

Zorg voor sport en bewegen

Naar een optimale samenwerking tussen sportzorgprofessionals



drs. A.J.J. van der Kwartel (redactie)

Utrecht, januari 2006

Prismant

Prismant is dé zakelijke dienstverlener voor de Nederlandse gezondheidszorg. Zij beschouwt het als haar opdracht om haar klanten te ondersteunen bij het formuleren, implementeren en evalueren van hun beleid, gericht op verbetering van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit haar betrokkenheid bij de Nederlandse gezondheidszorg wil Prismant toonaangevend zijn in de markt, betrouwbaar zijn als partner en excelleren op het gebied van advies, onderzoek, informatievoorziening en opleiding.

© Stichting Prismant, Utrecht, februari 2006. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden veelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

© Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

Uitgever

Prismant
Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht
Telefoon 030 - 2345 678
Fax 030 - 2345 677
E-mail prismant@prismant.nl
ISBN 90-5376-!!!!

Prismant



Antwoord op uw vragen

Inhoudsopgave

Voorwoord	5	
Samenvatting	6	
1.	Inleiding	8
1.1	Achtergrond en context	8
1.1.1	Sport en zorg – zorg en sport	8
1.1.2	Het Strategisch Plan Sportgezondheidszorg	10
1.1.3	Taakherschikking	11
1.1.4	De nota 'Sport, bewegen en gezondheid'	12
1.1.5	Commissie Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg	12
1.2	Het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg	13
1.2.1	Vorbereiding	13
1.2.2	Doelstelling	13
1.2.3	Werkwijze	13
2.	Beelden van de sportgezondheidszorg	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Het zorgaanbod inhoudelijk	15
2.3	Het zorgaanbod organisatorisch	17
2.4	Het zorgaanbod naar situatie	18
2.5	Het zorgaanbod kwantitatief	19
3.	Beroepsdomeinen kerndisciplines	21
3.1	Beroepsdomein sportarts	21
3.2	Beroepsdomein sportfysiotherapeut	25
3.3	Beroepsdomein sportmasseur	29
4.	Sportbeoefening en zorgvraag	34
4.1	Inleiding	34
4.2	Het belang van sportbeoefening voor de sporter	34
4.3	Vijf typen zorgvragers en een typering van hun zorgvraag	34
4.3.1	Chronisch zieken	35
4.3.2	Inactieven → actieven	35
4.3.3	Recreatiegerichte sporters	36
4.3.4	Prestatiegerichte sporters	37
4.3.5	Maximale sporters	38
4.3.6	Samenvatting	39
5.	Doelgroepen en zorgketens	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Chronisch zieken	44
5.3	Inactief → actief	48
5.4	Recreatiegerichte sporters	52
5.5	Prestatiegerichte sporters	56
5.6	Maximale sporters	60

6.	Een schets van de consequenties	62
6.1	Inleiding	62
6.2	Relaties van de sportgezondheidszorg met aanpalend zorgaanbod	62
6.2.1	Inleiding	62
6.2.2	Chronisch zieken	62
6.2.3	Inactief → Actief	63
6.2.4	Recreatiegerichte sporters	64
6.2.5	Prestatiegerichte sporters	64
6.2.6	Maximale sporters	64
6.3	Een modelregio	64
6.4	Consequenties voor opleidingen en beschrijvingen van het beroepsdomein	65
7.	Aanbevelingen, voorstellen en intenties	67
7.1	Inleiding	67
7.2	De (organisatie van de) sportgezondheidszorg	67
7.3	De vraag naar sportgezondheidszorg	68
7.4	Raakvlakken van de sportgezondheidszorg met de algemene gezondheidszorg	69
7.5	Raakvlakken van de sportgezondheidszorg met de sport	69
Bijlage 1	Samenstelling Landelijk Platform Sportgezondheidszorg	71
Bijlage 2	Schatting aantallen prestatiegerichte en maximale sporters	72
Bijlage 3	Uitwerking voorstel implementatie regionale samenwerking	73
Literatuurlijst		75

Voorwoord

Het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg (LPS) heeft in opdracht van de minister van VWS een bijzondere prestatie geleverd. Vertegenwoordigende professionals uit de sportgezondheidszorg hebben met behulp van twee medewerkers van het NOC*NSF als 'klankbord' en onder het toezicht van een waarnemer vanuit het ministerie van VWS een gezamenlijke visie ontwikkeld op een samenhangende en transparante organisatie van de sportgezondheidszorg ten behoeve van de geblesseerde sporter en de chronisch zieke voor wie sport en bewegen een heilzame werking heeft.

De aanleiding tot deze visieontwikkeling werd gevormd door onder meer: de omvang van het aantal sportblessures en de consequenties daarvan (1,2 miljoen blessures, 2,6 miljoen ziektedagen en bijna € 600 miljoen aan kosten per jaar), de behoefte uit het veld en het belang van de stimulering van sport en bewegen ten behoeve van de gezondheid van het individu.

De opdracht aan het LPS luidde:

“Beschrijf een samenhangend en transparant stelsel van deskundigheden en vaardigheden ten behoeve van de noodzakelijk te leveren zorg als gevolg van sportbeoefening en ten behoeve van chronisch zieken.”

Het ontwikkelingsproces van het hierna geschreven voorstel en van de bijbehorende aanbevelingen was complex, vooral door de complexiteit van de beide betrokken maatschappelijke sectoren: sport en gezondheidszorg en van het raakvlak tussen beide sectoren dat in dit project centraal stond: de sportgezondheidszorg.

De aanbevelingen hebben in het bijzonder betrekking op de regionale aansturing en organisatie van de sportgezondheidszorg, op de ontwikkeling van de competenties en de formele positionering van de professionals en op de plaats en verantwoordelijkheden van de sportgezondheidszorg als onderdeel van de algemene gezondheidszorg. Zij vormen mede een wegwijzer voor de gebruiker van de sportgezondheidszorg.

Het is nu aan de wetgever om de voorwaarden te creëren waarbinnen deze aanbevelingen kunnen worden geconcretiseerd.

Dr. J.T. Braaksma
Voorzitter

Drs. A.J.J. van der Kwartel
Secretaris



Samenvatting

Sport en gezondheidszorg raken steeds nauwer met elkaar verweven. Vanuit de gezondheidszorg wordt de waarde van sport en bewegen voor de gezondheid steeds meer erkend. Sport heeft op haar beurt als maatschappelijke activiteit een sterke ontwikkeling doorgemaakt, waardoor het aantal sportgerelateerde hulpvragen aan de sportgezondheidszorg aanzienlijk is. Op het grensgebied van sport en gezondheidszorg ontwikkelt zich de sportgezondheidszorg onder invloed van impulsen vanuit beide maatschappelijke sectoren. Sportgezondheidszorg is een nog betrekkelijk jonge deelsector van de gezondheidszorg. Pas in 1987, dus nog geen twintig jaar geleden, is sportgeneeskunde officieel erkend als een zelfstandig sociaal-geneeskundig specialisme. Sindsdien heeft dit specialisme zorginhoudelijk een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Ook de verbijzondering 'sportfysiotherapie' binnen de fysiotherapie is van betrekkelijk recente datum. Sportmasseurs maken nog geen onderdeel uit van het 'gezondheidszorgdomein'. Met deze drie beroepsgroepen zijn tegelijkertijd de 'kerndisciplines' van de sportgezondheidszorg genoemd.

Deze drie kerndisciplines zijn op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met elkaar in overleg getreden om te komen tot afspraken voor een verhoging van de doelmatigheid van de sportgezondheidszorg. Deze zou tot stand kunnen worden gebracht door:

- de positie van de sportgezondheidszorg binnen en de relatie met de algemene gezondheidszorg helder te beschrijven,
- de bouwstenen aan te dragen voor functionele verwijsafspraken binnen de sportgezondheidszorg en tussen de sportgezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg,
- de mogelijkheden voor taakafstemming en taakherschikking te beschrijven.

De drie beroepsorganisaties van deze kerndisciplines, respectievelijk de VSG, de NVFS en het **NGS**, hebben met elkaar overleg gevoerd in het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg (LPS). Naast vertegenwoordigers van de drie genoemde beroepsorganisaties hebben ook twee medewerkers van NOC*NSF als 'klankbord' aan de bijeenkomsten deelgenomen. Een ambtenaar van het ministerie van VWS nam als waarnemer deel aan de bijeenkomsten van het LPS die werden voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter.

Het voorliggende rapport is een neerslag van de gedachtevorming over deze onderwerpen tussen vertegenwoordigers van de drie kerndisciplines. Het bevat beschrijvingen van de beroepsdomeinen van de drie kerndisciplines waaruit kan worden afgeleid wat de competenties van de beroepsbeoefenaren zijn en waar taakafstemming en eventueel taakherschikking mogelijk zijn.

De sportgezondheidszorg beschouwt vijf groepen zorgvragers als 'haar' doelgroepen:

1. Alle sporters met sportgerelateerde zorgvragen die een specialistisch antwoord behoeven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen:
 - a. recreatiegerichte sporters
 - b. prestatiegerichte sporters
 - c. maximale sporters
2. Mensen die na een langdurige periode van inactiviteit (weer) actief willen gaan sporten en daarbij gezondheidsrisico's lopen.
3. Chronisch zieken die een hulpvraag hebben op het gebied van sport en bewegen in relatie tot hun aandoening.

Voor ieder van deze vijf doelgroepen zijn in dit rapport zogeheten 'zorgketens' geformuleerd. Dat wil zeggen dat beschreven staat welke ingangen deze zorgvragers hebben om de sportgezondheidszorg te benaderen en hoe zij vanuit iedere ingang verder kunnen worden verwezen naar de hulpverlener die het meest adequaat (in termen van kwaliteit en doelmatigheid) hun vraag kan beantwoorden.

Geconstateerd moet worden dat op veel gebieden nog geen adequate verwijzingsafspraken bestaan, in het bijzonder tussen beroepsbeoefenaren uit de algemene gezondheidszorg en de sportgezondheidszorg. Maar ook binnen de sportgezondheidszorg zelf moeten nog nader afspraken worden gemaakt over onderlinge verwijzingen, zeker in het licht van doelmatige afstemming van taken. Het ontwikkelen van dergelijke afspraken is dan ook een belangrijke aanbeveling van het LPS.

Maar om dat te realiseren is meer nodig. Belangrijke aanbevelingen van het LPS betreffen onder meer:

- De competenties van de sportzorgprofessionals (sportarts, -fysiotherapeut en -masseur) dienen ruim bekend te zijn bij zorgprofessionals in de algemene gezondheidszorg (in het bijzonder huisarts en medisch specialist) en bij aanbieders van sportieve activiteiten, zoals sportverenigingen, fitnesscentra en sportscholen.
- Cliënten moeten goed bekend kunnen zijn bij welke hulpverlener zij het beste terecht kunnen met hun sportgerelateerde zorgvraag. Zij moeten weten waar in hun omgeving sportzorgprofessionals zijn te vinden. Deze informatie moet via internet breed toegankelijk worden gemaakt.
- Aanbieders van sport- en beweegactiviteiten dienen over een gezondheidsbeleid te beschikken, waarin onder andere aandacht wordt gegeven aan screening van nieuwe leden of deelnemers op de vraag of zij tot bepaalde risicogroepen behoren, leeftijdsbeleid en aan contacten met sportzorgprofessionals uit de omgeving.

Het LPS beveelt aan om in een drietal experimentregio's de voorgestelde afspraken in de loop van twee of drie jaar integraal te ontwikkelen en de bevindingen uit deze experimenten breed te verspreiden naar andere regio's, zodat uiteindelijk in heel Nederland sprake is van een doelmatig functionerende sportgezondheidszorg die zich een optimale plaats heeft verworven op het overlappende gebied tussen twee belangrijke maatschappelijke sectoren: sport en gezondheidszorg.



1. Inleiding

Dit inleidende hoofdstuk bevat beschrijvingen van de achtergrond en context van dit rapport, van de taakstelling die aan dit rapport ten grondslag heeft gelegen en van de gevolgde werkwijze. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht over dit rapport.

