dopinggevallen, welke zijn voorbehouden aan de voorzitter van de bond en de voorzitter van de Medische Commissie. De taak van de sportarts ligt met name op het terrein van voorlichting, inventarisatie medicijngebruik, en administratieve verwerking.
- Organisatie blessurebegeleiding, keuringen, metingen en de daaruit voortvloeiende administratieve archivering.
- Voorlichting aan selecties m.b.t. medische en paramedische zaken (voeding, doping).
- Verantwoordelijkheid voor medische begeleiding van kampioenschappen en evenementen door de bond georganiseerd in Nederland.
- Overleg met bondscoördinatoren, -trainers en -coaches over de individuele medische begeleiding.
- Het inbrengen van kennis ten behoeve van de door de bond te geven opleidingen voor technisch kader.
- Het uitdragen van het bonds-beleid ten aanzien van de medische begeleiders.

Alle geïnterviewde bonden pretenderen naast de aandacht voor de topsport ook aandacht te besteden aan de breedtesport. Hierbij komt het in de praktijk over het algemeen neer op de preventieve aspecten van de sportbeoefening in de vorm van voorlichting.

Meerwaarde van de sportarts binnen de bond

Alle sportbonden kennen een meerwaarde toe aan het in dienst hebben of het gebruik kunnen maken van een sportarts, een specialist op het gebied van sport-specifieke blessures bij wie je terecht kunt op het moment dat het nodig is.

Behoeftesportmedische ondersteuning van de bond

Over het algemeen zijn de meeste bonden tevreden met de huidige situatie. Het in dienst hebben of gebruik kunnen maken van een sportarts wordt echter gezien als een absolute "must". Meer geld om het takenpakket beter uit te kunnen voeren wordt wenselijk geacht.

Verbetering met betrekking tot de sportmedische structuur

Hoewel het merendeel zich kan vinden in de huidige situatie, bestaat er bij enkele bonden behoefte aan verbetering op de volgende punten:

- Continuïteit van de ondersteuning en organisatie van regionale steunpunten.
- Meer aandacht preventie en dopingbeleid.
- Betere erkenning van het beroep sportarts bijvoorbeeld als medisch specialist. Dit in verband met de verzekeringstechnische (financiële) problemen.
- Afhankelijkheid van één sportarts maakt de invulling kwetsbaar en afhankelijk van de kwaliteit en inzet van die ene sportarts.

Conclusies

Het merendeel van de betreffende sportbonden heeft een sportarts in dienst en kent ook een absolute meerwaarde toe aan de specialist. Het betreft een invulling variërend van 0,5 tot 1 fte. Er blijft behoefte bestaan aan een uitbreiding van het aantal functie-eenheden. Op dit moment zijn de bonden enigszins tevreden met de invulling van de sportmedische ondersteuning gezien de financiële middelen. Echter door uitbreiding van het aantal functie-eenheden zal het takenpakket beter kunnen worden uitgevoerd.

5. TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

5.1 Inleiding

In de integrale en interdepartementale sportnota 'Wat sport beweegt' wordt in een aparte paragraaf aandacht besteed aan sportmedische zorg (VWS, 1996). In de nota wordt een aantal ontwikkelingen gesignaleerd. Onder meer betreft dit:

- * de deelname van sportmedische voorzieningen (vaak SMA's) aan het netwerk van olympische steunpunten;
- * initiatieven van ziekenhuizen tot het vormen van sportmedische (poliklinische) afdelingen;
- * betrokkenheid van fysiotherapeuten bij de preventieve gezondheidsbevorderende oefentherapie in groepsverband;
- * initiatieven om voor mensen met een chronische ziekte of een handicap bijgeschoolde sportleraren en leraren lichamelijke opvoeding in te schakelen.

In de nota wordt geconcludeerd dat de genoemde ontwikkelingen bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de sportgezondheidszorg, maar dat er nog geen sprake is van een ideale situatie. De sportgeneeskundige kennis is nog steeds onvoldoende beschikbaar voor de modale sporter. Het wordt belangrijk gevonden dat op sportgeneeskundige kennis gebaseerde multidisciplinaire behandelprotocollen en kosten-effectieve behandelmethoden beschikbaar komen en worden gehanteerd. Er wordt gestreefd naar een adequate structurering en financiering van de sportmedische zorg mede naar aanleiding van het rapport 'De meerwaarde van de sportarts in de intramurale setting' (Backx & Ooijendijk, 1996) en het onderhavige onderzoek.

Tot slot van de paragraaf wordt melding gemaakt van de ondersteuning van het NIOS en de VSG, alsmede van de wens zorgverzekeraars bij de genoemde ontwikkelingen te betrekken.

Concluderend kan worden gesteld dat in de sportnota expliciet wordt uitgesproken dat de landelijke overheid van mening is dat de kwaliteit van de sportgeneeskunde dient te worden versterkt en dat bovendien de sportgeneeskunde een breed bereik dient te hebben. Harde uitspraken over wenselijke structuur en financiering ontbreken evenwel. Het is wellicht mede op basis van dit inventariserende en opinierende onderzoek dat definitieve beleidslijnen zullen worden uitgezet.

Aan de hand van de literatuur en expert interviews zal op een aantal ontwikkelingen worden ingegaan die voor de toekomst van de sportgeneeskunde van essentieel belang kunnen zijn. Het gaat daarbij met name om de volgende vragen en onderwerpen:

- * internationale vergelijking van de situatie van sportartsen
- * sportarts in eerste of tweede lijn?
- * sportarts medisch specialist of sociaal geneeskundige?
- * sportarts in 2e of 3e compartiment?
- * de kwaliteit van de sportgeneeskunde;
- * het aanbod aan sportgeneeskundige voorzieningen.

5.2 Internationale vergelijking van het aantal sportartsen in de EG

Het aantal sportartsen dat in de overige landen van de EG werkzaam is levert weinig houvast op voor de planning van het aantal noodzakelijke sportartsen in Nederland. In tabel 5.1 wordt het aantal sportartsen in enkele landen van de EG weergegeven. Duidelijk is dat het aantal sportartsen in de landen van de EG sterk verschilt (Aghina, 1994). Hoewel dit in de rapportage van Aghina niet expliciet aan de orde komt, mag worden verondersteld dat in de diverse landen van de EG onder een sportarts niet per definitie een sportarts-specialist wordt verstaan, maar in een aantal landen een algemeen arts (huisarts) met een cursus op het terrein van de sportgeneeskunde (waarschijnlijk vergelijkbaar met de cursus die artsen in Nederland kunnen volgen voor opname in de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)).

Tabel 5.1 Overzicht van aantallen sportartsen in de verschillende Europese landen.

Land	full-time	part-time
Duitsland		11.000
Italië	250	3.000
Spanje	500	500
Zweden	10	590
Finland	28	
Ierland	2	8
Griekenland		20
Portugal	6	45
Nederland	35	120

bron: Aghina, 1994

Uit de inventarisatie in de landen van de EG met betrekking tot de stand van zaken rond de sportgeneeskunde komt tevens naar voren dat in vijf landen van de EG sportgeneeskunde een erkend

specialisme is, te weten: Italië, Nederland, Spanje, Finland en Portugal. In de overige 9 landen die hebben gereageerd is er een postdoctorale opleiding sportgeneeskunde. In de bovenstaande tabel komt duidelijk naar voren dat onder sportartsen artsen van een verschillend pluimage kunnen worden verstaan.

5.3 Sportarts in eerste of tweede lijn

In het kader van het onderzoek naar de meerwaarde van de sportarts in de intramurale setting is een groot aantal interviews gehouden met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, specialisten en sportartsen over de voor- en nadelen van het functioneren van de sportarts in de tweede lijn. In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van deze voor- en nadelen.

Tabel 5.2 De ervaren voordelen en nadelen van het aanstellen van een sportarts binnen een ziekenhuis vanuit de optiek van directies/staffleden/initiatoren enerzijds en de sportartsen anderzijds.

directies/staffleden/initiatoren	sportartsen
voordelen	voordelen
<ul style="list-style-type: none"> - professionalisering van de zorg aan sporters; - het kunnen besteden van voldoende tijd aan de sportblessures; - het kunnen beschikken over specifieke deskundigheid op het terrein van de sport; - bestrijden lichamelijke inactiviteit van het eigen ziekenhuispersoneel; - mogelijkheden tot ontplooiing van (extra) commerciële activiteiten. 	<ul style="list-style-type: none"> - beschikken over optimale diagnostische mogelijkheden; - korte directe lijnen naar andere specialismen voor collegiale consultatie; - verbetering van kwaliteit; - ontwikkeling kennis; - goede bereikbaarheid; - continue bereikbaarheid; - continuïteit van zorg; - duidelijkheid voor cliënten.
nadelen	nadelen
<ul style="list-style-type: none"> - onduidelijkheid over financiën; - sportarts staat in specialistenregister van sociaalgeneeskundigen (SGRC) en niet van de curatieve specialisten (SRC); - onbekendheid met de sportgeneeskunde; - onvoldoende onderkenning van het nut van bewegen/sport; - bang voor bedreiging eigen domein/vakgebied. 	<ul style="list-style-type: none"> - bestaande onduidelijkheid over de positie van de sportarts.

bron: Backx & Ooijendijk, 1996

Zoals blijkt worden aan het functioneren in het ziekenhuis overwegend voordelen toegekend. De nadelen zijn niet zozeer nadelen ten gevolge van een functioneren in de tweede lijn alswel nadelen die worden ervaren ten gevolge van de huidige onduidelijkheid over de positie van de sportarts. Ook sportartsen werkzaam bij SMA's lijken de voordelen van het werken binnen een intramurale setting in

belangrijke mate te onderschrijven. Mogelijke andere nadelen zoals een hogere drempel voor de sporters om de sportarts te bezoeken komen ook in de overige resultaten van dit onderzoek nauwelijks naar voren. De sportarts onderscheidt zich echter van veel andere specialisten in het ziekenhuis door de expliciete taken die hij/zij heeft op het terrein van de preventie. Het past (nog) niet binnen het karakter van het ziekenhuis om systematisch en programmatisch aan preventie te werken.

Een mogelijke oplossing zou zijn om de preventie te concentreren binnen een extramurale setting (bijvoorbeeld een SMA of een sportinstelling). Dit lijkt echter een vrij gekunstelde oplossing. Duidelijker is het als de sportarts kan werken vanuit één organisatie.

Binnen de EG is geïnventariseerd op welke locaties sportartsen werkzaam zijn. In de tabel 5.3 worden de diverse werklocaties in beeld gebracht.