1.1 Achtergrond en context

In deze paragraaf wordt de achtergrond van dit rapport geschetst. Na een korte beschrijving van het maatschappelijke deelterrein waar sport en zorg elkaar ontmoeten, worden in de drie daarop volgende paragrafen ontwikkelingen beschreven die de aanleiding hebben gevormd tot het schrijven van dit rapport. Ten slotte wordt kort ingegaan op een meer recente ontwikkeling die van belang is voor de context van dit rapport.

1.1.1 Sport en zorg – zorg en sport

“Sport is goed, Zorg moet” luidde het motto, dat de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) haar beleidsnota uit 2002 meegaf. Een terecht motto. Zo langzamerhand is iedereen er wel van overtuigd dat sport en bewegen leiden tot een betere gezondheid en daarmee tot een hogere kwaliteit van leven, ook -en misschien wel juist- voor mensen die weinig lichamelijk actief zijn of aan een chronische aandoening lijden.

Tegelijkertijd moet worden geconstateerd dat sporten ook tot gezondheidsrisico's kan leiden. Sporters kunnen blessures oplopen. Sporters die het maximale uit hun lichamelijke mogelijkheden proberen te halen zijn daarbij extra kwetsbaar. Ook zijn er mensen die na een soms jarenlange periode van inactiviteit weer aan sport willen gaan doen. Over deze groep mensen is er de zorg of zij kunnen gaan sporten zonder gezondheidsschade op te lopen. Deze zorg geldt evenzeer voor mensen met chronische aandoeningen.

Sport en gezondheidszorg zijn nauw met elkaar verweven. De sportgezondheidszorg is echter een nog relatief jonge deelsector van de gezondheidszorg. Zij ontwikkelt zich op de grens van twee complexe deelsectoren van de samenleving: de gezondheidszorg en de sport. Vanuit de sport is in de loop van de jaren steeds meer aandacht ontstaan voor de gezondheidszorgaspecten en vanuit de gezondheidszorg wordt 'sport en bewegen' steeds nadrukkelijker een aandachtsgebied. Ieder van deze twee deelsectoren kent haar eigen ontwikkelingslijnen die tot op heden niet of nauwelijks op elkaar zijn afgestemd.

Een korte schets van de voor dit rapport belangrijkste ontwikkelingen in deze beide maatschappelijke sectoren:

Gezondheidszorg

De belangrijkste -voor de sportgezondheidszorg relevante- ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn:

1. De aandacht voor het aspect 'sport en bewegen' is vanuit de gezondheidszorg sterk toegenomen. De laatste jaren wordt het belang van 'gezond bewegen' naast zaken als gezonde voeding steeds meer benadrukt. Gezondheidswinst door sport en bewegen wordt ook vanuit de gezondheidszorg steeds meer onderkend.

2. De ontwikkeling van de beroepsinhouden van de betrokken professionele beroepsgroepen.
 - 2.1. De sportarts heeft zich in de loop van de tijd ontwikkeld van een beroepsgroep die vooral preventief en beleidsmatig werkt, tot een beroepsgroep die voor een belangrijk deel ook diagnostische en curatieve werkzaamheden verricht, veelal in tweedelijnsvoorzieningen dan wel in gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen, zoals sportmedische instellingen.
 - 2.2. Binnen de fysiotherapie heeft de sportfysiotherapie zich als een afzonderlijke verbijzondering ontwikkeld. Ook zij is direct toegankelijk voor patiënten/cliënten.
 - 2.3. De beroepsinhoud van de **sportmasseur** ontwikkelt zich tot die van een breed inzetbare sportzorgprofessional. Er is veel aandacht voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening en voor de ontwikkeling van aanvullende cursussen over een breed spectrum van aanpalende onderwerpen. Een nieuw beroep is in ontwikkeling, dat van de 'sportverzorger' die, gegeven het opleidingsprofiel, volwaardig deel uit kan maken van het 'zorgdomein' van de sportgezondheidszorg.
3. In de gezondheidszorg is in toenemende mate aandacht voor doelmatigheidsbevordering door taakherschikking. Dat wil zeggen dat een zorgvraag zo veel mogelijk terecht komt bij degene die qua opleidingsniveau deze het meest adequaat (in termen van kwaliteit én doelmatigheid) kan beantwoorden.

Sport

De samenleving is steeds meer aan het 'versporten'. Sport neemt als amusement een steeds belangrijker plaats in, maar ook het zelf willen sporten en bewegen wordt voor steeds meer mensen belangrijk. Daarin zijn wel veranderingen merkbaar. In de algemene trend naar individualisering van de samenleving zijn er signalen dat sportverenigingen steeds meer 'sport op maat' gaan aanbieden. Zij zullen zich meer 'marktgericht' gaan ontwikkelen. Sportverenigingen zullen zich meer gaan instellen op die nieuwe, meer individueel bepaalde vraag naar sportbeoefening. De sportvereniging zal daarbij ook open moeten staan voor het gegeven dat het voor veel mensen niet alleen maar gaat om de sport zelf maar ook om de gezondheidswinst die men daarmee verwacht te behalen. De algemene gezondheidstoestand van de sporter wordt een steeds belangrijker motivering om te gaan sporten.

Wanneer sportverenigingen zich daarbij gaan richten op doelgroepen, zullen zij een apart sportaanbod kunnen gaan ontwikkelen voor bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken.

Met dat gegeven zal in de toekomst de relatie tussen de sportverenigingen en de gezondheidszorg aan belang winnen.

Tegelijkertijd wordt sport ook vrijblijvender, grootschaliger en commerciëler. Steeds meer mensen willen niet in georganiseerd verband hun sport beoefenen. Zij willen sporten op hun eigen manier en op de momenten dat het hun uitkomt. Wandelen, hardlopen, fietsen en zwemmen voldoen aan die voorwaarden en kunnen zich dan ook in een toenemende belangstelling verheugen. Dit dreigt ten koste te gaan van de verenigingssport. Fitness lijkt een tussenvorm. Het sporten gebeurt wel in georganiseerd verband, maar de sporter ('cliënt') is toch in redelijke mate in staat om zelf het programma en de momenten van sportbeoefening te bepalen.

Een grotere sportparticipatie, ook door meer kwetsbare groepen, zoals ouderen en chronisch zieken, verhoogt het risico op sportblessures en kan dus leiden tot een groter beroep op de (sport)gezondheidszorg. Hierover volgen enkele feiten en cijfers.



Feiten en cijfers

Enkele feiten en cijfers om het belang van de combinatie 'sport' en 'zorg' te illustreren:

- In totaal sporten er in Nederland ongeveer 7,3 miljoen mensen.
- Er ontstaan jaarlijks ongeveer 1,2 miljoen sportblessures, waarvan de helft medisch wordt behandeld. Ongeveer 150.000 blessures worden behandeld op de spoedeisende afdeling van een ziekenhuis. Dit brengt (inclusief vervolgbehandeling) naar schatting 97 miljoen euro aan medische kosten met zich mee.
- Deze blessures leiden onder meer tot 290.000 consulten bij huisartsen, 230.000 consulten bij fysiotherapeuten en ruim 170.000 consulten bij medisch specialisten en (sport)artsen.
- Blessures aan de enkels (kneuzingen en verstuikingen) komen verreweg het meest voor. In totaal bijna 200.000. Ongeveer 80.000 worden medisch behandeld.
- Sportblessures leiden tot 2,6 miljoen dagen arbeidsverzuim en tot 820 duizend dagen schoolverzuim.

Gegevens over 2000-2002. Bron: Sportblessures: het totale speelveld (Schmikli et al, 2004)

Het bovenstaande illustreert het belang van zorg voor de sportbeoefening. Er is ook een belang van sport als onderdeel van de zorg als onderdeel van herstel en als bijdrage aan het verhogen van de kwaliteit van leven. Ook hierover enkele feiten en cijfers.

- Naar schatting zijn er tussen de 1,5 en 4,5 miljoen mensen in Nederland met een chronische aandoening.
- In de komende 20 jaar zal dit aantal naar verwachting met 25 tot 55 procent groeien.
- Verantwoord bewegen kan het beloop van een aantal chronische aandoeningen gunstig beïnvloeden.
- Er is echter juist onder de groep chronisch zieken sprake van bewegingsarmoede. In het bijzonder onder mensen met artrose, hart- en vaatziekten en astma/COPD.

Bron: Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003 (Hildebrandt, et al, 2004)

In het vervolg van dit hoofdstuk worden vier beleidsmatige achtergronden geschetst voor het werk van het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg.

1.1.2 Het Strategisch Plan Sportgezondheidszorg

In de eerste helft van 1999 hebben vertegenwoordigers van een aantal belangen- en beroepsorganisaties in de sportgezondheidszorg een poging ondernomen om te komen tot een gemeenschappelijke visie op de gewenste organisatie van de sportgezondheidszorg. Initiatiefnemer hiertoe was het NOC*NSF. De overige betrokken organisaties waren: de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Sport (NVFS), het **Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS)** en de (toenmalige) Federatie van SportMedische Adviescentra (FSMA). Met elkaar vormden deze vertegenwoordigers de 'Stuurgroep Strategisch Plan Sportgezondheidszorg'. Het initiatief bouwde voort op een gezamenlijke intentieverklaring die deze partijen in 1998 hadden opgesteld met betrekking tot het oplossen van knelpunten in de sportgezondheidszorg (FSMA et al., 1998).

De doelstelling van dit initiatief luidde:

“Het opstellen van een strategisch plan voor de sportgezondheidszorg, waarin een samenhangende visie wordt gegeven op de gewenste ontwikkelingen in de sportgezondheidszorg en dat:

- *de instemming heeft van de belangrijkste partijen op het terrein van de sportgezondheidszorg;*
- *een richtinggevend kader biedt voor de ontwikkeling van de sportgezondheidszorg in de komende jaren.”*

Deze doelstelling is niet gerealiseerd. Wel is op hoofdlijnen consensus bereikt over de kerncompetenties van de betrokken beroepsgroepen en over enkele hoofdlijnen van ontwikkelingen in de sportgezondheidszorg. Er bleven echter nog vele vragen onbeantwoord.

De Stuurgroep heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd die mede de basis hebben gevormd voor het tot stand komen van het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg. De belangrijkste aanbevelingen in dit verband waren:

1. Een neutrale en voor alle partijen acceptabele persoon moet de onderlinge problemen tussen de koepelorganisaties inventariseren en neutraliseren.
2. Er moet rekening mee worden gehouden dat een dergelijk overleg lang duurt.
3. Er moet een coördinerende stuurgroep worden geïnstalleerd. Deze stuurgroep kent naast vertegenwoordigers van de belangrijkste belangen- en beroepsgroepen een onafhankelijk voorzitter en een onafhankelijk ambtelijk secretaris.
4. Het ministerie van VWS lijkt de meest aangewezen organisatie voor het faciliteren van een dergelijke stuurgroep.

(Goedhart, 1999)

1.1.3 Taakherschikking

Sinds de tweede helft van de jaren negentig is de belangstelling voor taakherschikking in de gezondheidszorg steeds groter geworden. Hiervoor zijn verschillende achtergronden aan te geven, zoals de ontwikkelingen in de beroepsuitoefening en de opleidingen. De belangrijkste motivatie is echter de zorg voor de almaar groeiende zorgvraag, waarvan algemeen wordt aangenomen dat deze bij gelijkblijvende organisatie van de gezondheidszorg niet langer adequaat kan worden opgevangen.

De doelmatigheid van het gezondheidszorgstelsel als zodanig moet dus worden verhoogd. Eén van de manieren om dat te bewerkstelligen is om een optimale 'match' aan te brengen tussen het opleidingsniveau van de hulpverlener en de vragen waarmee hij of zij te maken krijgt. In de praktijk betekent dit dat onderzocht moet worden of bepaalde taken niet kunnen worden verschoven van artsen naar lager opgeleide hulpverleners.

In 2002 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies over dit onderwerp uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De RVZ is van mening dat taakherschikking maximale kansen moet krijgen, zolang de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg gewaarborgd is. Naar de mening van de RVZ heeft taakherschikking een toegevoegde waarde voor de organisatie van de zorg, het innovatief vermogen en de arbeidsmarkt.

Volgens de RVZ moet aan twee voorwaarden zijn voldaan:

1. Alle partijen moeten het erover eens zijn dat niet alle vragen van patiënten door artsen behoeven te worden beantwoord.
2. Alle partijen moeten het erover eens zijn dat er sprake is van diversiteit in deskundigheid onder hulpverleners.