Tabel 5.3 Werklocaties van sportartsen in de diverse Europese landen

land	werklocatie	thuis/ general practice	ziekenhuis	sportlocatie	sportbond
Nederland		x	x	x	x
Zweden		x	x		
Noorwegen		x		x	
Frankrijk		x	x	x	x
Ierland		x		x	
Duitsland		x	x	x	x
Engeland		x	x	x	
Portugal		x	x	x	x
Griekenland				x	x
Belgie			x	x	x
Finland				x	
Italië				x	x
Spanje				x	x
Denemarken			x		

bron: Aghina, 1994

Duidelijk blijkt uit deze tabel dat de vier alternatieven: thuis/general practice (algemene praktijk), ziekenhuis, sportlocatie en sportbond allemaal frequent worden genoemd. Evenals in Nederland werken ook de sportartsen in andere landen vanuit verschillende settings. Er is niet één duidelijk dominant model. Toch lijkt het goed om in het beleid te komen tot een duidelijke keuze voor één hoofdvariant, op basis waarvan de dienstverlening naar andere organisaties (met name de sport) kan worden opgebouwd. Er lijkt momenteel een duidelijke voorkeur uit te gaan naar het ziekenhuis als een dergelijke centrale werkplek, te meer daar ook vanuit de ziekenhuiswereld men in toenemende mate

open staat voor duidelijke banden naar organisaties buiten de muren van het ziekenhuis. Begrippen als transmurale zorg en ziekenhuisgerelateerde zorg zijn daarvan uitingen.

5.4 Sportarts medisch specialist of sociaal geneeskundige?

In nauw verband met de vraag over de wenselijke werklocatie van de sportarts staat de discussie over de sportarts als medisch specialist of sociaal geneeskundige. Bij besluit 2-86 heeft het College voor Sociale Geneeskunde de sportgeneeskunde erkend als tak van de sociale geneeskunde. De sportartsen werden daarmee in de gelegenheid gesteld zich te laten registreren als sociaal geneeskundige in de tak sportgeneeskunde, hetgeen een erkenning vormde voor de sportarts.

Overwegingen die aan dat besluit ten grondslag lagen waren onder meer: de overwegend preventieve gerichtheid van het vakgebied; de overtuiging dat via preventie belangrijke gezondheidswinst was te behalen; het beleidsvoornemen om sportmedische preventieve afdelingen te realiseren bij basisgezondheidsdiensten (die tegenwoordig weer GGD worden genoemd). Naast deze inhoudelijke overwegingen lagen aan het voornemen een registratie in de sociale geneeskunde na te streven ook pragmatische overwegingen ten grondslag. Verwacht werd dat een registratie als medisch specialist (opname in het specialisten register) een zeer langdurige weg zou zijn vol met voetangels en klemmen.

In 1992 werd in een artikel in Medisch Contact de vraag gesteld of de sportarts niet primair een medisch specialist is (Meegdes, 1992). De auteur noemde een groot aantal overwegingen om te pleiten voor een positie van de sportarts als medisch specialist. Zo stelt hij vast dat het preventieve aspect van het vakgebied welliswaar van groot belang is, maar evenals bij andere specialisten in secundaire zin. Voorop staat de integrale (para)medische behandeling. De meerwaarde van de sportarts ligt bij een multidisciplinaire aanpak, tot uiting komend in samenwerking met andere specialisten, fysiotherapeuten, voedingsdeskundigen etc. Meegdes (1992) ziet de sportarts als generalist voor sportend Nederland, niet alleen voor topsporters maar voor een brede laag sporters. Het pleidooi voor een duidelijke positie van de sportarts wordt met name ingegeven door de ondergeschoven positie van de sport in de gezondheidszorg. Veel huisartsen en specialisten hebben geen of nauwelijks belangstelling voor de specifieke vragen waarmee sporters worden geconfronteerd. Meegdes pleit voor een betere kwaliteit, een tevreden klant en een effectiever gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen. Een en ander te bereiken door de sportarts te laten werken vanuit een intramuraal setting van waaruit de sportarts zijn/haar specifieke deskundigheid kan inbrengen.

De vraag naar erkenning van de sportarts als sociaal geneeskundige of medisch specialist is momenteel weer uiterst actueel. De producten van de sportarts liggen, zoals uit het onderstaande productoverzicht

blijkt, zowel op curatief als op preventief terrein (tabel 5.4). Het accent van het werk ligt echter sterk, ook wat betreft de preventieve taken, op medisch uitvoerende activiteiten.

Tabel 5.4 Overzicht van producten in de sportgezondheidszorg

Productoverzicht sportgezondheidszorg
a consultaties
b eerste hulp bij sport ongevallen
c revalidatie
d gezondheidsbevorderend bewegingsprogramma
e sportmedisch onderzoek waarbij de geschiktheid voor bepaalde sporten centraal staat
f sportmedisch onderzoek waarbij de advisering centraal staat
g sportmedische begeleiding
h medische begeleiding grote sportevenementen
i gezondheidsvoorlichting GVO

bron: Goedhart & Backx 1996

Ook is het curriculum van de sportarts sterk gekleurd door curatieve assistentschappen. De specialisatie op medisch terrein is zeer breed en omvat meerdere stages zoals fysiologie, cardiologie, orthopedie en huisartsengeneeskunde. De meerwaarde van de sportarts ligt wat dit betreft niet zozeer in deze afzonderlijke vakspecialismen alswel in het specialisme op het grensvlak tussen geneeskunde en sport. Volgens andere specialisten is dat ook bij uitstek de meerwaarde van de sportarts (Backx & Ooijendijk, 1996).

In een redactioneel commentaar in Medisch Contact (Spreeuwenberg, 1996) wordt ingegaan op de vraag of de sportarts sociaal geneeskundige of medisch specialist is, dit naar aanleiding van een tweetal artikelen over de sportarts in de intramurale setting. Ook in dat artikel wordt een zekere ambivalentie gesignaleerd die in de sportgeneeskunde bestaat. Enerzijds is de sportgeneeskunde een vakgebied dat sterk wordt gekleurd door preventieve activiteiten, anderzijds kent het vakgebied veel curatieve activiteiten. Momenteel worden op Europees niveau stappen ondernomen om te komen tot een erkenning van de sportarts als medisch specialist. Via deze weg is op termijn ook in Nederland erkenning van de sportarts als medisch specialist te verwachten. Daarbij doet zich overigens de vraag voor of het huidige klimaat er rijp voor is om de sportgeneeskunde als een afzonderlijk specialisme te erkennen. Het beleid van het Centraal College is momenteel erop gericht om het aantal specialismen terug te brengen tot een aantal 'moeder-specialismen. Als mogelijke optie geldt dat - gezien de raakvlakken - de sportgeneeskunde aan zou kunnen sluiten bij de revalidatiegeneeskunde.

5.5 Sportgeneeskunde in 2e of 3e compartiment

In enkele interviews is gewezen op mogelijke consequenties van het onderscheiden van compartimenten in de zorg. Het tweede compartiment wordt gevormd door die zorgvormen die onder de in het Regeerakkoord afgesproken verplichte ziektekostenverzekering komen te vallen. Dit betreft de curatieve zorg.

Bij zorgvormen die onder het derde compartiment vallen, zal geen beheersing van de macro kosten vanuit de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) plaatsvinden (Ministerie van VWS, 1995). Zorgvormen die nu niet onder de Wtg vallen, zullen ook in de toekomst niet onder het Wtg-regime gebracht worden. Compartiment-3 voorzieningen zullen sterk marktgericht worden aangeboden. Vergoeding vindt plaats via eigen bijdragen en/of aanvullende verzekeringen.

Uiteraard zou de sportgeneeskunde het meest gebaat zijn bij opname in het tweede compartiment, opname dus in het verstrekkingenpakket van het ziekenfonds. Daarbij zal echter ongetwijfeld als voorwaarde worden geformuleerd dat opname van de sportgeneeskunde in de verstrekking budgettair neutraal zal dienen te kunnen worden gerealiseerd en dat de effectiviteit onomstreden is. Vooralsnog is de meerwaarde in termen van kosten-effectiviteit nog onvoldoende onderbouwd. Dat heeft waarschijnlijk tot gevolg dat vooralsnog opname in het derde compartiment waarschijnlijk is. Mensen die dat wensen kunnen door het afsluiten van een aanvullend pakket gebruik maken van de sportarts. Daarmee blijft het bereik van de sportarts echter beperkt tot die mensen die bereid zijn extra geld uit te trekken voor een dergelijke voorziening. Als voordeel staat daar tegenover dat het functioneren van de sportarts voor bijvoorbeeld de ziekenhuizen extra middelen genereert en het budget vergroot. Bij een voldoende draagvlak voor sportgeneeskunde bij de sporter zijn de 'kansen' voor de sportgeneeskunde vrij gunstig.

5.6 De kwaliteit van de sportgeneeskunde

Een punt dat een groeiende aandacht geniet is kwaliteitsbevordering en bewaking. Ook vanuit NOC*NSF is dit onderkend, hetgeen heeft uitgemond in het rapport 'Kwaliteitsbeleid in de sportgezondheidszorg; een inventariserend onderzoek' (Goedhart & Backx, 1996).

Kwaliteitsaspecten die in dat rapport worden onderscheiden zijn (Harteloh & Casparie 1991):

- 1 toegankelijkheid van zorg;
- 2 continuïteit van zorg;
- 3 coördinatie van zorg;
- 4 competentie van zorg;
- 5 relationele aspecten;
 - bejegening
 - autonomie
 - coöperatie
 - verantwoordelijkheidsbereidheid
- 6 veiligheid.

Het hanteren van deze kwaliteitsaspecten heeft onder meer als consequentie dat de sportarts die nu nog vrij sterk solistisch te werk gaat in toenemende mate met vakgenoten en andere specialisten dient samen te werken om te kunnen voldoen aan met name de eerste drie genoemde kwaliteitsaspecten toegankelijkheid, continuïteit en coördinatie. Juist ook gezien de aard van het werk van de sportartsen (denk bijvoorbeeld aan het begeleiden van een sportdelegatie naar een internationaal kampioenschap, waardoor sportartsen regelmatig voor langere tijd afwezig zijn) zijn dit aspecten die aandacht vragen. Het werken in duo's en bij voorkeur zelfs trio's zou de voorkeur genieten. Wil daarbij de zorg qua afstand in kilometers redelijk toegankelijk zijn dan lijkt een goede spreiding eveneens een noodzakelijk uitgangspunt.

5.7 Het aanbod aan 'sportgeneeskundige' voorzieningen

Bij de toekomstige planning van het aantal noodzakelijke sportartsen dient eveneens rekening te worden gehouden met andere disciplines die vergelijkbare producten leveren als sportartsen. In bijlage 4 van de kwaliteitsnota (Goedhart & Backx, 1996) wordt een overzicht gepresenteerd van de diverse zorgaanbieders. In tabel 5.5 worden deze andere zorgleveranciers weergegeven, waarbij is aangegeven welke producten worden geleverd. Duidelijk is dat een groot aantal andere disciplines producten leveren die overlap vertonen met de producten van de sportarts. In toenemende mate worden vanuit sportspecialzaken, fitnesscentra en dergelijke sportadviezen gegeven. Voor de consument is het moeilijk daarbij een onderscheid te kunnen maken met betrekking tot de kwaliteit van het gegeven advies. Het lijkt van essentieel belang dat voor de sporter duidelijkheid ontstaat over wat hij/zij

redelijkerwijs mag verwachten vanuit de diverse leveranciers van producten. Een erkenning van de sportarts door de ziektekostenverzekeraars in de zin van een vergoeding van een preventief onderzoek en blessure-consulten (al dan niet via aanvullende polissen) speelt bij die duidelijkheid een grote rol.