In meerdere deelsectoren van de gezondheidszorg worden momenteel de mogelijkheden van taakherschikking onderzocht of zelfs al in de praktijk uitprobeerd. Dit gegeven vormt één van de achtergronden van de instelling van de Commissie Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg (zie ook paragraaf 1.1.5).

1.1.4 De nota 'Sport, bewegen en gezondheid'

Op 28 juni 2001 bood de toenmalige staatssecretaris van VWS de nota 'Sport, bewegen en gezondheid' aan de Tweede Kamer aan. Doel van deze nota is "...om met een actief, wervend beleid de gezondheidswinst van sport en beweging bij mensen te vergroten. Tegelijkertijd is het streven erop gericht de gezondheidsrisico's bij sport en beweging te verkleinen" (ministerie van VWS, 2001).

De nota ademt de sfeer van het vergroten van de aandacht voor sport en bewegen.

In deze nota werden onder meer de volgende speerpunten van beleid benoemd:

- bevorderen dat een breed publiek het belang van gezond bewegen en een actieve leefstijl inziet;
- stimuleren van beweging door chronisch zieken;
- de instelling van een platform sportgezondheidszorg. Diverse partijen in de sportgezondheidszorg worden uitgenodigd om voorstellen te doen voor een samenhangend, transparant pakket aan dienstverlening van curatieve en preventieve taken. Daarbij is ook aandacht voor de positie van sportartsen.
- het instellen van een centraal onderzoeksprogramma op het gebied van sport, bewegen en gezondheid.

1.1.5 Commissie Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg

Bij besluit van 16 februari 2004 is door de minister van VWS de Stuurgroep 'Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg' (MOBG) ingesteld.

Deze stuurgroep heeft tot taak "... de veldpartijen te stimuleren zorgopleidingen en beroepstructuur te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende samenhangende besturingsstructuur. (...) [Dit] stelsel zal ten dienste staan van een moderne en doelmatige inrichting van de zorgverlening, zowel in de cure als in de care en de preventie" (ministerie van VWS, 16 februari 2004).

Gegeven de taakstelling van deze stuurgroep is er een rechtstreeks verband met het werk van het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg. In het LPS is nagedacht over de vraag op welke wijze de verschillende beroepsgroepen optimaal met elkaar kunnen samenwerken ten behoeve van een effectieve, doelmatige en transparante sportgezondheidszorg. De ontwikkelde visie heeft ook consequenties voor de afstemming van de competenties van de verschillende beroepsgroepen en dus voor (de samenhang in) de opleidingseisen van de verschillende beroepsbeoefenaars.

1.2 Het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg

1.2.1 Voorbereiding

Tegen de achtergrond van de eerstgenoemde ontwikkelingen (de instelling van de commissie MOBG is van recentere datum) is op verzoek van het ministerie van VWS in 2002 een verkennend onderzoek uitgevoerd naar het draagvlak voor een platform, zoals in de nota 'Sport, bewegen en gezondheid' omschreven, de taakstelling van een dergelijk platform en de meest wenselijke samenstelling. Op grond van dit verkennende onderzoek heeft de minister middelen ter beschikking gesteld om een 'Landelijk Platform Sportgezondheidszorg' (LPS) te vormen. In het LPS zijn de drie kerndisciplines uit de sportgezondheidszorg vertegenwoordigd: sportartsen, sportfysiotherapeuten en sportmasseurs. Twee medewerkers van NOC*NSF, vanuit de achtergrond van topsport en breedtesport, werden uitgenodigd als adviseur deel te nemen ten behoeve van de inbreng van de sporter als (potentiële) vrager naar sportgezondheidszorg. Vanuit het ministerie van VWS was een waarnemer aanwezig bij de vergaderingen. Het LPS werd begeleid door een onafhankelijk voorzitter en een onafhankelijk secretaris.

1.2.2 Doelstelling

Aan het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg werd de volgende doelstelling toegeschreven:

Het ontwerpen van een samenhangend stelsel van deskundigheden en vaardigheden voor noodzakelijke zorg als gevolg van sportbeoefening.

Deze algemene doelstelling werd als volgt nader geconcretiseerd:

1. Omschrijf op hoofdlijnen de vraag naar sportgezondheidszorg. Maak daarbij zo nodig onderscheid naar verschillende typen zorgvraag, die als afzonderlijke deelsectoren binnen de sportgezondheidszorg kunnen worden beschouwd. Beschrijf op grond hiervan het 'domein' dat wordt afgedekt met de term 'sportgezondheidszorg'.
2. Beschrijf voor het omschreven domein 'sportgezondheidszorg' een functionele taakverdeling van de drie kerndisciplines (sportartsen, sportfysiotherapeuten, sportmasseurs) voor ieder van de onderscheiden deelsectoren en de daarbij behorende organisatie. Ga daarbij uit van een 'ideaaltypische' gezondheidszorgregio. Geef ook aan welke functies een bovenregionaal aanbod vereisen.
3. Beschrijf de relatie van de drie kerndisciplines met aanpalende disciplines in de algemene - en de sportgezondheidszorg.
4. Geef de consequenties aan van de bevindingen onder de punten 1, 2 en 3 voor het opleidingsstelsel in de sportgezondheidszorg en voor de mogelijke formele posities van de drie kerndisciplines.

1.2.3 Werkwijze

In het realiseren van deze doelstellingen heeft het LPS de volgende stappen gevolgd:

- Omschrijven wat tot het domein van de sportgezondheidszorg moet worden gerekend. Er is niet gestreefd naar een precieze omschrijving. Het domein van de sportgezondheidszorg is zodanig beschreven dat de grote bulk van de zorgvragen er wel in vervat is. Deze beschrijving is opgenomen in hoofdstuk 2.



- De werkdomeinen van de drie kerndisciplines omschrijven. Hierdoor wordt voor iedereen helder wat de competenties van de drie beroepsgroepen zijn. Wat mag gezien hun opleiding van hen worden verwacht? Maar ook: waar liggen de grenzen van hun bevoegdheden en deskundigheden? Deze beschrijvingen zijn opgenomen in hoofdstuk 3.
- Het identificeren van een aantal doelgroepen voor de sportgezondheidszorg. Daarbij valt in eerste instantie onderscheid te maken tussen 'zorg voor sporters' en 'sport als medicijn'. De eerste groep is nader ingedeeld naar de mate van intensiteit waarmee de sporter zijn sport wenst te beoefenen. De tweede groep betreft bepaalde categorieën chronisch zieken. De neerslag van deze discussie is te vinden in hoofdstuk 4.
- Vervolgens is in kaart gebracht welke zorgproducten aan welke doelgroepen door welke hulpverleners in hoofdzaak worden aangeboden. Deze analyse heeft geresulteerd in het onderscheiden van twaalf 'zorgketens'. Onder een zorgketen wordt verstaan: "Een samenhangend stelsel van zorgaanbod, gericht op het beantwoorden van een specifiek type zorgvraag, waarbij meerdere beroepsgroepen betrokken (kunnen) zijn." Deze zorgketens zijn beschreven in hoofdstuk 5. Per doelgroep zijn in dit hoofdstuk ook aanbevelingen opgenomen.
- In hoofdstuk 6 wordt een beschrijving gegeven van de relaties van de sportgezondheidszorg met het aanpalende zorgaanbod, waarbij inbegrepen een schets van een 'ideale' regio, waar het gaat om de organisatie en inbedding van de sportgezondheidszorg in haar relatie tot de sport en de gezondheidszorg.
- Op grond van de aanbevelingen uit hoofdstuk 5 en de schets in hoofdstuk 6 zijn in hoofdstuk 7 aanbevelingen en voorstellen geformuleerd.

2. Beelden van de sportgezondheidszorg

2.1 Inleiding

De vermenging van sport en gezondheidszorg levert een ingewikkeld stelsel van voorzieningen op. Vanuit 'de zorg' zijn er zorgprofessionals die zich specifiek op de zorgvraag van sporters richten, zoals onder meer sportartsen, sportfysiotherapeuten en sportmasseurs en institutionele zorgaanbieders, zoals afdelingen van ziekenhuizen en sportmedische instellingen. Vanuit 'de sport' zijn er organisaties die aan sporters ondersteuning en begeleiding aanbieden, waarbinnen vaak ook ruimte is voor een aanbod aan gezondheidszorg. Alles bij elkaar levert dit een complex beeld op, waarin het moeilijk is om een helder zicht te krijgen op overlappingen en grenzen. In dit hoofdstuk wordt een poging gedaan het aanbod aan sportgezondheidszorg te beschrijven vanuit de zorg. Daarbij gaat het om hoofdlijnen. De beschrijving is gebaseerd op vier aspecten van het zorgaanbod: het inhoudelijke, het organisatorische, het situationele en het kwantitatieve aspect.

2.2 Het zorgaanbod inhoudelijk

In het rapport 'Sportzorg op de kaart' (Van Boven, 2002) benoemt het RIVM negen 'zorgproducten' van de sportgezondheidszorg:

1. Sportkeuring
Een beoordeling van de individuele gezondheid en de geschiktheid om te bewegen/sporten. Een sportarts doet hiervoor een sportmedisch onderzoek.
2. Blessurebeoordeling
Beoordeling van een sportblessure door een sportarts, sportfysiotherapeut en/of **sportmasseur** en advies over het vervolgtraject.
3. Blessurebehandeling
Behandeling van een sportblessure door een (sport)arts en (sport)fysiotherapeut, op verwijzing van een (sport)arts. Doel is de persoon terug te brengen naar zijn oorspronkelijke prestatieniveau. Hieronder vallen ook sportrevalidatie, oefentherapie en training.
4. Blessurepreventie
Advies aan personen en/of organisaties over te nemen maatregelen die het ontstaan van blessures kunnen voorkomen c.q. beperken.
5. Sport-/beweegadvies
Individueel advies over de duur, frequentie en intensiteit van een aantal geschikte sport- en beweegvormen.
6. Testen en meten
Het beoordelen van de fitheid van een persoon of een groep op basis van sportfysiologische testen.
7. Materiaaladvies
Beoordelen van materialen bij een bepaalde sport of bewegingsvorm met het doel de prestatie te bevorderen en/of de gezondheid te beschermen.
8. Voedingsadvies
Advies over algemene voeding en specifieke diëten op basis van een individuele voedingsanamnese, een analyse van de lichamelijke activiteit en de kenmerken/wensen van de sporter.



9. Begeleiding

Meerdere onderdelen ten behoeve van individu, teams, vereniging en/of evenementen over een langere periode.

(Bron: Van Boven, 2002)

Het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg is van mening dat Eerste Hulp bij Sport Ongevallen (EHBSO) daar nog als apart product bij moet worden genoemd. EHBSO is een combinatie van blessurebeoordeling en (eerste) blessurebehandeling die als één geheel wordt aangeboden.

De onderlinge relatie tussen deze zorgproducten wordt zichtbaar wanneer het aanbod aan sportgezondheidszorg als een proces wordt beschreven. Een probleem daarbij is dat in de praktijk van de sportgezondheidszorg preventie, curatie en revalidatie niet altijd scherp van elkaar zijn te onderscheiden. Daarom wordt volstaan met een korte typering van deze begrippen. Hierbij wordt zowel gebruik gemaakt van de hierboven gebruikte termen als van de begrippen die in de beschrijvingen van de beroepsdomeinen van de kerndisciplines (hoofdstuk 3) worden gebruikt.

Preventie

Preventie in de sportgezondheidszorg wil zeggen: het voorkomen dat (nieuwe) blessures optreden dan wel dat bestaande aandoeningen verergeren.

Tot preventieve activiteiten kunnen onder meer worden gerekend:

- voorlichting
- keuringen/sportmedisch onderzoek
- fitheids- of conditietesten (variërend van basaal tot uitgebreid)
- advisering ter verbetering van de conditie
- taping, massages en mobilisaties
- advisering ter voorkoming van blessures (waaronder materiaaladvies)

Curatie

Onder curatie wordt verstaan de diagnostiek en therapie na het optreden van een blessure. Hier toe kunnen de volgende activiteiten worden gerekend:

- diagnostiek
 - het opstellen van een behandelplan
 - het (laten) uitvoeren van de behandeling
- Hieronder kunnen activiteiten vallen zoals: het voorschrijven en laten uitvoeren van oefeningen, mobiliseren, masseren, taping en bandageren.
- verwijzing naar andere hulpverleners

Iedere beroepsbeoefenaar kan binnen zijn eigen deskundigheidsdomein diagnoses stellen en behandelplannen opstellen. Sportmasseurs mogen echter geen pathologie behandelen. Wel kunnen zij op verwijzing van een sportarts of sportfysiotherapeut behandelingen uitvoeren.

Revalidatie

Onder revalidatie wordt binnen de sportgezondheidszorg verstaan het proces om na (genezing van) een blessure weer terug te komen tot een niveau waarop sport beoefend kan worden, zo mogelijk op hetzelfde niveau als waarop de sport eerder werd beoefend. In de praktijk zal er geen scherp onderscheid zijn te maken tussen curatie en revalidatie. In veel gevallen zal het nauwelijks mogelijk zijn om een grens te trekken waar de behandeling eindigt en de revalidatie begint.

De volgende activiteiten kunnen tot het revalidatie-aanbod worden gerekend:

- het opstellen van revalidatieplannen;
- begeleiding bij herstel door middel van bijvoorbeeld massage, preventieve tapingen of bandages en aangepaste trainingschema's.

Reïntegratie

Soms wordt in de sportgezondheidszorg ook nog een 'reïntegratiefase' opgenomen als onderdeel van het herstelproces. Dit is de fase waarin de sporter wordt klaargestoomd om weer volledig deel te kunnen nemen aan sportwedstrijden. Het onderscheid met de revalidatiefase is niet scherp te maken. Het LPS is van mening dat deze fase niet tot de sportgezondheidszorg moet worden gerekend. Het gezondheidsprobleem is immers opgelost, er is nu nog vooral sprake van een 'prestatieprobleem'. In de visie van het LPS eindigt de bijdrage van de sportgezondheidszorg, waar het werk van de trainer begint. Wel zal de **sportmasseur** een bijdrage kunnen leveren aan het reïntegratieproces.

2.3 Het zorgaanbod organisatorisch

Individueel of in teamverband

De hiervoor beschreven zorgproducten zullen in de meeste gevallen door individuele zorgverleners worden aangeboden. Waar het gaat om verschillende disciplines, kunnen deze individuele hulpverleners met elkaar 'zorgketens' vormen door onderling afspraken te maken over doorverwijzingen.

Er kunnen zich echter ook situaties voordoen (bijvoorbeeld bij grootschalige sportevenementen of bij de blessurebehandeling van topsporters) waarin sportgezondheidszorg wordt aangeboden door een multidisciplinair team van hulpverleners. In dat geval is sprake van een nadere organisatie van het zorgaanbod in termen van de verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling bij de hulpverlening.

Institutionele zorg

Naast deze individuele vormen van aanbod aan sportgezondheidszorg zijn er ook institutionele vormen. Het gaat dan in het bijzonder om de Sportmedische Adviescentra (SMA) en de Sportgeneeskundige afdelingen van ziekenhuizen (SGA). Tegenwoordig worden beide vormen samen genomen onder de noemer 'Sportmedische instellingen' (SMI).

Niet alleen sporters kunnen gebruik maken van de kennis die aanwezig is bij sportmedische instellingen, maar ook mensen die om gezondheidsredenen moeten bewegen.

Zorgvragers kunnen bij SMI's terecht voor:

- consulten bij klachten of sportblessures;
- sportkeuringen en advisering over geschiktheid en prestatiebevordering (advieskeuringen);
- begeleiding (individueel, via vereniging of bij evenementen).

In Nederland zijn er meer dan veertig erkende sportmedische instellingen. Zij hebben gespecialiseerde sportartsen in dienst, stellen diagnoses, behandelen blessures, geven adviezen en doen sportmedische onderzoeken zoals verplichte sportkeuringen. Deze instellingen zijn niet alleen voor topsporters. Iedereen kan door een sportmedische instelling worden geholpen, ongeacht niveau of leeftijd. De instellingen die zijn aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) zullen op afzienbare termijn door een onafhankelijke organisatie worden gecertificeerd.



2.4 Het zorgaanbod naar situatie

Hulpverleners in de sportgezondheidszorg kunnen in drie verschillende situaties hun deskundigheden en vaardigheden aanbieden, namelijk bij:

1. een individuele vraag om zorg en begeleiding;
2. een vraag om collectieve zorg en begeleiding;
3. een vraag om evenementenbegeleiding.

Individuele zorg en begeleiding

Individuele zorg wil zeggen dat er sprake is van een één-op-één relatie tussen de hulpverlener en de sporter. Het zorgaanbod bestaat uit de in paragraaf 2.2 omschreven activiteiten.

Collectieve zorg en begeleiding

Collectieve zorg en begeleiding wil zeggen: het verzorgen van een totaal aanbod aan sportgezondheidszorg voor een collectief aan sportbeoefenaren. Dat kan een team zijn, een vereniging of een sportbond. De inhoud van collectieve zorg en begeleiding hangt mede af van het niveau waarop deze wordt gegeven. Op teamniveau zal de begeleiding vooral praktisch zijn (bijvoorbeeld blessurepreventie), op het niveau van een bond zal de begeleiding vooral beleidsmatig van karakter zijn (bijvoorbeeld de ontwikkeling van een blessurepreventieplan dat door meerdere verenigingen kan worden gebruikt).

Bij collectieve begeleiding kunnen meerdere sportzorgprofessionals betrokken zijn en zullen tussen deze professionals multidisciplinaire werkafspraken zijn gemaakt. Kortom: er is sprake van organisatie van de sportgezondheidszorg rondom een georganiseerde groep sporters. Een volledig 'team' van sportzorgprofessionals kan bestaan uit één of meer sportartsen, -fysiotherapeuten, **-masseurs**, -psychologen en -diëtisten.

De wijze waarop teambegeleiding in de praktijk wordt vormgegeven, is mede afhankelijk van het type sportorganisatie en de financiële mogelijkheden. Een professionele sportorganisatie zal een heel begeleidingsteam in dienst kunnen hebben, maar een 'gewone' sportvereniging zal hooguit gebruik maken van een **sportmasseur** die bij de wedstrijden en eventueel de trainingen van de selectieteams aanwezig is. Ook zijn tussenvormen mogelijk. Bijvoorbeeld, wanneer een vereniging met een sportarts afspraken heeft over een 'achtervangfunctie', terwijl bij de wedstrijd zelf een **sportmasseur** of -fysiotherapeut aanwezig is.

Evenementenbegeleiding

De term 'evenement' wordt in de context van de sportgezondheidszorg breed geïnterpreteerd. Het kan gaan om één enkele wedstrijd, een (groot) sporttoernooi of een andere sportieve activiteit, waarbij veel deelnemers zijn betrokken. Denk bij dit laatste bijvoorbeeld aan de vierdaagse van Nijmegen, de Elfstedentocht of de marathons die overal in het land worden georganiseerd. Hier is sprake van een mix van beleidsmatige en praktische bijdragen vanuit de sportgezondheidszorg. 'Beleidsmatig' in de zin dat, zeker wanneer er sprake is van grote toernooien, van tevoren een organisatie moet worden gevormd om sportgezondheidszorg effectief te kunnen aanbieden. Dit kan al beginnen met het van tevoren geven van adviezen aan de deelnemers over blessurepreventie. Maar ook kunnen ertoe worden gerekend eventuele afspraken met ziekenhuizen of met ambulancediensten.

Naast deze 'beleidsmatige' activiteiten is ook de praktische inzet vanuit de hulpverleners vereist. Er zullen sportartsen, sportfysiotherapeuten en/of sportmasseurs bij het sportevenement aanwezig moeten zijn om ter plekke hulp te kunnen verlenen indien dat noodzakelijk of gewenst is. Ook

dan kan weer een beroep worden gedaan op het hele scala aan aanbod aan sportgezondheidszorg. Vóór de wedstrijd massage of begeleiding van de 'warming up'; tijdens de wedstrijd acute hulp verlenen ingeval van blessures en eventueel het aanbieden van ondersteunende hulp, zodat de sporter zijn wedstrijd voort kan zetten.

Wellicht ten overvloede moet hier worden gewezen op het verschil tussen de zorg 'binnen de lijnen' en 'buiten de lijnen'. Bij evenementen waar veel publiek op af komt moet ook worden gezorgd voor mogelijke gezondheidsproblemen bij de toeschouwers. Dit is de verantwoordelijkheid van de betrokken gemeente en staat los van de sportgezondheidszorg.

2.5 Het zorgaanbod kwantitatief

In deze paragraaf worden kwantitatieve gegevens gepresenteerd over het aanbod aan sportgezondheidszorg. Niet alle gewenste informatie is echter zonder meer voor handen. Bovendien is het lastig om grenzen te trekken, welke voorzieningen wel en niet moeten worden meegenomen. Voor de beroepsgroepen is het duidelijk, evenals voor de sportmedische instellingen. Maar de vraag is of ook instellingen moeten worden meegenomen zoals: olympische steunpunten, fitnesscentra, sportfysiocentra, enz. Deze vraag is lastig te beantwoorden, omdat niet alle cliënten van deze instellingen vragen naar sportgezondheidszorg.

Dit rapport gaat in het bijzonder in op de vraag hoe individuele sportzorgprofessionals (sportartsen, -fysiotherapeuten en **-masseurs**) tot afspraken kunnen komen over een meer doelmatige, doeltreffende en transparante sportgezondheidszorg. De organisatorische setting van waaruit sportgezondheidszorg wordt geleverd, staat daarbij minder op de voorgrond.

Daarom beperken wij ons hier tot onderstaande tabel, waarin schattingen zijn opgenomen van het aantal sportzorgprofessionals en van enkele sportzorgvoorzieningen.

Aanbieder sportgezondheidszorg	Aantal
<i>Beroepsbeoefenaren</i>	
Sportartsen	123*
Sportfysiotherapeuten	650*
Sportmasseurs	23.000**
<i>Sportzorgvoorzieningen</i>	
Sportmedische adviescentra	>40***
Sportgeneeskundige afdelingen	
Fysiosportcentra	65*
Sportfysiotherapiepraktijken	423*
Overig	60*

*) Opgave VSG

) Schattingen op basis van gegevens van het **NGS

***) Bron: www.sportgeneeskunde.com

Enige opmerkingen bij deze tabel:

Het aantal beroepsbeoefenaren betreft een schatting van het aantal personen. Het is lastig om deze aantallen om te zetten in daadwerkelijk beschikbare capaciteit. Hierover kan het volgende worden aangegeven:

- Er zijn op dit moment 123 sportartsen waarvan 29 sportartsen in opleiding. Van de sportartsen is 52 fte curatief/preventief werkzaam zijnde 74 sportartsen. Deze 74 sportartsen werken



binnen de sportmedische instellingen. Sportartsen werkzaam bij bonden die beleidsmatig werkzaam zijn in deze berekening niet meegenomen (opgave VSG).

- Een fysiotherapeut mag zich sportfysiotherapeut noemen als hij ten minste acht uur per week met sporters werkt. Er van uitgaande dat acht uur één vijfde deel van een werkweek (fte) is, zou dat betekenen dat ten minste 130 fte aan sportfysiotherapie beschikbaar is.
- Over de groep **sportmasseurs** wordt gesteld dat voor ongeveer 10% het vak de belangrijkste bezigheid is. Dat betekent dat ten minste 2.300 fte aan **sportmasseurs** beschikbaar is.

Deze aantallen zijn mede van belang voor het formuleren van afspraken over taakverdeling en samenwerking in de sportgezondheidszorg. Gegeven de beperkte capaciteit van de sportgezondheidszorg (zeker in het licht van de 7,3 miljoen sporters in Nederland), zullen verreweg de meeste zorgvragen moeten worden opgevangen door zelfzorg en de 'reguliere' gezondheidszorg. Voor de zorgvragen die een specialistisch antwoord vragen van de sportgezondheidszorg zal een passend en doelmatig functionerend stelsel moeten worden gecreëerd met optimale afspraken over samenwerking en taakverdeling.