Tabel 5.5 Overzicht zorgaanbieders en producten op het terrein van de sportgezondheidszorg

	Producten
sportarts	1 - 8
huisarts	1, 3, 4
cardioloog	1, 3, 4
orthooped	1, 3, 4
paramedische disciplines	
sportfysiotherapeut	2, 3, 4, 5, 7, 8
sportdietist	3, 6, 7
sporttechnische disciplines	
trainer	4
sportleraar	4
bewegingswetenschapper	2, 5, 6, 7
fitnessinstructeur	5
diverse disciplines	
GVO-er	6
sportmasseur	3, 4, 7, 8
EHB(S)O'er	4
orthopedisch schoenmaker	3
verkoper sportartikelen	3
1 sportmedisch onderzoek, geschiktheid	
2 sportmedisch onderzoek, advisering	
3 consultaties	
4 eerste hulp bij sportongevallen	
5 revalidatie	
6 gezondheidsvoorlichting	
7 sportmedische begeleiding	
8 medische begeleiding grote sport-evenementen	

bron: Goedhart & Backx, 1996

5.8 Conclusies

In dit hoofdstuk wordt een schets gegeven van een aantal ontwikkelingen die van essentieel belang zijn voor de verdere ontplooiing van de sportgeneeskunde. In de interdepartementale sportnota 'Wat sport beweegt' (Ministerie van VWS, 1996) wordt nader stilgestaan bij de sportgeneeskunde. Het belang van sportgeneeskunde wordt onderstreept, en de beschikbaarheid van sportgeneeskunde, met name voor de modale sporter, wordt naar voren gebracht. Op zich biedt een dergelijk signaal een goed uitgangspunt voor de verdere ontwikkeling van de sportgeneeskunde. Op een aantal terreinen dient de sportgeneeskunde zelf echter de nodige knopen door te hakken en lijnen uit te zetten waarlangs de ontwikkelingen kunnen plaats vinden. Deels lijken die ontwikkelingen momenteel goed op de rails te staan; bijvoorbeeld wat betreft het kwaliteitsbeleid, sportarts als medisch specialist en de keuze voor een duidelijke werklocatie. Ook lijken verzekeringen in toenemende mate bereid sportgeneeskunde aan te bieden via een aanvullende verzekering (mededeling VSG, 1997). De profilering van de sportarts naar de sporter laat echter nog duidelijk te wensen over. Dit gebrek aan profilering is echter deels te wijten aan het nog geringe aantal sportartsen dat voor de modale sporter aanwezig is. Het blijft daarom oppassen om niet in een vicieuze cirkel terecht te komen waardoor het aantal sportartsen voortdurend op een te laag niveau blijft om tot een duidelijke structurering van de sportgeneeskunde in Nederland te kunnen komen.

6. SCENARIO'S 'SPORTARTSEN IN NEDERLAND'

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het aantal sportartsen dat in de toekomst noodzakelijk is. Er wordt een schets gepresenteerd van een drietal scenario's, te weten:

- a. 100 sportartsen scenario;
- b. werkbelasting scenario;
- c. vlekkenplan scenario.

Vervolgens wordt in paragraaf 6.5 het voorkeurscenario besproken dat op basis van een expert-meeting is geformuleerd en tenslotte worden in paragraaf 6.6. de consequenties daarvan voor de capaciteit van de opleiding toegelicht.

6.2 100 Sportartsen scenario

In de eindrapportage opleiding sportgeneeskunde (Oliemans & Serné, 1989) wordt geconcludeerd dat het aantal benodigde sportartsen in 2000 ligt op **circa honderd**. Geconcludeerd wordt dat binnen de gezondheidszorg een duidelijke behoefte bestaat aan adequaat toegeruste sportartsen, een behoefte die in de komende jaren bovendien nog zal toenemen. Zij concludeerden dit mede op basis van het door het toenmalige WVC gevoerde bondsmedische beleid, waardoor op korte termijn behoefte bestond aan uitbreiding van het aantal sportartsen. Tevens concludeerden zij dit op basis van experimenten bij basisgezondheidsdiensten (Ooijendijk, 1993), waar het nauwelijks mogelijk bleek sportartsen voor een dergelijke functie te interesseren. Bij dit laatste doet zich overigens de vraag voor of hieruit niet eerder is af te leiden dat de meeste sportartsen zich uiteindelijk het meest aangetrokken voelen tot het actief begeleiden en behandelen van sporters en niet door mee te werken aan collectieve preventie (GVO).

Als mogelijke werkerreinen werden genoemd: sportbonden, SMA's, sportcentra, poliklinieken, basisgezondheidsdiensten, sportmedische afdelingen, krijgsmacht, overheid (beleid) en andere organisaties zoals arbo-diensten, ziektekostenverzekeraars etc. Feitelijk doen alle genoemde varianten zich momenteel in de praktijk voor.

Tijdens praktisch alle gehouden interviews met sleutelinformanten komt naar voren dat een groei naar 100 sportartsen in het jaar 2000 nog steeds wordt aangehouden. Dit aantal is gebaseerd op het feit dat afstuderende sportartsen geen/weinig moeite hebben met het vinden van een werkkring en dat er over het algemeen een sterke vraag naar sportartsen bestaat. Geschat wordt dat van die 100 er zo'n 70 - 75 sportartsen zich als praktiserend sportarts zullen vestigen en dat er circa 25-30 werkzaam zullen zijn in onderzoek en beleid en dergelijke. Wat betreft de wenselijke werksetting wordt een combinatie van gezondheidszorg en sport als absoluut wenselijk en noodzakelijk gezien. Wat betreft de gezondheidszorg ligt een vestiging van de sportgeneeskunde in het ziekenhuis meer voor de hand dan een vestiging alleen binnen een SMA. De huidige situatie wordt gezien als een overgangssituatie waarbij de sportarts zijn weg zal vinden als medisch specialist op het snijvlak van ziekenhuis (gezondheidszorg) en sport.

Op basis van de huidige informatie bestaan er nauwelijks redenen om de behoefte aan sportartsen in 2000 zoals die in 1989 werd geformuleerd, te weten een behoefte aan circa 100 sportartsen, te herzien.

Of de termijn waarbinnen de 100 sportartsen dienen te worden gehaald nog realistisch is zal in paragraaf 6.6 worden besproken.

6.3 Werkbelasting scenario

Om te komen tot een adequate kwantitatieve schatting van het gewenste aantal sportartsen in Nederland is er informatie noodzakelijk omtrent de werkbelasting van de sportartsen vergelijkbaar met de wijze waarop in het verleden de planning van andere specialismen heeft plaatsgevonden.

De rapportage over de werkinhoud en praktijkomvang van revalidatie-artsen (Meegdes, 1982), is daarbij interessant onder meer vanuit de volgende overwegingen:

- * de planningsmethodiek van het aantal specialisten;
- * de relatie tussen sportgeneeskunde en revalidatiegeneeskunde (zie paragraaf 5.3).

In een dergelijke planningsystematiek wordt sterk gekeken naar het aantal werkuren en het aantal verrichtingen van artsen.

Geprojecteerd op sportartsen zouden de volgende gegevens bij voorkeur beschikbaar dienen te zijn:

WERKUREN

- direct patientgebonden uren (klinisch, dagbehandeling, poliklinisch, overig);
- indirect patientgebonden uren (teambespreking, overleg intra-muraal, administratie, overig);
- niet patientgebonden uren (management, medische staf e.d., literatuur e.d., lesgeven/opleiding, overig).

PATIËNTEN AANTALLEN

Klinisch

Poliklinisch:

nieuw

oud

Intercollegiale consulten

Verrichtingen

Op basis van dergelijke informatie kunnen vervolgens de onderstaande vragen worden beantwoord:

1. Om hoeveel sportartsen gaat het?
2. Hoe ontwikkelt het aantal sportartsen zich in Nederland?
3. In welke ziekenhuizen is/zijn sportartsen werkzaam?
4. Hoeveel functies heeft een sportarts, en hoe worden die functies verdeeld?
5. Wat is het aantal werkuren van een sportarts?
6. Aan welke werkzaamheden wordt tijd besteed?
7. Hoeveel patiënten worden per week behandeld/gezien?
8. Welke verschillen doen zich voor tussen sportartsen die wel/geen arts assistenten opleiden?
9. Zijn er verschillen tussen diverse werklocaties?
10. Wat is de gemiddelde tijd die een sportarts aan een patiënt besteedt?
11. Hoe groot is de sportarts-praktijk op jaarbasis?

Dergelijke gegevens zouden gerelateerd dienen te worden aan gegevens over een 'normpraktijk'.

Dergelijke informatie zou moeten worden verstrekt door de Vakgroep Sportartsen van de VSG.

Momenteel ontbreken dergelijke gegevens nog en waren in het kader van dit onderzoek evenmin te achterhalen. Om dergelijke informatie te benaderen is ervoor gekozen om op basis van de volgende informatie het wenselijke aantal sportartsen te schatten:

- a. het totaal aantal consulten (problemen op sportmedisch gebied) in Nederland waarvan het wenselijk is dat er een sportarts bij wordt betrokken (de teller);
- b. het aantal behandelingen/verrichtingen (blessure-consulten, keuringen, adviesconsulten e.d.) dat per sportarts dient te worden verricht (de noemer).

Vanuit diverse bronnen en interviews is naar voren gebracht dat de sportarts met name een rol zou kunnen spelen bij de behandeling van de volgende soorten blessures:

- weke delen blessures;
- chronische overbelastingsblessures;
- recidiverende sportblessures.

Van de in totaal circa 1,1 miljoen sportblessures die jaarlijks medisch worden behandeld (Schmikli e.a. 1995) blijkt circa 11% te gaan om overbelastingsblessures en circa 14% om recidiverende sportblessures.

Uitgaande van een zekere overlap tussen deze percentages lijkt het vrij reëel het aantal blessures waarvan het nuttig is de sportarts te consulteren te schatten op circa 10% van het totaal aantal medisch behandelde blessures, dus op circa 100.000. Met dit aantal is een globale raming van de teller beschikbaar. De vraag is vervolgens hoeveel blessures één sportarts zou kunnen behandelen (de noemer). Om dit te kunnen benaderen is een aantal uitgangspunten en aannames geformuleerd (deze zijn gebaseerd op schattingen verkregen vanuit praktijkgegevens en via enkele interviews):

- een werkweek bestaat uit 40 uur;
- 60% van die uren wordt besteed aan direct patiënten-gebonden activiteiten (24 uur);
- de verhouding eerste consulten : herhaalconsulten is circa 2 : 1;
- de verhouding preventieve activiteiten en curatieve activiteiten is 50/50;
- per dagdeel (4 uur) kan een sportarts circa 10 blessureconsulten afhandelen (2,5 per uur), per week dus circa 30, waarvan circa 20 eerste consulten;
- een sportarts werkt (netto) per jaar circa 40 weken.

Gebaseerd op deze uitgangspunten en aannamen kan een sportarts circa $40 \times 20 = 800$ nieuwe blessures per jaar behandelen. Gelet op het aantal blessures waarvoor een sportspecialistisch consult geïndiceerd lijkt, zou het aantal noodzakelijke sportartsen gesteld kunnen worden op circa 125.