3. Beroepsdomeinen kerndisciplines

In dit hoofdstuk worden volgens een vast stramien de beroepsdomeinen beschreven van achter-eenvolgens de sportartsen, de sportfysiotherapeuten en de sportmasseurs. Deze beschrijvingen zijn geformuleerd op basis van informatie die vanuit de beroepsgroepen zelf is aangeleverd.

3.1 Beroepsdomein sportarts

Algemeen

In 1987 is sportgeneeskunde door het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) officieel erkend als een zelfstandig sociaal-geneeskundig specialisme binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. Er werd toen gekozen voor sociale geneeskunde onder meer vanuit de visie dat inactiviteit schadelijk was voor de gezondheid en dat mensen (gezonden en patiënten) gestimuleerd moesten worden om te gaan en te blijven sporten.

De sportgeneeskunde heeft zich echter de laatste jaren steeds meer ontwikkeld als een curatief specialisme dat voor een groot deel is ingebed in ziekenhuizen. De VSG bevecht binnen de KNMG al enkele jaren haar positie. Immers inbedding binnen de Sociale Geneeskunde geeft onduidelijkheid voor de sporter over de plaats van de sportarts binnen de reguliere zorg en de financiering ervan.

De sportgeneeskunde laat zich in algemene zin als volgt karakteriseren:

- Sportgeneeskunde richt zich op sport en sportieve activiteit. Sport is vooral georganiseerd, en heeft competitiekenmerken, terwijl een sportieve activiteit vrijblijvender is, en meer gericht is op het algemeen bewegen (plezier en ontspanning).
- De problemen die de sportgeneeskunde aanpakt zijn problemen in relatie tot de praktijk van sport en bewegen. Omdat de problemen in de praktijk vaak multicausaal zijn, is sportgeneeskunde niet ingericht langs een afzonderlijke (medische) discipline. Anders gezegd, sportgeneeskunde is een horizontaal specialisme, een specialisme dat problemen moet oplossen die zich niet beperken tot één orgaansysteem.
- Sportgeneeskunde staat in functie van een door de sporter gewenste mate/intensiteit van sporten/bewegen. Het gaat dan om het verbeteren van de belastbaarheid in relatie tot de belasting. Deze verbetering gaat verder dan het hervatten van de algemene dagelijkse bezigheden. Deze functie vooronderstelt zowel expertise over de belastbaarheid (en dus ook over de invloed die het medische probleem hierop heeft) als over de specifieke belasting. Het fysische diagnostisch onderzoek van de sportarts houdt dus uitdrukkelijk rekening met het gewenste belastbaarheids- en sportniveau dat bereikt moet worden.

Er zijn op dit moment 123 sportartsen waarvan 29 sportartsen in opleiding. Van de sportartsen is 52 fte curatief/preventief werkzaam zijnde 74 sportartsen. Deze 74 sportartsen werken binnen de sportmedische instellingen. Sportartsen werkzaam bij bonden die beleidsmatig werkzaam zijn, zijn in deze berekening niet meegenomen.

Specifiek

1. Opleiding / Training

Om sportarts te kunnen worden moet het basisartsexamen zijn afgelegd. Na een sollicitatieprocedure kan de vierjarige opleiding tot sportarts worden gevolgd. Deze opleiding wordt in



negen regio's gegeven: Amsterdam, Eindhoven, Zwolle, Roermond, Utrecht, Nijmegen, Leidschendam, Heerenveen en Groningen.

De opleiding tot sportarts omvat:

1. een introductie in de sportgeneeskunde
2. een aantal specifieke modules:
 - o Huisartseneeskunde
 - o Cardiologie
 - o Pulmonologie
 - o Orthopedie
 - o Fysiologie
3. een praktijkmodule sportgeneeskunde

Tijdens de stages en praktijkleerperiode wordt in blokken het cursorische gedeelte van de opleiding verzorgd.

De verantwoordelijkheid voor de opleiding tot sportarts berust bij de stichting Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS). Het NIOS is opgericht in 1990. Het leerplan van het NIOS is opgesteld conform de eisen van het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

Kwaliteitsborging gebeurt door inschrijving in het register van erkend sociaal geneeskundigen. Registratie is verplicht en wordt elke 5 jaar getoetst. De sportarts is vanuit zijn specialisatie gehouden aan periodieke na- en bijscholing, teneinde het vereiste deskundigheidsniveau en periodieke herregistratie te behouden. Ook het deelnemen van intercollegiale toetsing is een (verplicht) instrument hiervoor.

De opleiding van de sportartsen wordt herzien. Hij zal worden gebaseerd op een Canadees systeem van beoordeling en toetsing: de 'Canadian Medical Education Directions for Specialists', afgekort tot 'Canmeds'. In dit model wordt een zevental competentiegebieden onderscheiden:

1. medisch handelen
2. communicatie
3. samenwerking
4. kennis en wetenschap
5. maatschappelijk handelen
6. organisatie
7. professionaliteit

In het licht van deze rapportage is met name het derde competentiegebied van belang. Dit wordt als volgt uitgewerkt:

1. De sportarts overlegt doelmatig met collegae, andere zorgverleners en sportbegeleiders (trainer, coach).
2. De sportarts verwijst adequaat.
3. De sportarts levert effectief intercollegiaal consult.
4. De sportarts draagt vanuit zijn sportmedische discipline, indien nodig, doeltreffend bij aan de samenwerking met de eerste schil rondom de patiënt/sporter (trainers, begeleiders, coaches, enz.).

In de publicatie 'Omschrijving sportgeneeskunde 2004' wordt een en ander gedetailleerder beschreven, waarbij van de sportarts onder meer verwacht wordt dat hij:

- de competenties van beroepsgenoten kent (o.a. fysiotherapeuten, huisartsen, enz.);
- de mogelijkheden en beperkingen kent van fysiotherapie, van de diverse oefentherapieën en van de manuele therapie;

- kan verwijzen voor verdere diagnostiek en/of therapie;
- als coördinator van een behandeltraject de input van de betrokken partijen kan integreren en leiding kan geven aan het proces.

2. Wettelijke kaders

De sportarts is vanuit zijn opleiding tot arts gehouden aan wettelijke afspraken, vastgelegd in de wet BIG, de WGBO en de wet op de geneeskundige keuringen. Voor zijn praktijkvoering gelden daarbij ook afspraken vastgelegd in de wet op de Persoonsregistratie.

Vanzelfsprekend gelden daarnaast ook de KNMG gedragsregels, zoals codes met betrekking tot beheer en verkeer van (sociaal-) medische gegevens en de rol van het beroepsgeheim.

Deze gedragsregels zijn inmiddels sportmedisch vertaald. Bovendien heeft de Vereniging voor Sportgeneeskunde als overkoepelende organisatie een klachtenregeling ingesteld waaraan de sportarts, voor zover het zijn sportmedisch handelen betreft, gehouden is. Ook zijn vanuit de overkoepelende beroepsorganisatie van sportartsen regels en richtlijnen opgesteld omtrent het specifiek sportmedisch handelen van de sportarts en over aanwijzingen met betrekking tot het gebruik van doping door sporters.

3. Kennisdomein/vaardigheden

De sportarts is tot het volgende in staat:

1. Kunnen afnemen van een relevante, beknopte en accurate anamnese, het efficiënt uitvoeren van een doelmatig lichamelijk onderzoek, het uitvoeren van relevante procedures om gegevens te verzamelen, te analyseren en te interpreteren, het stellen van een diagnose en het verrichten van de juiste geneeskundige procedures om het probleem van een patiënt/sporter te helpen oplossen.
2. Toont specifieke diagnostische en behandelingsvaardigheden om op effectieve en ethische wijze uiteenlopende problemen met betrekking tot patiëntenzorg te managen vanuit de sportgeneeskunde. Daartoe behoren:
 - a. inspanningsdiagnostiek
 - b. aanvullende diagnostiek (drukmetingen, echografie, MRI, scans e.d.)
 - c. behandeling in de vorm van belastingadviezen (belasting in relatie tot belastbaarheid)
 - d. oefentherapie
3. Raadpleegt relevante informatie en behandelingsmogelijkheden en past deze in de praktijk toe. Hieronder valt het weten te stellen van de juiste, patiëntgerelateerde vragen, het systematisch zoeken naar onderbouwing en het kritisch evalueren van sportgeneeskundige en andere relevante literatuur en ander bewijs om de klinische besluitvorming te optimaliseren.
4. Toont medische deskundigheid in situaties die niet te maken hebben met directe patiëntenzorg. Hieronder valt het afgeven van verklaringen als medisch deskundige (sportkeuringen, aanstellingskeuringen van topsporters) en het geven van presentaties.
5. Toont effectieve consultatievaardigheden. Hieronder valt het presenteren van goed onderbouwde evaluaties en aanbevelingen, zowel mondeling als schriftelijk, naar aanleiding van een verzoek van een andere gezondheidswerker.

De rollen van communicator, groepswerker, manager, belangenbehartiger, deskundige en wetenschapper zijn uiteraard beschreven maar worden in dit kader niet relevant geacht.

4. Werkdomein

Door de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) wordt de volgende definitie gehanteerd:

“Sportgeneeskunde is het medisch specialisme dat zich richt op het bevorderen, waarborgen en herstellen van de gezondheid van deelnemers aan sport en sportieve activiteiten, en aan anderen (inactieven, mensen met chronische aandoeningen) door sport en



sportieve activiteiten, waarbij rekening gehouden wordt met de sportspecifieke belasting en belastbaarheid.”

Sportartsen werken in principe op verwijzing van andere artsen (huisartsen en medisch specialisten), maar in veel gevallen wenden sporters zich rechtstreeks tot een sportarts. De sportarts kan op zijn beurt door- of terugverwijzen naar huisarts, medisch specialist, sportfysiotherapeut en **sportmasseur**.

Wanneer een sportarts in een behandelteam fungeert, zal hij in het algemeen als hoofdbehandelaar optreden.

Binnen het kader van een (beroeps)sportorganisatie is de relatie tussen de sportarts en de trainer/coach belangrijk.

5. Taken

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen kerntaken en ondersteunende taken.

Kerntaken van de sportarts betreffen het inhoudelijk sportgeneeskundige handelen. De ondersteunende taken betreffen werkzaamheden die als zodanig niet typisch sportgeneeskundig zijn, maar wel van belang zijn voor de uitoefening van het vak. Te denken valt dan aan onderwijs, management, organisatie, communicatie, wetenschappelijk onderzoek e.d. Deze zijn verwerkt in de andere rollen die zijn genoemd onder punt 3.

Tot de kerntaken van de sportarts behoren de volgende activiteiten:

- Consultaties
Op grond van een sportmedisch probleem (zoals van het bewegingsapparaat of een intern probleem) adviseren, behandelen c.q. verwijzen. Bij de consultatie wordt desgewenst gebruik gemaakt van aanvullend sportmedisch onderzoek.
- Preventieve sportmedische onderzoeken
Dit betreffen fysisch/diagnostische onderzoeken, inspanningstesten of keuringen die gevraagd worden door een sporter of een patiënt. De vraag richt zich op het beïnvloeden van het klinische beeld als zodanig (sportrevalidatie) of op de beperkende randvoorwaarden, gegeven het klinische beeld, in het geval de patiënt gaat starten met trainen/bewegen/sporten.
- Sportmedische begeleiding
Bovenstaande taken (consulten en sportmedische onderzoeken), maar dan over langere termijn voor meerdere individuen. In dat geval functioneert de sportarts bij uitstek als coördinator van zorg.

6. Verantwoordelijkheden

De positie die de sportarts inneemt bepaalt de reikwijdte van zijn verantwoordelijkheden.

De sportarts is ten eerste verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening, in het bijzonder van het professioneel medisch handelen, en het resultaat van die zorg. Daarnaast is hij, in het geval hij optreedt als coördinator van zorg, verantwoordelijk voor de zorg en het resultaat van de zorg van derden die handelen in opdracht van de sportarts. Onder derden verstaat men onder andere verzorgenden en helpenden.

De sportarts weet waar de grenzen van de eigen persoonlijke deskundigheid liggen. Hieronder vallen het nemen van een beslissing of en wanneer er andere deskundigen nodig zijn om bij te dragen aan de zorg voor een patiënt en sporter en het doorvoeren van een persoonlijk programma om de eigen medische vaardigheid op peil te houden.