Gebaseerd op het aantal sportblessures waarvoor een sportspecialistisch consult lijkt geïndiceerd (100.000) en het aantal eerste consulten dat door een sportarts kan worden uitgevoerd (800) kan het aantal noodzakelijke sportartsen worden becijferd op $100.000/800 = 125$

Bij deze benadering van het aantal noodzakelijke sportartsen zijn de activiteiten op het terrein van keuring en begeleiding niet expliciet betrokken. Zoals bij de uitgangspunten is verwoord is aangenomen dat circa 50% van de activiteiten van de sportartsen op dit terrein liggen. Per sportarts kunnen deze percentages uiteraard aanzienlijk verschillen. Voor sportmedische keuringen en begeleiding geldt sterker dan voor blessures dat het aan de sportgeneeskundige disciplines is om de sporters te overtuigen van nut en noodzaak van keuring en medische begeleiding. Dat de sporter open staat voor dergelijke activiteiten is in hoofdstuk vier voldoende onderbouwd.

6.4 Vlekkenplan scenario

Gezien onder meer de eis van goede toegankelijkheid en bereikbaarheid van de sportgeneeskunde wordt in dit scenario bij de planning van het aantal sportartsen uitgegaan van een vlekkenplan. Als vlekkenplan voor de planning van het aantal sportartsen is aangesloten bij de indeling in Nederland in gezondheidsregio's in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

In totaal worden er in Nederland 27 gezondheidsregio's onderscheiden (zie tabel 6.1). Globaal komt dat dus neer op circa 500.000 inwoners per gezondheidsregio. Per gezondheidsregio zou een visie moeten worden ontwikkeld met betrekking tot de sportgeneeskundige voorzieningen. Dit zou kunnen omvatten:

- a. sportartsen in de intramurale setting (polikliniek van een of enkele ziekenhuizen);
- b. sportartsen in de extramurale geneeskundige setting (vrije vestiging, SMA);
- c. sportartsen in de sportsetting (sportaccommodatie/-organisatie/-bond);
- d. combinaties van a, b en c.

Sportartsen in het kader van dit vlekkenplan scenario zijn bedoeld te werken voor de sport op wedstrijd- en recreatieniveau. Voor topsport ligt het voor de hand om naast de opvang in de eigen regio eveneens zorg te dragen voor de specifieke topsportproblematiek.

Daarnaast dient een aantal sportartsen beschikbaar te zijn voor andere werkkringen (beleid, research e.d.).

Uitgaande van de genoemde 27 vlekken met gemiddeld 500.000 inwoners, dient er naar gestreefd te worden om de functie sportgeneeskunde per WZV regio te laten vervullen door tenminste vier á vijf sportartsen. Daarmee wordt een situatie geschapen waarbij aan de kwaliteitscriteria bereikbaarheid en continuïteit concreet gestalte wordt gegeven. Bovendien wordt het daarbij mogelijk elkaar te kunnen consulteren en per regio een kwaliteitsbeleid te kunnen formuleren. Door aan te sluiten aan de WZV regio's kunnen ook relaties met andere gezondheidszorgvoorzieningen op een duidelijke manier gestalte krijgen. De sportarts kan vanuit een dergelijke positie zijn/haar coördinerende functie waar maken.

Uitgaande van dit vlekkenplan zijn tenminste $27 \times 4-5 = 108-135$ sportartsen noodzakelijk.

Tabel 6.1 laat een overzicht zien van alle WZV-regio's, het aantal in de regio woonachtige sportartsen en het aantal functie-eenheden ingevuld door een sportarts werkzaam in een ziekenhuis.

Tabel 6.1 Indeling van Nederland in gezondheidsregio's in het kader van de WZV

WZV-regio's	Bevolking (CBS, 1996)	Aantal sportartsen woonachtig in	Aantal Fte ingevuld door een sportarts in een ziekenhuis
1. Groningen	558.643	2	-
2. Friesland	610.094	1	-
3. Drenthe	455.104	1	-
4. Zwolle	497.910	1	1,0
5. Twente	587.057	-	-
6. Stedendriehoek	458.053	-	-
7. Arnhem	878.621	6	-
8. Nijmegen	456.278	3	0,8
9. Utrecht	1.080.364	9	1,7
10. Flevoland	262.507	-	-
11. Het Gooi	251.298	-	-
12. Alkmaar	571.936	1	-
13. Kennemerland	386.051	3	0,1
14. Amsterdam	1.271.512	4	-
15. Leiden	500.878	1	-
16. 's-Gravenhage	697.160	1	0,5
17. Delft en Westland	262.653	2	0,3
18. Midden Holland	233.557	1	-
19. Rijnmond	1.245.656	2	-
20. Dordrecht	372.260	1	-
21. Zeeland	365.776	-	-
22. Breda	634.486	2	-
23. Tilburg	397.790	-	-
24. 's-Hertogenbosch	614.388	2	0,1
25. Eindhoven	676.735	2	1,0
26. Noord-Limburg	458.475	1	-
27. Zuid-Limburg	647.600	1	0,1

Het is duidelijk dat op basis van tabel 6.1 geconcludeerd kan worden dat de invulling van de sportgeneeskunde binnen de intramurale setting nog aan het begin van de ontwikkeling staat. In veel regio's is nog geen sportarts beschikbaar. Binnen het overgrote deel van de regio's is nog geen intramurale sportgeneeskundige functie ontwikkeld. Bij het ontwikkelen van regiovisies ten aanzien van de gezondheidszorg zou systematisch aandacht dienen te worden besteed aan de plaats van de sportgeneeskunde.

6.5 Naar een voorkeurscenario voor de planning van het aantal sportartsen in Nederland

In een expertmeeting (zie bijlage 2) zijn de drie beschreven scenario's besproken. Tijdens de expertmeeting is geconcludeerd dat bij de formulering van een voorkeurscenario de volgende overwegingen een belangrijke rol spelen:

- de sportarts dient voor een brede laag sporters goed bereikbaar te zijn;
- de werkbelasting van de sportarts staat in verhouding tot het aantal sportblessures dat in principe in aanmerking komt voor behandeling door de sportarts;
- preventieve taken, waaronder sportmedische begeleiding blijven inherent aan het functioneren van de sportarts;
- de preferente werklocatie voor de sportarts dient aan duidelijke kwaliteitscriteria te voldoen.

De beide eerstgenoemde overwegingen hebben met name consequenties voor het aantal (op te leiden) sportartsen de beide laatstgenoemde overwegingen voor de werksetting van de sportarts.

Werksetting

Wat betreft de meest wenselijke werksetting voor de sportarts is gekozen voor het werken in en vanuit het ziekenhuis in een transmurale setting. De sportarts functioneert daarbij als het ware vanuit de organisatie van het ziekenhuis, maar is voor een deel van de tijd werkzaam binnen transmurale settings (SMA en sportorganisaties). Vanuit een dergelijke setting kunnen bijvoorbeeld ook sportbonden en -verenigingen adequaat worden bediend. Niet langer werkt een individuele sportarts voor een sportorganisatie, maar er wordt een contract afgesloten met een ziekenhuisorganisatie.

De voordelen voor zowel de sportarts als de sport zijn onder meer:

- kwaliteit (gewaarborgd via het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis);
- bereikbaarheid/beschikbaarheid;

- continuïteit;
- multidisciplinaire samenwerking (zowel met andere specialisten als met fysiotherapeuten en diëtisten);
- intercollegiale consultatie;
- beschikbaarheid laboratorium- en röntgenfaciliteiten.

Naast het ontwerpen van een algemene structuur is het noodzakelijk om in verband met een verdere professionalisering/academisering van de sportgeneeskunde binnen minimaal twee academische settings een structuur te bouwen gericht op opleiding en onderzoek. Dit betekent een uitbreiding met één academisch centrum naast Utrecht.

Voor de korte termijn geldt echter waarschijnlijk dat de bestaande structuren in het ziekenhuis en de budgetsystemen een belemmering vormen voor een voldoende groei van het aantal sportartsen dat werkt vanuit het ziekenhuis. Voor de wat verdere toekomst wordt echter verwacht dat de situatie aanzienlijke gunstiger wordt. De ziekenhuisorganisatie wordt 'gekanteld' (door clustering van disciplines) en staat meer open voor vernieuwing. Het extramurale handelen (transmuraal) zal sterker worden geaccentueerd. Een ontwikkeling waar de sportgeneeskunde goed in te passen is.

Van belang voor het verwerven van een sterkere positie zijn evenwel: vastgestelde COTG tarieven en erkenning van de sportgeneeskunde als medisch specialisme.

Verwacht wordt dat het ziekenhuismanagement in toenemende mate overtuigd raakt van de meerwaarde van de sportgeneeskunde voor hun organisatie. Wat betreft de keuze voor het type ziekenhuis waarin de sportgeneeskunde bij voorkeur tot ontwikkeling kan worden gebracht gaat de voorkeur uit naar een centrum ziekenhuis, van waaruit een grotere regio kan worden bediend.

Bij de inbedding van de sportarts in een ziekenhuisstructuur dient aandacht te worden besteed aan de volgende punten:

- evenwichtige verhouding tussen curatie en preventie;
- er voor waken dat er niet te veel versnippering van de werkzaamheden van sportartsen plaatsvindt.

Aantal sportartsen

De bereikbaarheid en kwaliteit van de sportgeneeskunde zijn bij uitstek gebaat bij een ontwikkeling in de richting van een evenwichtige spreiding van het aantal sportartsen. De regio's in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen vormen daarbij een goed aanknopingspunt.

Het in het vlekkenplan scenario voorgestelde aantal van vier tot vijf sportartsen per regio is een adequaat uitgangspunt. Een totaal aantal sportartsen van circa 120, evenwichtig gespreid over Nederland voor het jaar 2010 wordt als wenselijk gezien.

Geconstateerd wordt dat er in Nederland inderdaad een groot aantal witte vlekken bestaat. Voor de bereikbaarheid en de herkenbaarheid van de sportartsen, met name voor de breedte-sporter, vormt dat een belemmering. Momenteel is de aanwezigheid van de witte vlekken deels te verklaren vanuit het feit dat er nog te weinig geregistreerde sportartsen zijn om in elke regio een adequate structuur te ontwikkelen. Geconstateerd wordt dat het noodzakelijk is om geleidelijk en gelijkmatig de witte vlekken in te vullen.

Op de vraag of hier een verantwoordelijkheid ligt van de rijksoverheid wordt vastgesteld dat de primaire verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in het veld. Ziekenhuizen, zorgverzekeraars en sportartsen dienen aan een dergelijk spreidingsbeleid gestalte te geven.