7. Werkomgeving

De sportarts oefent zijn beroep voornamelijk uit bij sportmedische instellingen (een sportgeneeskundige werkplek/afdeling in een ziekenhuis of bij een SMA) en bij sportorganisaties. Een sportmedische instelling dient een volgens de kwaliteitseisen van de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) gecertificeerde instelling te zijn. Onder sportorganisaties worden onder meer sportbonden, -verenigingen of -teams verstaan.

Het werken van de sportarts in een sportmedische instelling is gehouden aan bepaalde afspraken, zoals vastgelegd in de statuten van de Federatie van Sport Medische Instellingen. Hieraan dient de sportarts zich te houden. Andere instellingen, zoals sportbonden, ziekenhuizen, ARBO-diensten en GGD-instellingen, van waaruit of namens welke, de sportarts activiteiten ontwikkelt, kennen hun eigen specifieke regels en richtlijnen, waaraan de sportarts zich in deze voorkomende gevallen dient te committeren.

Gelet op de ontwikkelingen om binnen de sportgeneeskunde te komen tot Diagnose Behandeling Combinaties (DBC) zal de sportarts zich in de toekomst ook gehouden weten aan te maken afspraken hieromtrent.

8. Beroepsorganisatie

De vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) is de beroepsvereniging van sportartsen. Zij bestaat uitsluitend uit artsen. De vereniging telt ruim 600 leden. Van hen zijn 132 geregistreerd als sportarts.

3.2 Beroepsdomein sportfysiotherapeut

Algemeen

Van de ongeveer 19.000 geregistreerde fysiotherapeuten zijn er ongeveer 650 geregistreerd als sportfysiotherapeut. Dat wil zeggen dat zij voldaan hebben aan de scholings- c.q. bijscholingsvoorwaarden én ten minste acht uur per week als sportfysiotherapeut met sporters werken.

Sportfysiotherapeuten bieden curatieve, preventieve en prestatiebevorderende zorg aan op alle niveaus van de sport, van topsport tot breedtesport. Sportfysiotherapeuten richten zich op het behandelen en begeleiden van en adviseren en voorlichten aan (geblesseerde) sporters, aankomende sporters, sporters met een chronische ziekte en sporters met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap.

Momenteel werkt de sportfysiotherapeut alleen op verwijzing van een arts. Vanaf 1 januari 2006 zal de sportfysiotherapeut direct toegankelijk zijn.

Bijna 90% van de sportfysiotherapeuten werken (een deel van hun tijd) in een particuliere praktijk.

Specifiek

1. Opleiding/Training

Een sportfysiotherapeut heeft een HBO-opleiding fysiotherapie en een vervolgopleiding sportfysiotherapie afgerond, inclusief een specifieke cursus 'Eerste Hulp Bij Sport Ongevallen/Basic Life Support' (EHBSO/BLS). Momenteel is er één volledige opleiding op het gebied van de sportfysiotherapie, namelijk de post-HBO-opleiding Allround Sportfysiotherapeut (ASF). Deze opleiding wordt verzorgd door de Hogeschool van Utrecht.



Een alternatief om voor registratie als sportfysiotherapeut in aanmerking te komen is het volgen van de cursus van de Internationale Academie voor Fysiotherapie (IAS), gevolgd door na- en bijscholing sportfysiotherapie ASF.

In de opleiding tot sportfysiotherapeut zijn belangrijke ontwikkelingen gaande. De achtergrond van deze ontwikkeling is gelegen in de zogeheten 'Bologna verklaring'. Deze verklaring is gericht op een verbetering van de afstemming en transparantie van het Europese onderwijssysteem. Een direct gevolg van de Bologna afspraken is de invoering van het bachelor-master-systeem.

In dat kader is de vierjarige fysiotherapieopleiding omgezet in een zogeheten 'bachelor'-opleiding. Sportfysiotherapie wordt in dat patroon een HBO-masteropleiding. Daarbij zal worden aangesloten bij het beroepscompetentieprofiel Sportfysiotherapeut, dat in 2004 is vastgesteld. Deze masteropleiding is in 2005 van start gegaan.

De NVFS streeft ernaar alle zittende en nieuwe sportfysiotherapeuten op masterniveau te hebben. In potentie zullen dat er dan ongeveer 1.000 zijn.

Waar momenteel de opleiding tot sportfysiotherapeut alleen nog wordt gegeven aan de Hogeschool van Utrecht, wordt verwacht dat in de toekomst meer Hogescholen en Universiteiten een gecertificeerd traject voor de titel sportfysiotherapeut zullen aanbieden.

De sportfysiotherapeut kan zich laten registreren in het deelregister sportfysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). (Her)registratie vindt steeds plaats voor een periode van vijf jaar. Om voor herregistratie in aanmerking te komen, moet de sportfysiotherapeut per week minimaal 8 uur met sporters werken en voldoen aan vooraf vastgestelde criteria van bij- en nascholing en andere vormen van deskundigheidsbevordering, zoals deelname aan Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie, deelname aan klachtenregeling, verplichte scholing en werken volgens KNGF-richtlijnen.

Voor aangesloten leden hanteert de NVFS aanvullende interne kwaliteitscriteria: Sportfysiotherapeuten volgen verplicht tweejaarlijks georganiseerde herhalingsdagen voor EHBSO en BLS, georganiseerd door de NVFS en VVAA.

2. Wettelijke kaders

Het beroep 'fysiotherapeut' is geregeld onder de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Op grond van deze wet is de titel 'fysiotherapeut' beschermd door middel van registratie en herregistratie in het BIG-register. Aan deze wettelijke bescherming zijn kwaliteitseisen verbonden met betrekking tot de beroepsuitoefening op basis van de gevolgde opleiding.

3. Kennisdomein/vaardigheden

In algemene zin houdt de sportfysiotherapie zich bezig met:

- de behandeling en begeleiding van sporters met een blessure en/of chronische ziekte
- de behandeling en begeleiding van sporters met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap
- de begeleiding van sporters zonder blessure
- advisering en voorlichting over specifieke sportbeoefening en/of over gezond sporten en bewegen in het algemeen

Sportfysiotherapeuten verrichten in het algemeen de volgende handelingen:

- begeleiden en coachen
- instrueren van specifieke oefentherapie
- fysische therapie in engere zin
- manuele verrichtingen

Procedureel zijn in het methodisch handelen van sportfysiotherapeuten acht fasen te onderscheiden:

- aanmelding, al dan niet op basis van een verwijzing
- sportfysiotherapeutische anamnese
- sportfysiotherapeutisch onderzoek
- sportfysiotherapeutische diagnose
- sportfysiotherapeutisch behandelplan
- sportfysiotherapeutische behandeling
- evaluatie
- afsluiting

De vakinhoudelijke kennisdomeinen van de sportfysiotherapeut zijn te verdelen in zes categorieën:

- biomechanica en kinesiologie
- anatomie, pathologie, inspanningsfysiologie en trainingsleer
- sportspecifieke verrichtingen en revalidatie
- EHBSO
- sportpsychologie
- sportwetenschappelijke kennis

Door sportfysiotherapeuten zelf worden de volgende vijf vaardigheden en kenniselementen als belangrijkste genoemd:

- kennis van sportspecifieke behandel- en revalidatiemethoden
- uitvoeren van sportfysiotherapeutisch onderzoek: sportspecifieke anamnese en onderzoek
- analyse van sportspecifieke bewegingen, contractiemechanismen en energiesystemen
- kennis van herstelmechanismen, hersteltraining en sportspecifieke belasting
- training van grondmotorische eigenschappen

4. Werkdomein

De doelgroep van de sportfysiotherapie bestaat uit sporters op alle denkbare niveaus, van topsport tot breedtesport, al dan niet in georganiseerd verband beoefend.

Sportfysiotherapeuten kennen veel samenwerkingspartners. Door meer dan de helft van de sportfysiotherapeuten worden genoemd:

- huisartsen
- fysiotherapeuten
- sportartsen
- (orthopedisch) chirurgen
- trainers/coaches

Daarnaast worden onder meer nog genoemd: manueel therapeuten, sportmasseurs, radiologen, inspanningsfysiologen en sportpsychologen.

Veel van de contacten zijn op ad hoc basis (probleemgericht), maar ook structureel overleg komt relatief veel voor, vooral met (sport)fysiotherapeuten, sportmasseurs en trainers/coaches.

De sportfysiotherapeut kan werken op verwijzing van onder meer de huisarts, de sportarts, andere medisch specialisten, andere (sport)fysiotherapeuten en de (sport)masseur. Op zijn beurt kan de sportfysiotherapeut naar deze beroepsgroepen verwijzen.

5. Taken

Sportfysiotherapeuten kunnen het volgende zorgaanbod leveren:

- onder verwijzing van een arts: blessurebehandeling en -begeleiding
- zonder verwijzing:



- blessurepreventie en -advies
Hiertoe behoren onder meer: tappen, bandageren en mobiliseren, het afnemen van fitheidstesten en het vaststellen van fitheidsprofielen.
- advies over sportkeuze, materiaal en kleding, schoeisel en sociaal-maatschappelijke aspecten
- sportmedische begeleiding van trainingsprogramma's
- sportfysiotherapeutisch advies
De sportfysiotherapeut is in staat een fysiotherapeutische diagnose te stellen en conclusies te trekken ten behoeve van het herstelproces.
De sportfysiotherapeut is in staat een fysiotherapeutisch behandel- en/of herstelplan op te stellen en uit te voeren.

Teambegeleiding

De sportfysiotherapeut begeleidt individuele teamleden systematisch en op verzoek en verwijst, indien noodzakelijk, door naar de sportarts.

De sportfysiotherapeut coördineert de inzet van medische en andere, niet-medische, deskundigheid.

Wedstrijdbegeleiding

De sportfysiotherapeut begeleidt de sporter in de directe wedstrijdvoorbereiding in samenspraak met de direct betrokken disciplines.

Bij evenementen verzorgt hij de EHBSO met betrekking tot het steun- en bewegingsapparaat.

Samenvattend:

Taakgebieden	Kerntaken sportfysiotherapeut
Fysiotherapeutische zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Geblesseerde sporters onderzoeken, behandelen, adviseren en begeleiden • EHBSO uitvoeren
Voorlichting en preventie	<ul style="list-style-type: none"> • (Aanstaande) sporters begeleiden • Groepsvoorlichting en beweegprogramma's geven

Taakgebieden	Aanvullende kerntaken sportfysiotherapeut
Organisatie, onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitszorg Administratie en beheer	<ul style="list-style-type: none"> • Onderwijs en instructie geven • Participeren in wetenschappelijk onderzoek • Zelfstandig voeren of ondersteunen van het management van een onderneming

6. Verantwoordelijkheden

De sportfysiotherapeut is een zelfstandig beroepsbeoefenaar die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de werkzaamheden zoals beschreven onder punt 5. Het is de verantwoordelijkheid van de sportfysiotherapeut te bepalen wanneer een cliënt moet worden doorverwezen naar een (sport)arts.

Een andere verantwoordelijkheid van de sportfysiotherapeut, die vooral een rol speelt bij de begeleiding van topsporters, is om de risico's van een sportprestatie duidelijk aan te geven.

Wanneer de sportfysiotherapeut onderdeel uitmaakt van een behandelteam, werkt hij onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

De sportfysiotherapeut is onder alle omstandigheden verantwoordelijk voor zijn eigen handelen.

In geval van acuut sportletsel is de sportfysiotherapeut verantwoordelijk voor het toepassen van eerste hulp.

7. Werkomgeving

De meeste sportfysiotherapeuten werken grotendeels extramuraal. De meest voorkomende werksetting is die van de particuliere praktijk, waarin eveneens de meeste werktijd besteed wordt. Daarnaast komen we de sportfysiotherapeuten tegen in onderstaande werkomgevingen:

- sportverenigingen (zoals voetbalclubs of atletiekverenigingen)
- sportorganisaties en -bonden
- centra voor fitness en bewegen
- sportmedische centra, FysioSport Centra en andere gezondheidscentra

Veel sportfysiotherapeuten functioneren in meerdere van deze werksituaties.