Als argumenten voor de uitbreiding van het aantal sportartsen tot 120 in het jaar 2010 zijn tijdens de expert-meeting de volgende punten genoemd:

- de in het werkbelastingsscenario naar voren gebrachte benadering resulterend in ca. 120 noodzakelijke sportartsen;
- een verwachte toename van de preventieve taken (in het kader van werkzaamheden voor FysioSport, ARBO-diensten en JGZ);
- verzekeraars houden met hun polissen in toenemende mate rekening met sportgeneeskundige diensten;
- een toename van de sportgeneeskundige kennis van huisartsen hetgeen kan leiden tot meer en adequater adviezen om de sportarts in te schakelen;
- een verbetering van de kwaliteit van de sportfysiotherapeuten hetgeen kan leiden tot een toename in het aantal adviezen om de sportarts in te schakelen;
- een toename van het aantal sportartsen zal leiden tot een toename van de vraag naar sportgeneeskundige diensten.
- De betaald voetbal organisaties (BVO's) streven ernaar in de toekomst een sportarts de leiding te geven van het medisch team.

Als barrières voor de uitbreiding van het aantal sportartsen worden gezien:

- budget, het geld voor sportarts zal ten koste gaan van andere beroepsgroep(en), echter niet als de sportgeneeskunde wordt gefinancierd uit 'plus'polissen die op vrijwillige basis aan verzekerden worden aangeboden;
- profilering sportarts, er bestaat bij consument en bij andere beroepscategorieën nog altijd onbekendheid met de taken en werkzaamheden van de sportarts;

6.6 Consequenties voor de opleiding en de opleidingscapaciteit

Wat betreft de opleiding zou de organisatie in de toekomst moeten worden afgestemd op die van andere medische specialisaties. De opleiding wordt dan aangestuurd vanuit een academische setting en vindt plaats op identieke wijze als die van de overige opleidingen voor medisch specialisten.

Geconstateerd wordt echter dat er vooralsnog sprake is van een overgangssituatie en dat de structuur van het NIOS wordt gecontinueerd in afwachting van de (inter)nationale ontwikkelingen met betrekking tot de sportgeneeskunde.

Uitgaande van een uiteindelijke behoefte aan 120 sportartsen in 2010, welke jaarlijkse instroom (in de opleiding) is dan noodzakelijk? Hierbij is uitgegaan van een gemiddelde leeftijd van registratie van de sportarts van 30 jaar. Het gemiddeld aantal jaren dat de sportarts werkt is gesteld op 30 jaar.

De noodzakelijke jaarlijkse instroom van sportartsen is berekend voor twee periodes:

- a. De periode tot 2010 (groei van 48 naar 120 sportartsen)
- b. De periode na 2010 (consolidatiefase)

ad a. De periode tot 2010 (groei van 48 naar 120 sportartsen)

De wens om in 12 jaar (1998-2010) te groeien naar een aantal van 120 sportartsen heeft tot gevolg dat in die periode 72 nieuwe sportartsen dienen te worden opgeleid, plus nog een extra aantal voor het opvangen van de sportartsen die stoppen/veranderen van werkring.

De uitval op basis van leeftijd (bereiken van 60-65 jarige leeftijd en 55 jaar bij de Landmacht) kan worden geschat op 12 (zie hoofdstuk 3). Uitval op basis van diverse redenen (andere functie, part-time gaan werken, werkring in buitenland) kan worden geschat op circa 10.

Het totale aantal sportartsen dat t/m 2010 dient te worden opgeleid komt daarmee te liggen op tenminste: $72+12+10=94$. Hiervan zijn er momenteel reeds 29 in opleiding.

Bij de berekening van de noodzakelijke jaarlijkse instroom spelen naast de eerdergenoemde aannamen de beide volgende aspecten een rol:

De mate waarin sportartsen in opleiding meetellen

In de expertmeeting is dit aspect besproken; voorgesteld is om sportartsen in opleiding gedurende de eerste twee jaar van hun opleiding voor 10% mee te tellen, tijdens het derde jaar van de opleiding voor 30% en tijdens het laatste jaar van de opleiding voor 50%. Gemiddeld worden sportartsen in opleiding voor 25% meegeteld bij de capaciteitsplanning.

Het toenemende aantal vrouwelijke artsen, de feminisering van de (sport)geneeskunde

Bij de berekening van het aantal sportartsen is geen rekening gehouden met het aantal sportartsen dat op part-time basis wenst te werken. Vooral met het oog op de toekomst is dat een erg onzekere factor. Wel echter kan rekening worden gehouden met het feit dat vrouwen gemiddeld 0,7 formatieplaats invullen (Van de Velde, 1997). Omdat het aantal vrouwelijke sportartsen 20% bedraagt van het totaal aantal sportartsen dient dat bij de toekomstige planning van het aantal sportartsen en de noodzakelijke instroom te worden betrokken.

In de volgende tabel wordt inzichtelijk gemaakt tot welk aantal sportartsen een jaarlijkse instroom van respectievelijk 7 en 8 sportartsen leidt.

Tabel 6.2 Consequentie van instroom van zeven respectievelijk acht sportartsen in de opleiding

	instroom van 7 sportartsen (waarvan 2 vrouwen)	instroom van 8 sportartsen (waarvan 2 vrouwen)
t/m 1997	26,9*	26,9*
1998	6,4	7,4
1999	6,4	7,4
2000	6,4	7,4
2001	6,4	7,4
2002	6,4	7,4
2003	6,4	7,4
2004	6,4	7,4
2005	6,4	7,4
2006	6,4	7,4
2007	2	2
2008	2	2
2009	2	2
2010	2	2
totaal	92,5	101,5

* Van de 29 sportartsen in opleiding zijn er 7 vrouwen, geteld worden daarom $22 \text{ fp} + 7 \times 0,7 \text{ fp} = 26,9 \text{ fp}$

Geconcludeerd kan worden dat om het aantal sportartsen in 2010 te brengen op 120 een jaarlijkse instroom van 8 sportartsen noodzakelijk is. De instroom ligt daarmee rond het aantal dat noodzakelijk is om het aantal sportartsen geleidelijk op het gewenste aantal te brengen.

ad b. De periode na 2010 (consolidatiefase)

Rekening houdend met enige uitval, pensionering, werkzaamheden in het buitenland e.d. is in de jaren na 2010 een instroom van 6 sportartsen in de opleiding noodzakelijk om het aantal op circa 120 te kunnen handhaven.

Dit aantal is gebaseerd op de aanname dat de leeftijdsopbouw van de actieve sportartsen een patroon zal hebben aangenomen dat hieronder geschetst wordt. Samengevat een geleidelijke uitval van actieve sportartsen door allerlei omstandigheden. Nagegaan moet worden in hoeverre een schets zoals hier gepresenteerd realistisch is.

Figuur 6.3 Feitelijke en fictieve leeftijdsopbouw sportartsen bij een 5-jaarlijkse instroom van 25-30 fte's
Sportartsen

leeftijd	feitelijke opbouw		fictieve opbouw	
	absoluut	%	absoluut	%
34 jaar en jonger	4	8	24	20
35-39 jaar	16	33	22	18
40-44 jaar	5	10	19	16
45-49 jaar	13	27	17	14
50-54 jaar	4	8	14	12
55-59 jaar	3	6	12	10
60 jaar en ouder	3	6	12	10
Totaal	48	100	120	100

Zoals blijkt wijkt de feitelijke leeftijdsopbouw aanzienlijk af van de fictieve leeftijdsopbouw uitgaande van een patroon zoals dat op termijn bereikt zou kunnen worden. De huidige leeftijdsopbouw wordt uiteraard nog sterk gekleurd door het relatief korte aantal jaren dat het specialisme sportgeneeskunde bestaat en de overgangsregeling die voor een aantal artsen gold om zich als sportarts te kunnen laten registreren.

Na 2010 dienen per jaar tenminste 6 nieuwe sportartsen de opleiding te voltooien om het aantal op circa 120 te kunnen handhaven.

Overigens blijkt dat op basis van de huidige leeftijdsopbouw (met een relatief groot aantal sportartsen van 45-49 jaar) na circa 15 jaar (bij een pensioneringsleeftijd tussen 60 en 65 jaar) een extra inspanning nodig is om het aantal sportartsen op peil te houden.

LITERATUUR

AGHINA JCFM. Sportsmedicine in Europe. Brussels: CP Subcommittee on professional training, continuing medical education and medical audit; CP 94/099 - EN, 1994.

ANONIEM: De opleiding tot sportarts. *Geneeskunde en Sport* 1996;29(1):64.

BACKX FJG, OOIJENDIJK WTM. De meerwaarde van de sportarts in de intramurale setting. Arnhem;Leiden: NOC*NSF;TNO-PG, 1996.

BACKX FJG, OOIJENDIJK WTM. De meerwaarde van de sportarts in de intramurale setting. 1: Een inventarisatie. *Medisch Contact* 1996; 51:1165-7.

BERAADSGROEP SPORT-MEDISCH BELEID. Eindrapportage Beraadsgroep Sportmedisch Beleid 1988-1993. Ministerie van VWS, 1993.

BOUWMAN H. LVSG: Sportgeneeskunde. *Medisch Contact* 1996;51:1162.

BROK AGMF. The history of sports medicine in the Netherlands. *Geneeskunde en Sport special issue FIMS 1990a*; 9-14.

BROK AGMF. Sportgeneeskunde, van hobby tot beroep: 25 jaar Vereniging voor Sportgeneeskunde, 1965-1990. Oosterbeek: VSG, 1990b.

COLLEGE VOOR SOCIALE GENEESKUNDE. Besluit nr 1 1983. *Medisch Contact* 1983;39:942-4.

COLLEGE VOOR SOCIALE GENEESKUNDE. Besluiten nr 2 en 3 1986: Sportgeneeskunde. *Medisch Contact* 1987;42:412-5.

GOEDHART EA, BACKX FJG. Kwaliteitsbeleid in de sportgezondheidszorg: een inventariserend onderzoek. Arnhem: NOC*NSF, 1996.

HARTELOH PPM, CASPARIE AF. Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfsgeneeskundige aanpak. 's-Gravenhage: VUGA, 1991.

HENDRIKS EHRA, BACKX FJG, MOSTERD WL, ET AL. Leerboek Sportgeneeskunde. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1992.

IWEMA BAKKER E. Goede tijden, slechte tijden in de sportgeneeskunde. *Medisch Contact* 1991;46: 972.

JONGBLOED J, JONGH J. Sportgeneeskunde. Utrecht: Oosthoek, 1955.

KOORNNEEF M, BRUINSMA AMGJ. Leerplan voor de opleiding tot sportarts. Utrecht: NIOS, 1991.

KOORNNEEF M, BRUINSMA AMGJ. Opleiding tot sportarts uniek in Europa. *Medisch Contact* 1992;47:1323-5.

LVSG. Grootste rendement sportgeneeskundig handelen ligt niet in de curatie maar in de preventie. *Medisch Contact* 1992;47:19.

MEEGDES J. Werkinhoud en praktijkomvang van revalidatie-artsen. Utrecht: NZI, 1982.

MEEGDES J. Is de sportarts niet primair een medisch specialist? *Medisch Contact* 1992;47(19):593-594.

MEEGDES JG. Persoonlijke mededeling. 1996.

MEEGDES JG. Persoonlijke mededeling. 1997.

MINISTERIE VAN WVC. Regeling subsidiëring bijzondere landelijke sportorganisaties en bijzondere arbeidsplaatsen in de sport. *Staatscourant* 1990; 93.