Sportfysiotherapeuten kennen verschillende relaties met opdrachtgevers. In de praktijk komen de volgende situaties en dienstverbanden het meest voor:

- als eigen ondernemer van of werknemer in een (sport)fysiotherapeutische praktijk
- als eigen ondernemer van of werknemer in een sportmedisch centrum of FysioSport Centrum
- als fysiotherapeut/adviseur, ingehuurd door derden, bij sportorganisaties, individuele (top)sporters en sportbonden

8. Beroepsorganisatie (omvang, organisatiegraad, kenmerken)

De Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS) is de beroepsorganisatie van de sportfysiotherapeuten. Zij maakt als beroepsinhoudelijke organisatie deel uit van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Het merendeel van de ongeveer 650 sportfysiotherapeuten is lid van de NVFS.

3.3 Beroepsdomein **sportmasseur**

Algemeen

Er zijn ongeveer 23.000 sportmassieurs in Nederland. Dat wil zeggen: personen die het examen **sportmasseur** volgens de voorwaarden van het **Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS)** met goed gevolg hebben afgelegd ('licentiehouders') en hun licentie tijdig hebben verlengd.

Uit een 'quick scan' uit 1999 over deze beroepsgroep blijkt dat voor ongeveer 10% van hen sportmassage de belangrijkste doordeweekse activiteit is. Bijna 70% is in een andere functie werkzaam. Voor hen is sportmassage een bijbaan of een hobby (Ooijendijk et al, 1999). Ongeveer 30% heeft een opleiding op HBO- of WO-niveau, 33% op MBO-niveau. De overigen hebben een opleiding op middelbare school niveau.

De **sportmasseur** is in veel gevallen het eerste aanspreekpunt van een sporter, zeker tijdens sport- of trainingssituaties. Daardoor zal de **sportmasseur** in veel gevallen een intermediaire rol vervullen tussen de sporter, de trainer/coach en eventuele andere zorgverleners.

In algemene zin kan de rol van de **sportmasseur** als volgt worden omschreven: De **sportmasseur** treft maatregelen ter verbetering van de conditie van de cliënt en ter voorkoming of vermin-



dering van blessures van cliënten. Die maatregelen kunnen bestaan uit: masseren, tapen en bandageren, informeren en adviseren en Eerste Hulp Bij Sport Ongevallen (EHBSO).

Specifiek

1. Opleiding/Training

In Nederland bestaan 52 instituten die een opleiding tot **sportmasseur** aanbieden. Tevens wordt een opleiding gegeven op Aruba en de Nederlandse Antillen. Er worden geen eisen gesteld aan de vooropleiding maar enkele jaren voortgezet onderwijs op ten minste VMBO-niveau worden wenselijk geacht. De opleiding duurt negen maanden en wordt afgesloten met een theoretisch en praktisch examen. Er zijn meerdere examens voor **sportmasseur**, maar alleen het examen van het **NGS** is erkend door het ministerie van VWS.

De eindtermen van deze opleiding zijn gedefinieerd en gedeponereerd bij het ministerie van VWS. Bij het praktische examen is een rijksgecommitteerde aanwezig.

De doelstelling van het examen sportmassage is om na te gaan of de kandidaat voldoende theoretische kennis en praktische vaardigheden bezit om:

- op het gebied van sportmassage en sportverzorging zelfstandig en verantwoord een adequate behandeling te geven;
- zowel preparatief als preventief te kunnen handelen;
- in noodsituaties eerste hulp te kunnen verlenen;
- te kunnen functioneren in een sport(medisch)begeleidingsteam;
- voorlichting te kunnen geven aan sporters betreffende sportspecifieke onderwerpen.

Het examen wordt afgenomen in de volgende vakken:

- anatomie
- fysiologie
- verzorging
 - EHB(S)O
 - onderzoek
 - tapen en bandageren
- massage

Het eerder ontwikkelde beroepscompetentieprofiel wordt omgezet in een kwalificatiestructuur voor de opleiding sportmassage. Deze kwalificatiestructuur dient zodanig ingericht te worden dat de toekomstige deelkwalificatie **Sportmassage** van de MBO-opleidingen hierop naadloos aansluit.

Het bestaande beroepscompetentieprofiel dient daartoe nader te worden gedifferentieerd naar niveau, waarbij voornamelijk wordt gekeken naar de rol/verantwoordelijkheden en complexiteit van de taken die een **sportmasseur** heeft. Daarnaast speelt transfer een rol, dat de mate aangeeft waarin kennis en beroepsvaardigheden in andere beroepsmatige situaties toegepast kunnen worden.

Iemand die het **NGS**-examen met succes heeft afgelegd ontvangt het diploma sportmassage en een licentie. Tevens dient door hem of haar een verklaring te worden ondertekend. De tekst van de verklaring luidt:

*"Ondergetekende verklaart zich als **sportmasseur** te zullen onthouden van het behandelen van posttraumatische en pathologische gevallen en is bekend met de voorwaarde, dat bij overtreding hiervan de bij het diploma voor sportmassage behorende werkvergunning als **sportmasseur** aan hem/haar kan worden ontnomen."*

Naast de basis cursus zijn er diverse applicatie cursussen, zoals

- blessure preventie
- manuele lymfedrainage
- bindweefselmassage
- mentale factoren in de sport
- bewegingsanalyse en oefenvormen

Voor sportmassieurs werkzaam in het voetbal is er de applicatie cursus 'Verzorger betaald voetbal'.

Er wordt gewerkt aan certificering van de beroepsuitoefening. In dat kader is het **NGS** betrokken bij de Stichting Certificering Actoren in de Sport (SCAS).

In 2005 is het Centraal Kwaliteitsregister **NGS** operationeel gemaakt. Om in dat register opgenomen te blijven, moet de **sportmasseur** iedere drie jaar een nascholingsprogramma volgen en een aantal studiepunten behalen. Daarnaast is het licentiebeleid herzien, waarbij de licentie alleen kan worden verlengd wanneer men binnen drie jaar de voorgeschreven nascholing heeft gevolgd. Het **NGS** beschikt over een gedragscode en een tuchtreglement.

Het **Nederlands Genootschap voor Sportmassage** heeft een verzoek bij de OVDB (Kenniscentrum voor leren in de praktijk in de sectoren Gezondheidszorg, Welzijn, Sport en Dienstverlening) neergelegd om een start te maken met de vertaling van het al ontwikkelde beroepscompetentieprofiel naar een op competenties gebaseerd onderdeel van een kwalificatieprofiel voor de **sportmasseur**. Een belangrijk aandachtspunt is het opstellen van een handleiding, welke voldoende houvast biedt voor (in het bijzonder) de particuliere opleidingsinstituten bij de vormgeving van het onderwijs. Een tweede belangrijk aandachtspunt is de afstemming met de op handen zijnde vernieuwing van de erkenningsregeling van het ministerie van VWS.

Het bovenstaande is mede het gevolg van een aantal belangrijke ontwikkelingen. Allereerst wordt het besef steeds sterker dat de sportmassieurs binnen de (sport)gezondheidszorg de plicht hebben om consistent en continu aan kwaliteitsverbetering te werken en professioneler met sportmassage bezig te zijn. Daarnaast vragen externe partijen om inzichtelijk te maken welke kwaliteit de **sportmasseur** levert.

Vanuit kwaliteitsoverwegingen mag worden geëist dat de sportmassieurs die werkzaam zijn in de sportgezondheidszorg zich conformeren aan het kwaliteitsbeleid, zoals dat door het **NGS** is vastgesteld. Hiertoe wordt ook gerekend: het volgen van de gedragsregels zoals deze door het **NGS** zijn vastgesteld. Verder dienen zo nodig aanvullende kwaliteitseisen te worden afgesproken over de wijze van uitvoering van controles.

2. Wettelijke kaders

De titel '**sportmasseur**' kent geen wettelijke bescherming. De enige koppeling naar een wettelijke basis voor de beroepsuitoefening is gelegen in de door de overheid erkende opleiding tot **sportmasseur** (zie punt 1).

3. Kennisdomein / Vaardigheden

In de breedtesport is de **sportmasseur** als zelfstandig beroepsbeoefenaar werkzaam vanuit zijn eigen vakinhoudelijke deskundigheid. Bij zijn cliënten is geen sprake van pathologie, stoornis of ziekte. Wanneer de **sportmasseur** een van deze zaken constateert, adviseert hij de cliënt naar de huisarts te gaan of andere deskundige hulp in te roepen.



De **sportmasseur** kan de volgende rollen vervullen naar zijn cliënten:

- begeleider van de cliënt bij blessurepreventie
- vertrouwenspersoon
- eerste contactpersoon bij klachten
- ondersteuner van arts en fysiotherapeut binnen de sportgezondheidszorg

4. Werkdomein

Doelgroep

Het doel van het werk van de **sportmasseur** is: het treffen van maatregelen ter verbetering van de conditie van de cliënt en ter voorkoming of vermindering (van recidivering) van blessures van cliënten. Met deze omschrijving behoort iedereen die bewust bezig wil zijn met sport of bewegen tot de doelgroep van de **sportmasseur**.

Professionele relaties

Voor de sportmassieurs die (zelfstandig) in een sportvereniging functioneren, is de belangrijkste professionele relatie die met de trainer/coach.

Wanneer een **sportmasseur** onderdeel is van een behandelteam, liggen zijn belangrijkste professionele relaties met de sportarts, de sportfysiotherapeut en de trainer/coach. Binnen het behandelteam werkt de **sportmasseur** volgens daar gemaakte afspraken en protocollen.

Verwijsrelaties

Wanneer de **sportmasseur** een vermoeden heeft van pathologie, zal hij de cliënt doorverwijzen naar de huisarts. Functionerend binnen een behandelteam zal hij kunnen verwijzen naar de sportarts of de sportfysiotherapeut.

Wanneer de **sportmasseur** betrokken is bij sportevenementen kan hij in geval van acute blessures verwijzen naar de afdeling spoedeisende hulp van het dichtst bijzijnde ziekenhuis.

De **sportmasseur** kan werken op verwijzing van artsen (huisartsen, sportartsen, andere medisch specialisten) en (sport)fysiotherapeuten.

5. Taken

De bijdrage van de **sportmasseur** aan de sportgezondheidszorg is met name gelegen in het verbeteren of op het gewenste niveau houden van de conditie van zijn cliënten en het verrichten van preventieve handelingen ter voorkoming, verergering of herhaling van blessures.

Deze bijdrage komt tot uiting in de volgende kerntaken:

1. onderzoeken bewegingsapparaat en opstellen stappenplan
2. masseren van cliënten
3. tappen en bandageren van cliënten
4. voorlichting en advies geven aan cliënten of groepen
5. zorg verlenen aan cliënten bij acuut sportletsel
6. registreren en gegevens vastleggen van cliënten

6. Verantwoordelijkheden

De **sportmasseur** voert zijn werkzaamheden zelfstandig uit, wanneer er geen sprake is van pathologie. Het is de verantwoordelijkheid van de **sportmasseur** om in te kunnen schatten of hij wel of niet zorg kan dragen voor een cliënt.

De **sportmasseur** voert het beroepsspecifiek onderzoek zelfstandig uit. Hij is verantwoordelijk voor het kiezen van de juiste inhoud van het stappenplan, waarin de match tussen belasting en belastbaarheid van de cliënt wordt bepaald.

De **sportmasseur** is verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn eigen werkzaamheden. Tijdens de behandeling is hij verantwoordelijk voor het welbevinden van de cliënt.

Wanneer een **sportmasseur** deel uitmaakt van een behandelteam (zie ook punt 7), verricht hij zijn werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

In geval van acuut sportletsel is de **sportmasseur** verantwoordelijk voor het toepassen van eerste hulp. De **sportmasseur** evalueert zijn handelen bij acute letsels door na te gaan bij de cliënt hoe het staat met de blessure. Bij twijfel over zijn handelen raadpleegt hij de arts of medewerker spoedeisende hulp die de cliënt behandeld heeft.

Te allen tijde handelt de **sportmasseur** volgens de gedragsregels van het **Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS)**. Deze gedragsregels beschrijven de beroepshouding waaraan de **sportmasseur** zich dient te houden.

Naast de gedragsregels heeft het **NGS** tuchtregels opgesteld. Leden van het **NGS** kunnen via tuchtrechtspraak worden aangesproken op het niet handelen volgens de gedragsregels.