MINISTERIE VAN VWS. Subsidieregeling Welzijnsbeleid. *Stcrt* 1995, 250

MINISTERIE VAN VWS. Wat sport beweegt. Sportnota. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1996.

MINISTERIE VAN VWS. De prijs die zorg verdient. Den Haag. SDU Uitgeverij, 1195.

MOSTERD WL, BOL E, VRIES W de, et al. Bewegen gewogen. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1996.

MOSTERD WL. Persoonlijke mededeling, 1997.

NIOS . Smoelenboek. Utrecht: NIOS, 1997.

NIOS. Tevredenheidsonderzoek omtrent opleiding tot sportarts onder afgestudeerde sportartsen in Nederland; interne notitie. Utrecht: NIOS, 1994.

OIJENDIJKWTM. Evaluatie proefprojecten sportmedische functie GGD'en. Leiden: NIPG-TNO, 1993.

OIJENDIJK WTM, BACKX FJG. De meerwaarde van de sportarts in de intramurale setting. 2. patiëntenprofiel en waardering. Medisch Contact 1996;37:1168-71.

OLIEMANS KE, SERNÉ ML. Eindrapport opleiding sportgeneeskunde (herziene versie) , April 1989.

SCHMIKLI S, BACKX FJG, BOL E. Sportblessures nader uitgediept. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum, 1995.

SPREEUWENBERG C. Sportarts: sociaal geneeskundige of medisch specialist? Medisch Contact 1996;52(37):1161.

TOGT CR van der. 25 jaar cursus sportgeneeskunde. Geneeskunde en Sport 1990; 23: 21-213.

VELDEN L VAN DE. Feminisering beroepskrachten. Utrecht: NIVEL, 1997.

VERENIGING VOOR SPORTGENEESKUNDE (VSG). Werkterrein van de sportarts. VSG-rapport. Februari 1984.

VERENIGING VOOR SPORTGENEESKUNDE. Mondelinge mededeling. 1997.

BIJLAGEN

		pagina
Bijlage 1	De historie van de sportgeneeskunde in vogelvlucht	57
Bijlage 2	Verslag van de expert-meeting "Sportartsen in Nederland; verleden, heden en toekomst"	65
Bijlage 3	Afkortingen	79

BIJLAGE 1

De historie van de sportgeneeskunde in vogelvlucht

1 INLEIDING

In deze bijlage wordt een kort overzicht ('in vogelvlucht') gegeven van de nationale en internationale ontwikkelingen van de sportgeneeskunde in de twintigste eeuw. Er wordt met name ingegaan op die ontwikkelingen die de sportartsen betreffen. Het overzicht is met name gebaseerd op Brok (1990a en 1990b) en Van der Togt (1990).

2 Chronologisch overzicht van de ontwikkeling van de sportgeneeskunde

1911 "International Exhibition of Hygiene" met een aparte "Sport Science Section" in Dresden.

1912 1^e congres m.b.t. sportgeneeskunde in Oberhof. Binnen het raamwerk van dit congres vond de fundering van de eerste officiële sportmedische organisatie plaats: "German Imperial Committee for the Study of Physical Exercise".

1913 Dr. Mallwitz kreeg als eerste de officiële titel sportarts.

Gedurende de jaren na de eerste wereldoorlog werden er een aantal nationale verenigingen van sportartsen opgericht.

1927 Er werd een voorstel gedaan tot het vormen van een internationale organisatie.

In Nederland werden de eerste bureaus voor sportkeuringen opgericht (Den Haag, Amsterdam, Utrecht en Haarlem). Later kwamen hier nog 8 bureaus bij.

1928 Oprichting First International Association of Sports Physicians, door 14 naties. Verbinding met de eerste Olympische Winterspelen in St. Moritz (Zwitserland).

1930 De in 1927 in Nederland opgerichte bureaus (12 in totaal) besloten hun krachten te bundelen op initiatief van Prof. Sleeswijk en J.M. Hardeman. Oprichting van de Federation of Bureaux for Sports Physicals: Federatie van bureaus voor Medische Sportkeuring (FMS).

Belangrijkste doel van de Federatie op dat moment was: het elimineren van extra risico's in de uitoefening van sport voor zover deze gevonden worden in de fysieke gezondheid van het individu.

In de jaren hierna werd het uitgangspunt in positieve zin bijgesteld. Het doel werd: het nemen van die maatregelen, die kunnen bevorderen dat degenen die lichaams oefeningen doen dat op een wijze doen waardoor de meeste gezondheidswinst wordt geboekt.

Lid van de Federatie waren de sportkeuringsbureau's

1934 In Nederland werd een boekje uitgebracht waarin de behoefte aan sportartsen werd gepubliceerd. De eerste open dagen voor sportartsen werden georganiseerd; het waren zeer vrijblijvende bijeenkomsten ter bijscholing van de artsen.

1955 1e Leerboek Sportgeneeskunde van Jongbloed & Jongh.

In de periode 1932-1962 werden vele sportkeuringsbureaus opgericht. Sports Physical Bureaus en Sports Medical Counselling Centres.

1962 Er werd voorgesteld dat de NSF, in samenwerking met Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring, een programma voor de opleiding tot sportarts zouden gaan formuleren.

1964 Eerste applicatiecursus "Basisopleiding voor de sportarts" werd gestart.

1965 Op 8 mei werd Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) opgericht en zij nam het initiatief van de NSF en de Federatie over.

1968 VSG organiseerde de applicatiecursussen.

Geneeskunde en Sport wordt voor het eerste uitgegeven door de VSG.

1972 Wesseling, Dalhuizen en Van Breukelen richten in Zoetermeer het eerste sportmedisch adviescentrum (SMA) op.

1975 Oprichting van Stichting Opleiding Sportartsen door VSG. Deze start de opleiding tot volledig gekwalificeerde sportartsen. Het betrof een vier jaar durende opleiding vergelijkbaar met opleiding in de voormalige DDR.

Ter gelegenheid van het tweede lustrum van de VSG werd het beleidsplan "De toekomst van de Sportgeneeskunde in Nederland" gelanceerd. De voornaamste punten:

- * het scheppen van nieuwe sportmedische voorzieningen ten behoeve van onderwijs, opleiding, voorlichting en begeleiding;
- * de sportmedische voorzieningen voor iedereen toegankelijk maken en aanpassen aan specifieke behoeften van de sportbeoefenaar;
- * de sportmedische voorzieningen landelijk spreiden;
- * onderwijs en opleiding op sportmedisch gebied stimuleren en mogelijk maken;
- * de sportgeneeskunde opnemen in het totaal van de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit beleidsplan zal leiden tot de opzet van een landelijk netwerk van sportmedische adviescentra (SMA).

1976 Oprichting Bureau Sportgeneeskundige Aangelegenheden (BSGA). Het doel van de BSGA was de ondersteuning (op organisatorisch-, administratief- en financieel gebied) van de VSG en de Federatie.

Financiële steun van de Nederlandse Hartstichting en de Stichting de Nationale Sporttotalisator (SNS) zodat twee artsen konden worden opgeleid tot "sportgeneeskundigen".

1979 Het North West-European Chapter van de Federation International de Medicine Sportive (FIMS) is gestart. Lid zijn: Noorwegen, Zweden, Denemarken, Finland, Nederland, Duitsland, Engeland, Ierland, Oostenrijk en (vlaams) België.

1979 Dr. G.C. van Enst is eerste officieel opgeleide sportarts

1980 Registratiecommissie van de Stichting Opleiding Sportartsen verzorgde registraties en bepaling na- en bijscholing.

1982 Het verenigen van de aldus geregistreerde "sportgeneeskundigen" en degenen die de opleiding volgden in de vakgroep Sportartsen. Later als aparte sectie ondergebracht bij de VSG.

Oprichting van het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ)

1983 Vervaardiging van notitie "Werkterrein van de Sportarts" door de Vakgroep Sportartsen. Op basis hiervan werden onderwijsdoelstellingen geformuleerd.

1986 College voor Sociale Geneeskunde (CSG) besloot tot het erkennen van de sportgeneeskunde als officiële tak van de sociale geneeskunde (op grond van de in 1983 naar voren gekomen stukken). Besluit CSG no. 2 -1986 bevatte de formele erkenning als tak van de sociale geneeskunde en Besluit CSG no. 3 - 1986 bevatte de opleidingseisen.

1987 Het besluit werd op 30 maart rechtskrachtig na stilzwijgend akkoord van de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

1988 1e Leerstoel Klinische Sportgeneeskunde te Utrecht; prof dr W.L. Mosterd is de eerste hoogleraar Klinische Sportgeneeskunde

Drs. M Koornneef is beleidsmedewerker bij het Ministerie van WVC en behartigt onder meer de belangen van de sportgeneeskunde.

1989 Oprichting stichting Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS).

1990 Er zijn geen sportkeuringsbureaus meer. FMS is opgeheven.

De Stichting Opleiding Sportartsen draagt haar werkzaamheden over aan het NIOS, blijft echter passief bestaan.

Wereldcongres FIMS is in Amsterdam gehouden

1991 Erkenning door de Sociaal-Geneskundigen Registratiecommissie (SGRC) van het NIOS als opleidingsinstantie in de sportgeneeskunde.

Oprichting Federatie van SMA's

1992 Nieuw Leerboek Sportgeneeskunde van Hendriks et al. (1992)

1993 Goedkeuring door SGRC van "Leerplan voor de opleiding tot sportarts" (Koorneef & Bruinsma, 1991).

1e Afdeling Sportgeneeskunde in een regionaal ziekenhuis

1995 Initiatief om te komen tot de oprichting van de European Federation of Sports Medicine (EFSM). In 1996 zijn de concept statuten besproken.

De verwachting is dat in 1997 de statuten van de EFSM kunnen worden vastgesteld. Dan is er als het ware een Europese dochter van de FIMS ontstaan.

1996 Publicatie van het TNO-PG/NOC*NSF rapport 'De meerwaarde van de sportgeneeskunde in de intramurale setting' (Backx & Ooijendijk, 1996).

Opleiding van Sportgeneeskunde van het NISG(Z) onder auspiciën van de VSG verhuizen naar het NIOS.

1997 De VSG en het NIOS hebben besloten tot de oprichting van de Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde (SOS), met als doel: "het aanbieden van sportgeneeskundige kennis in de vorm van opleidingen, workshops, seminars en congressen aan grote groepen, vooralsnog Nederlandse artsen.

BIJLAGE 2

**Verslag van de expertmeeting
“Sportartsen in Nederland: verleden, heden en toekomst”**

1. INLEIDING

Op verzoek van NOC*NSF heeft TNO Preventie en Gezondheid een onderzoek uitgevoerd naar de toekomstige behoefte aan sportartsen in Nederland. Aan het onderzoek liggen de volgende vragen ten grondslag:

- a. Hoeveel sportartsen zijn er (op termijn) in Nederland nodig voor een adequate sportgeneeskundige zorg, mede in het licht van ontwikkelingen m.b.t. de sportgeneeskunde in de Europese Gemeenschap;
- b. Welke consequenties hebben de (inter)nationale ontwikkelingen voor de onderwijscapaciteit (instroom) en de inhoud van de opleiding voor sportarts?

Het onderzoek mondde uit in een tussenrapportage ten behoeve van een 'scenario-commissie'. In deze commissie hebben onder meer zitting: Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen, Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), Stichting Nationale Sporttotalisator (SNS), Ministerie van VWS, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG), NOC*NSF, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS) en Landelijke Vereniging voor Sociale Geneeskunde (LVSG).

Op 10 oktober 1997 is een expert-meeting gehouden om (delen van) het tussenrapport en de uitkomsten in bredere kring van deskundigen te bespreken. Het doel was om in overleg met de scenario-commissie te komen tot het schetsen van definitieve scenario's voor de ontwikkeling van de sportgeneeskunde in Nederland. Ingegaan werd op:

- * meest wenselijke/waarschijnlijke toekomstige organisatie-modellen;
- * de behoefte aan sportartsen binnen de diverse modellen;
- * de consequenties voor de capaciteit en de inhoud van de opleiding tot sportarts

De volgende vraagstellingen zijn tijdens de bijeenkomst besproken:

1. Wat is het noodzakelijke/gewenste aantal sportartsen in 2010?
2. Wat is de meest waarschijnlijke werkplek van de sportarts in de (naaste) toekomst?
3. Hoe verhoudt het werk van de sportarts zich met dat van de huisarts, specialist en (sport)fysiotherapeut?
4. Wat zijn de consequenties van 1-3 voor de opleiding in termen van capaciteit en inhoud?
5. Welk van de besproken scenario's past het best bij de beantwoording van vragen 1-4?

2. WERKWIJZE

Als basis voor de expertmeeting is het conceptrapport van TNO-PG gehanteerd. Er zijn 17 experts uitgenodigd, waarvan er uiteindelijk 14 aanwezig waren. De experts hadden allen Hoofdstuk 6, uit het conceptrapport 'Sportartsen in Nederland; verleden, heden en toekomst', betreffende 'Proefscenario's sportartsen in Nederland' toegezonden gekregen met de in de inleiding genoemde vragen. In de begeleidende brief werd aangekondigd dat de discussie zou worden toegespitst op de vragen 1 t/m 4.

Dr. F.J.G. Backx (NOC*NSF) lichtte in eerste instantie de aanleiding tot het onderzoeksproject van TNO-PG toe en zette het belang ervan uiteen. Vervolgens werd het conceptrapport toegelicht door drs. M. Stiggelbout (TNO-PG; Hoofdstuk 1-5) en drs. W.T.M. Ooijendijk (TNO-PG; Hoofdstuk 6).

Vervolgens werd de mogelijkheid geboden om een eerste commentaar op de presentaties te geven en suggesties voor mogelijke aanvullende scenario's te leveren.

De groep is vervolgens in 2 subgroepen verdeeld van 7-8 personen, naast een gespreksleider en een secretaris (van TNO-PG). In deze groepen werd gediscussieerd over de vijf vooraf geformuleerde vragen. Aansluitend op de groepsdiscussie werden de uitkomsten uit beide groepen plenair toegelicht door de secretaris, waarna tenslotte een plenaire discussie plaatsvond.

Deze notitie vormt een verslag van de expert-meeting die door TNO-PG is georganiseerd met de scenario-commissie. Waar mogelijk, wordt de informatie uit de expert-meeting door de onderzoekers van TNO-PG geïntegreerd in het eindrapport "Sportartsen in Nederland; verleden, heden en toekomst".

Paragraaf 3 van deze notitie bevat een neerslag van de groeps- en plenaire discussie van de expert-meeting. In Paragraaf 4 worden de conclusies en aanbevelingen van de expertmeeting beschreven.

Tenslotte is het programma en de deelnemerslijst van de expertmeeting weergegeven.

3. RESULTATEN VAN DE GROEPS- EN PLENAIRE DISCUSSIE

3.1 Het noodzakelijke/gewenste aantal sportartsen in 2010

Bij de berekening van het gewenste aantal sportartsen wordt uitgegaan van het vlekkenplanscenario. Het in het vlekkenplanscenario voorgestelde aantal van drie sportartsen per regio wordt echter gezien als een te krap uitgangspunt. Wat betreft het aantal noodzakelijke sportartsen wordt het aantal zoals dat naar voren komt in het werkbelastingsscenario als adequater gezien. Dat heeft tot gevolg dat per regio circa vier tot vijf sportartsen wenselijk zijn. Een totaal aantal sportartsen van circa 120 voor het jaar 2010 wordt als wenselijk gezien.

Als argumenten voor de uitbreiding van het aantal sportartsen in het jaar 2010 zijn genoemd:

- de in het werkbelastingsscenario naar voren gebrachte benadering resulterend in ca. 120 noodzakelijke sportartsen;
- gebaseerd op het werkbelastingsscenario wordt uitgegaan van een behoefte aan 4-5 sportartsen per regio;
- een verwachte toename van de preventieve taken (in het kader van werkzaamheden voor FysioSport-centra en ARBO-diensten);
- substitutie van de JGZ op terrein van jeugd en bewegen. De JGZ zal zijn taken op dit terrein deels afstoten en de sportarts kan het gat mogelijk invullen;
- verzekeraars houden met hun polissen in toenemende mate rekening met sportgeneeskundige diensten;
- toename van de sportgeneeskundige kennis van huisartsen, kan leiden tot meer en adequater doorverwijzen naar de sportarts;
- verbetering van de kwaliteit van de sportfysiotherapeuten, kan leiden tot een toename in het aantal adviezen om de sportarts in te schakelen;
- een toename van het aantal sportartsen zal leiden tot een toename van de vraag naar sportgeneeskundige diensten;
- de betaald voetbal organisaties (BVO's) zullen in de toekomst hoogst waarschijnlijk meer gebruik maken van de diensten van sportartsen.

De volgende barrières voor de uitbreiding van het aantal sportartsen zijn genoemd:

- budget, het geld voor de sportartsen zal ten koste gaan van andere beroepsgroep(en);
- profilering sportarts, er bestaat bij de consument en bij andere beroeps categorieën nog altijd onbekendheid met betrekking tot de taken en werkzaamheden van de sportarts;

3.2. Werkplek van de sportarts in de (naaste) toekomst

Als meest wenselijke werkplek voor de sportarts wordt gezien het werken in en vanuit het ziekenhuis in een transmurale setting. De sportarts functioneert daarbij als het ware vanuit de organisatie van het ziekenhuis, maar is voor een deel van de tijd werkzaam binnen transmurale settings (SMA en sportorganisaties). Vanuit een dergelijke setting kunnen bijvoorbeeld ook sportorganisaties (bonden, verenigingen) adequaat worden bediend. Niet langer werkt een individuele sportarts voor een sportorganisatie, maar er wordt een contract afgesloten met een ziekenhuisorganisatie.

Combinatie ziekenhuis met SMA lijkt de beste oplossing. De grootste SMA's zitten veelal in het netwerk van Olympische Steunpunten. De sportartsen in het SMA achten een lokatie in het ziekenhuis ook als een ideale setting. Sportartsen zouden ook werkzaam kunnen zijn binnen het netwerk van FysioSport-centra.

Als voordelen voor zowel de sportarts als de sport zijn onder meer genoemd:

- kwaliteit (gewaarborgd via de normale procedures die gelden voor het ziekenhuis);
- bereikbaarheid/beschikbaarheid;
- continuïteit;
- multidisciplinaire samenwerking (zowel met andere specialisten als met fysiotherapeuten en diëtisten);
- intercollegiale consultatie;
- beschikbaarheid laboratorium- en röntgenfaciliteiten.

Naast het ontwerpen van een algemene structuur is het daarnaast noodzakelijk om in verband met een verdere professionalisering van de sportgeneeskunde binnen minimaal twee academische settings een structuur te bouwen gericht op opleiding en onderzoek. Dit betekent een uitbreiding met één academisch centrum naast Utrecht.

Voor de korte termijn geldt echter waarschijnlijk dat de bestaande structuren in het ziekenhuis en de budgetsystemen een belemmering vormen voor een voldoende groei van het aantal sportartsen dat werkt vanuit het ziekenhuis. Voor de wat verdere toekomst wordt echter verwacht dat de situatie aanzienlijk gunstiger kan komen te liggen. De ziekenhuisorganisatie wordt 'gekanteld' (door clustervorming van disciplines) en staat meer open voor vernieuwing. Het extramurale handelen (transmuraal) zal sterker worden geaccentueerd. Een ontwikkeling waar de sportgeneeskunde goed in te passen is. Van belang voor het verwerven van een sterkere positie zijn evenwel: vastgestelde COTG tarieven en erkenning van de sportgeneeskunde als medisch specialisme.

Verwacht wordt dat het ziekenhuismanagement in toenemende mate overtuigd raakt van de meerwaarde van de sportgeneeskunde voor hun organisatie.

Van belang is dat de sportarts kan functioneren vanuit een centrum ziekenhuis (een setting waarin meerdere sub- en superspecialismen zijn geconcentreerd).

Bij inbedding van de sportarts in een ziekenhuisstructuur zijn de volgende aandachtspunten genoemd:

- "vergeet als sportarts de collectieve preventie taken niet";
- "de financiering van de sportgeneeskunde is niet eenvoudig te realiseren";
- "te grote versnippering van de werkzaamheden van sportartsen kan de kwaliteit van de sportgeneeskunde negatief beïnvloeden".

3.3. Verhouding van het werk van de sportarts met dat van de huisarts, specialist en (sport)fysiotherapeut

Het werk van de sportarts omvat een groot aantal aspecten. Bij een globale indeling in curatieve en preventieve taken wordt een evenwichtige aandacht voor beide onderdelen als wenselijk gezien. Door wijzigingen in de werksetting van de sportarts zou het accent kunnen verschuiven in de richting van de curatieve taken. Momenteel ontbreekt een nauwkeurig inzicht in de taken die de sportarts uitvoert in kwantitatieve zin. Het ontwikkelen van goede registratiesystemen die inzicht geven in het werk van de sportarts zou op korte termijn moeten worden gerealiseerd.

In de discussie komt evenwel naar voren dat preventie en begeleiding van sporters ook in de toekomst deel van het werk van de sportarts dienen uit te maken. Wat een optimale verhouding is, is momenteel nog niet goed te onderbouwen. Deels is dit afhankelijk van het profiel van de sportarts zoals dat door de beroepsgroep zelf als wenselijk en haalbaar wordt gedefinieerd en de individuele voorkeur van de sportarts.

Huisartsen en specialisten 'erkennen' de sportarts nog te weinig als een 'echt' specialisme. Uiteraard hoeft niet elke blessure door een sportarts te worden behandeld, of heeft de sportarts het alleenrecht op het geven van een advies over gezond bewegen. In een groot aantal gevallen is specialistische kennis voor een adequate behandeling van blessures en de sportgeneeskundige revalidatie een vakgebied waarvoor specialistische kennis van de sport en de sportgeneeskunde is geboden.

Bij samenwerking met andere specialisten is het van belang dat specialisten weten wat een sportarts kan. De herkenbaarheid van de sportarts kan leiden tot meer doorverwijzingen.

Specialisten zijn vaak blij met het uitbesteden van weke delenletsels aan de sportarts.

De ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde en de fysiotherapie staan niet stil. Vanuit die beide groepen is een groeiende belangstelling voor de sportgeneeskunde te signaleren.

De huisarts heeft feitelijk een 'poortwachtersrol' in de gezondheidszorg en kan doorverwijzen. In de praktijk komen veel patienten via de huisarts bij de sportarts terecht.

Voor de fysiotherapie geldt dat een goede samenwerking van belang is bij de behandeling van sportblessures. Als voorwaarden voor de samenwerking zijn genoemd:

- deze moet complementair zijn;
- samenwerkingspartijen dienen elkaar wederzijds bij de behandeling te betrekken;
- er moeten netwerken worden ontwikkeld.

Als barrières bij de samenwerking zijn genoemd:

- het opzetten van samenwerkingsverbanden is moeilijk bij een teruggang van de gezondheidszorg;
- sportarts: blijf bij je leest!
- deskundigheid gaat boven liefde voor de sport (hobbyisme);
- uiteindelijk zal, als het erop aankomt, iedere beroepsgroep zijn eigen zaak behartigen.

Er is voor gepleit dat NOC*NSF een verdere academisering van de sportgeneeskunde sterker moet ondersteunen.

In verband met een profilering van de sportarts naar sporters en collegae medici is er gepleit voor een aanpassing van de bestaande definitie van sportgeneeskunde:

“Sportgeneeskunde is de wetenschap die zich bezighoudt met alle medische aspecten van de sportbeoefening, zowel van basaal wetenschappelijke aard als van preventieve en curatieve aard” (Jongbloed & Jongh, 1955).

De volgende definitie is voorgesteld:

“Sportgeneeskunde is het specialisme dat zich bezig houdt met de wisselwerking tussen het menselijk houdings- en bewegingsapparaat en de interne orgaansystemen, die een rol spelen bij het kunnen leveren van fysieke inspanningen en prestaties” (Mosterd, 1997).

3.4. De consequenties voor de opleiding in termen van structuur en inhoud

Wat betreft de opleiding zou de organisatie moeten worden afgestemd op die van andere medische specialisaties. De opleiding wordt dan aangestuurd vanuit een academische setting en vindt plaats op identieke wijze als die van de overige opleidingen voor medisch specialismen.

Geconstateerd wordt echter dat er voornamelijk sprake is van een overgangssituatie en dat de structuur van het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS) voornamelijk wordt gecontinueerd in afwachting van de (inter)nationale ontwikkelingen m.b.t. de sportgeneeskunde.

Besproken is het meetellen van (sport)artsen in opleiding bij het te bereiken aantal van 120 sportartsen. Geconcludeerd wordt dat er voor kan worden gekozen de sportartsen naarmate de opleiding is gevorderd voor een groter percentage als sportarts mee te tellen. Bijvoorbeeld:

tijdens het eerste jaar 10%

tijdens het tweede jaar 10%

tijdens het derde jaar 30%

tijdens het vierde jaar 50%.

Gemiddeld betekent dat circa 25% per jaar

Overigens zou ook hierbij aangesloten kunnen worden bij de systematiek die wordt gevolgd door de andere specialismen, waarbij sprake is van een soortgelijke benadering.

Gememoreerd is dat bij een uitbreiding van de capaciteit van de opleiding de duur van de opleiding mogelijk moet worden verlengd en dat daarmee tegelijkertijd de kosten van de opleiding toe nemen.

Bij een toename van de onderwijscapaciteit zullen er nieuwe plekken moeten worden gecreëerd voor de praktijk-leer periodes. Daarvoor zou men t.z.t. terecht moeten kunnen binnen de ziekenhuizen die reeds intramurale sportgeneeskunde binnen de ziekenhuismuren hebben.

Sportartsen dienen in de opleiding te leren omgaan met collega-specialisten. Sportartsen werken in teamverband en moeten derhalve leren in teamverband te werken (in eerste lijn en kliniek).

Verder is er behoefte aan een aantal te ontwikkelen modules:

- prestatieverbetering sporter (is specifieke deskundigheid sportarts);
- jeugd en bewegen (psychologie, pedagogiek e.d.);
- specifieke doelgroepen: chronisch zieken, ouderen, e.d..

3.5 Gewenste scenario's naar aanleiding van de ontwikkelingen

Consensus bestaat over de voorkeur voor het vlekkenplan scenario gecombineerd met het werkbelasting scenario. De bereikbaarheid en kwaliteit van de sportgeneeskunde zijn bij uitstek gebaat bij een ontwikkeling in de richting van een evenwichtige spreiding van het aantal sportartsen. De regio's in het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen vormen daarbij een goed aanknopingspunt.

Geconstateerd wordt dat er in Nederland inderdaad een groot aantal witte vlekken bestaat. Voor de bereikbaarheid en de herkenbaarheid van de sportartsen, met name voor de breedte-sporter, vormt dat een belemmering. Momenteel is de aanwezigheid van de witte vlekken deels te verklaren vanuit het feit dat er nog te weinig geregistreerde sportartsen zijn om in elke regio een adequate structuur te ontwikkelen. Geconstateerd wordt dat het noodzakelijk is om geleidelijk en gelijkmatig de witte vlekken in te vullen.

Op de vraag of hier een verantwoordelijkheid ligt van de rijksoverheid wordt vastgesteld dat de primaire verantwoordelijkheid om te komen tot een spreidingsbeleid ligt bij de partijen in het veld. Ziekenhuizen, zorgverzekeraars en sportartsen dienen aan het spreidingsbeleid gestalte te geven. De rijksoverheid dient daarbij wel bestaande drempels weg te nemen.

Om het werkbelasting scenario inzichtelijk te kunnen maken is er informatie nodig over werkzaamheden/taken e.d. (taak-analyse). Registratie van het handelen van sportartsen dient zo spoedig mogelijk opgepakt te worden.

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Naar een voorkeurscenario voor de planning van het aantal sportartsen in Nederland

Bij de keuze van een voorkeurscenario spelen de volgende overwegingen een rol:

- de sportarts dient voor een brede laag sporters goed bereikbaar te zijn;
- de werkbelasting van de sportarts staat in verhouding tot de sportmedische problematiek, onder andere het aantal sportblessures, dat in aanmerking komt voor behandeling door de sportarts;
- preventieve taken, waaronder sportmedische begeleiding blijven inherent aan het functioneren van de sportarts;
- de preferente werklocatie voor de sportarts dient aan duidelijke kwaliteitscriteria te voldoen.

Op basis van deze uitgangspunten is gekozen voor het streven naar de realisatie van 4 tot 5 formatieplaatsen sportartsen per regio in het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen in 2010. Dit komt neer op de realisatie van circa 120 formatieplaatsen voor heel Nederland.

Het ziekenhuis wordt algemeen gezien als de centrale werkplek voor de sportarts, waarin en waar vanuit de sportarts werkt in een transmurale setting (buiten-poli, SMA). Het SMA is daarbij veelal gekoppeld aan het ziekenhuis. Er dienen goede samenwerkingsafspraken te zijn, met zowel de collega specialisten als met de huisartsen en (sport)fysiotherapeuten.

Voor de ontwikkeling van de sportgeneeskunde worden de volgende acties aanbevolen:

- * Er dient op zo kort mogelijke termijn gestreefd te worden naar een officiële erkenning van de sportgeneeskunde als klinisch specialisme.
- * Er moet betere informatie worden verstrekt aan de sporter/patiënt over de mogelijkheden van de sportgeneeskunde. De toegevoegde waarde van de sportarts dient ook naar andere specialisten beter te worden gecommuniceerd. Dit ter voorkoming van onnodig verzuim door patient-delay en doctors-delay en ter voorkoming van medical-shopping.
- * Ten behoeve van de implementatie van het scenario en tegelijkertijd van een adequaat kwaliteitsbeleid dient een beter inzicht te komen in het functioneren van de sportarts. Daarnaast dienen zo spoedig mogelijk goede registratie-systemen ten behoeve van de sportgeneeskunde ontwikkeld te worden.

Deelnemerslijst

Voorzitter

dr.ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker, TNO Preventie en Gezondheid

Groep A

drs. J. Aghina, Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)

dr. F.J.G. Backx, NOC*NSF, sector Sport & Gezondheid

dr. L.P.A. Bom, Nederlandse Orthopaedische Vereniging

mw. L. Dekker-Bakker, Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg

dhr. T. Langenhorst, Federatie van sportmedische adviescentra/NIOS

dr. B.H.J.M. Reerink, Landelijke Vereniging voor Sociale Geneeskunde

dr. C. Vervoorn, NOC*NSF, sector Topsport

Groep B

mw. A. Bruinsma, Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS)

mr. P.A. Hadders, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde

drs. M. Koornneef, Ministerie van VWS, directie Sport

dr. W. van Mechelen, Vereniging voor Sportgeneeskunde

ir. J.G. Meegdes, Academisch Sportmedisch Centrum Utrecht

prof. dr. W.L. Mosterd, Universiteit Utrecht, Vakgroep Medische Fysiologie en Sportgeneeskunde

drs. Th.C. de Winter, st. Antoniushove ziekenhuis Leidschendam, afdeling Sportgeneeskunde

PROGRAMMA

voorzitter dr. ir. M.W. De Kleijn-de Vrankrijker, TNO Preventie en Gezondheid

- 14.00 Inleiding door dr. F.J.G. Backx, NOC*NSF
- 14.05 Sportartsen in Nederland: verleden, heden en toekomst
Bespreking Hoofdstukken 1-5 van het TNO-PG rapport door drs. M. Stiggelbout
- 14.20 Scenario's voor manpowerplanning sportartsen
Bespreking Hoofdstuk 6 van het TNO-PG rapport door drs. W.T.M. Ooijendijk
- 14.35 Vragen naar aanleiding van het gepresenteerde materiaal/
suggesties voor alternatieve scenario's
- 15.00 Discussie in 2 subgroepen
- 15.45 Pauze
- 16.00 Plenair bespreken resultaten discussies subgroepen
- 16.45 Afronding
- 17.00 Slot

BIJLAGE 3

AFKORTINGEN

AFKORTINGEN

ASCU	Academisch Sportmedisch Centrum Utrecht
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BSGA	Bureau Sportgeneeskundige Aangelegenheden
BVO	Betaald Voetbal Organisatie
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
EFSM	European Federation of Sports Medicine
EG	Europese Gemeenschap
FBMS	Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring
FIMS	Federation International de Medicine Sportive
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVSG	Landelijke Vereniging Sociale Geneeskunde
NeCeDo	Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken
NIOS	Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen
NISGZ	Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NSF	Nederlandse Sport Federatie
NSG	Sportbond voor mensen met een verstandelijke handicap
NVFS	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg
OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
SGRC	Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie
SNS	Stichting Nationale Sporttotalisator
SMA	Sport Medisch Adviecentrum
SOS	Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
VSG	Vereniging voor Sportgeneeskunde
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg

WVC Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

WZV Wet Ziekenhuisvoorzieningen