7. Werkomgeving

Sportmassieurs zijn veelal werkzaam binnen sportverenigingen of in een eigen praktijk. Daarnaast zijn sportmassieurs nog in vele andere werksituaties te vinden, zoals: sauna, sportschool, fitnesscentrum, schoonheidssalon en fysiotherapiepraktijk.

Sportmassieurs zijn vaak betrokken bij sportevenementen.

In bepaalde situaties, zoals professionele sportorganisaties, maakt de **sportmasseur** deel uit van een behandelteam.

8. Beroepsorganisatie (omvang, organisatiegraad, kenmerken)

Het **Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS)** is de beroepsorganisatie voor de sportmassieurs. Het **NGS** telt ongeveer 7.400 leden, ruim 30% van het aantal licentiehouders.



4. Sportbeoefening en zorgvraag

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden vijf doelgroepen van de sportgezondheidszorg beschreven, waarbij per doelgroep een indicatie wordt gegeven van de belangrijkste zorgvraag aan de sportgezondheidszorg. Het belangrijkste criterium voor de indeling van deze doelgroepen is het belang dat de sporter heeft bij zijn sportbeoefening. In paragraaf 4.2 wordt hierop nader ingegaan. Vervolgens worden in paragraaf 4.3 de vijf doelgroepen beschreven.

4.2 Het belang van sportbeoefening voor de sporter

Sporters kunnen een verschillend belang hechten aan wat sportbeoefening voor hen individueel betekent. Voor de één is het een vorm van recreatieve tijdbesteding, voor de ander is het een bron van inkomsten. Sommigen beoefenen hun sport ontspannen en accepteren moeiteloos de grenzen van hun lichamelijke mogelijkheden (ook al kunnen deze in de loop van de tijd toe- of afnemen), anderen zijn fanatiek en proberen - ieder op zijn eigen niveau - het maximale uit hun mogelijkheden te halen. Voor sommigen kan sport ook een middel zijn voor verhoging van de kwaliteit van leven. Bij deze laatste groep kan gedacht worden aan mensen met een chronische aandoening of aan mensen die (te) weinig bewegen.

Een en ander creëert een divers beeld van sportbeoefening met daaraan gekoppeld een grote verscheidenheid aan zorgvragen. Om die verscheidenheid hanteerbaar te maken gaat het LPS uit van de veronderstelling dat, naarmate een sporter meer belang hecht aan zijn sportbeoefening, hij ook meer behoefte heeft aan een snellere beantwoording van zijn zorgvraag en aan specifieke deskundigheid van de zorgprofessional over (de beoefening van) de betreffende sport.

De verschillen in aard van de zorgvraag kan tot uitdrukking komen in (combinaties van) de volgende aspecten:

- de breedte van de zorgvraag (bijvoorbeeld alleen curatie of preventie dan wel vragen naar het hele spectrum van het zorgaanbod, waarbij de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het zorgproces van belang kan zijn);
- het niveau van de gewenste deskundigheid (algemeen of specialistisch);
- de gewenste snelheid van herstel (natuurlijk proces of intensieve therapie).

4.3 Vijf typen zorgvragers en een typering van hun zorgvraag

Het LPS onderscheidt vijf groepen mensen die een hulpvraag aan de sportgezondheidszorg kunnen stellen. Zij worden hieronder beschreven in een oplopende volgorde van de steeds nadrukkelijker betrokkenheid van de sportgezondheidszorg als specifieke deskundigheid.

4.3.1 Chronisch zieken¹

Typering

Bij bepaalde categorieën chronische aandoeningen kan een verbetering van de kwaliteit van leven worden verkregen door sport en bewegen. Daarbij is het van belang een passende sportbeoefening te zoeken, zowel naar het soort sport als naar de mate van intensiteit, frequentie, enz. Bepaalde sporten zijn juist af te raden of juist aan te raden voor de verschillende groepen chronisch zieken. Iemand met chronische ademhalingsproblemen zal wellicht anders moeten sporten dan iemand met diabetes.

Binnen de groepen zijn, mede afhankelijk van de ernst van de aandoening, nadere differentiaties denkbaar waar het gaat om de heilzame of juist schadelijke werking van sportbeoefening.

De omvang van deze groep wordt, afhankelijk van de gehanteerde definitie, geschat op 1,5 tot 4,5 miljoen mensen.

Typering zorgvraag

De vraag vanuit de groep chronisch zieken aan de sportgezondheidszorg is derhalve een vraag naar een passend sport- en beweegadvies. De sportgezondheidszorg kan vanuit haar specifieke deskundigheid een dergelijk advies geven.

De sportgezondheidszorg is daarmee een tweede- of derdelijnshulpverlening. In het algemeen zullen chronisch zieken eerst via de huisarts bij een medisch specialist terecht komen, die hen zal behandelen voor hun aandoening. Bij bepaalde aandoeningen kan de huisarts of medisch specialist van mening zijn dat sport en bewegen een heilzame invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt. In dat geval zal hij de patiënt kunnen doorverwijzen naar een sportarts voor nader advies.

4.3.2 Inactieven → actieven

Typering

Het betreft hier de groep mensen die na een (lange) periode van inactiviteit weer willen gaan sporten of bewegen. Potentieel kan het om een grote groep mensen gaan. Er zijn vele campagnes voor 'gezond bewegen'. Naarmate deze meer succes krijgen, kan de sportgezondheidszorg met een toenemende vraag te maken krijgen van inactieven die willen gaan bewegen. Zorgvragen uit deze groep zullen op iedere plek in de zorgketen aan de orde kunnen komen: bij de huisarts, de algemeen fysiotherapeut, de sportfysiotherapeut, een sportmedische instelling, enz.

Typering zorgvraag

Tot op zekere hoogte is de zorgvraag van inactieven die (weer) willen gaan sporten, vergelijkbaar met de zorgvraag van chronisch zieken. Beide groepen vragen om hetzelfde soort adviezen, zoals: Ben ik in staat om een sport te beoefenen? Welke sport zou voor mij het meest aangewezen zijn? Op welke wijze moet ik mijn sportbeoefening opbouwen? Zijn controles nodig en op welke fysieke signalen moet ik letten? Ook hier gaat het dus in hoofdzaak om een vraag naar een sport- en beweegadvies, waarbij moet worden opgemerkt dat het in principe om gezonde mensen gaat.

¹ Er wordt hier gesproken over 'chronisch zieken' en niet over 'chronisch zieken en gehandicapten'. Het LPS ziet gehandicapten sport als gewone sportbeoefening door gehandicapten onder het adagium "gewoon, waar het kan en bijzonder waar het moet".



4.3.3 Recreatiegerichte sporters

Typering

Dit betreft de grote groep mensen die sport vooral zien als een gezonde, ontspannende bezigheid. Zij kunnen gemotiveerd zijn door de wens om regelmatig gezond te bewegen, waarbij de behoefte aan sociale contacten eveneens een rol kan spelen. Het leveren van (steeds betere) prestaties is voor deze groep niet de primaire motivatie. Deze groep kan georganiseerd of niet-georganiseerd sport bedrijven. Het kan puur om (vrijblijvende) recreatie gaan, maar ook het competitie-element kan op bescheiden niveau een rol spelen. De persoon die een paar keer per week een aantal kilometers hard loopt, wordt tot deze groep gerekend, maar ook de vele mensen die buiten de selectieteams in verenigingsverband deelnemen aan een of andere sportcompetitie. Uit een onderzoek door NOC*NSF blijkt dat er in verenigingsverband ongeveer 3,7 miljoen mensen zijn die als 'recreatieve sporters' kunnen worden getypeerd. Als dit aandeel aan sporters in verenigingsverband wordt toegepast op alle sportende Nederlanders, zou dat betekenen dat ruim 5,5 miljoen mensen kunnen worden getypeerd als 'recreatieve sporters' (zie bijlage 2).

Typering zorgvraag

De aard van de zorgvraag vanuit deze groep zal zelden zodanig zijn, dat onmiddellijk een beroep moet worden gedaan op de gespecialiseerde sportgezondheidszorg. Daarbij moet wel worden bedacht dat dit verreweg de grootste groep sporters is (naar schatting tussen de 5 en 6 miljoen). Een relatief beperkte zorgvraag kan derhalve toch leiden tot een in absolute termen omvangrijke vraag naar sportgezondheidszorg.

Het LPS is van mening dat vanuit deze doelgroep in het bijzonder de volgende typen vragen aan de gespecialiseerde sportgezondheidszorg zullen worden gesteld:

- toegang tot de sport: (periodieke) keuringen/keuringen voor licenties
- vragen naar blessurepreventie
- vragen naar curatie

Acute sportletsels zullen in het algemeen door de reguliere zorg worden behandeld. (huisarts, eventueel de afdeling Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis).

Een zorgvraag die wél vanuit deze groep aan de sportgezondheidszorg zal worden gesteld betreft hulp bij aandoeningen die (geleidelijk) zijn ontstaan ten gevolge van langdurige sportbeoefening.

- evenementenbegeleiding

Voor recreatiegerichte sporters worden veel evenementen georganiseerd. De organisatie daarvan zal de sportgezondheidszorg inschakelen voor bijvoorbeeld het aanbieden van preventieve activiteiten en van hulp bij blessures.

De belangrijkste zorgvragen vanuit deze groep naar de gespecialiseerde sportgezondheidszorg betreffen vragen over blessures met een recidiverend karakter die te maken hebben met langdurige sportbeoefening. Bij deze vragen is kennis van de sport en specifiek bij die sport optredende blessures van belang. Omdat het hier om pathologie gaat, is met name de sportarts de aangewezen deskundige om een diagnose te stellen en een behandelplan op te stellen.

Keuringen zullen voor dit niveau van sportbeoefening zo algemeen van karakter zijn dat zij niet behoeven te worden uitgevoerd door een in sport gespecialiseerde zorgverlener. Uitzonderingen zijn sporten, waarvoor een licentie nodig is of wanneer er aanwijzingen zijn dat een (preventief) sportmedisch onderzoek wenselijk is.

Ook voorlichting over preventief taping e.d. wordt aan deze groep het beste gegeven door hulpverleners die verstand hebben van de betreffende sportbeoefening.

4.3.4 Prestatiegerichte sporters

Typering

Hier gaat het om de sportbeoefenaar die méér uit zijn lichaam wil halen dan de grenzen die het lichaam bij sportbeoefening in eerste instantie aangeeft. De sporter wil extra inspanningen plegen om (steeds) beter te presteren, zonder dat hij echt de uiterste grenzen wil onderzoeken waartoe zijn lichaam in staat is.

Tot deze groep sporters worden alle sporters gerekend die op een 'presterend niveau' uitkomen in wedstrijden (bijvoorbeeld de selectieteams van sportverenigingen), maar evengoed kan er de niet-georganiseerde, min of meer fanatieke sporter toe worden gerekend die steeds probeert zijn eigen prestaties te verbeteren. Het is lastig om de omvang van deze groep te schatten. Volgens een schatting van NOC*NSF betreft het ongeveer 1 miljoen sporters van degenen die in georganiseerd verband hun sport beoefenen. Daar komen dan nog de niet-georganiseerde prestatiegerichte sporters bij (zie bijlage 2).

Typering zorgvraag

Voor deze groep is het belang van de sportbeoefening relatief groot. Prestaties tellen. Getracht wordt op een hoog niveau te presteren, zonder dat de uiterste grenzen van de lichamelijke mogelijkheden worden opgezocht.

Het LPS is van mening dat vanuit deze doelgroep in het bijzonder de volgende typen vragen aan de gespecialiseerde sportgezondheidszorg zullen worden gesteld:

- toegang tot de sport
 - keuringen, waaronder ook keuringen voor sporten die specifieke eisen stellen aan de lichamelijke conditie van de sporter (licenties)
- preventie
 - massage, taping, preparatie
 - materiaaladviesing en -onderhoud
- curatie
 - eerste hulp bij acute sportletsels (voor zover de sportgezondheidszorg betrokken is bij sportbeoefening)
 - vraag om curatie bij (chronische) aandoeningen die aan een specifieke sport zijn gerelateerd
 - revalidatie. Prestatiegerichte sporters zullen na een blessure weer zo snel mogelijk verder willen gaan met hun sportbeoefening. Dat vraagt om sportspecifieke medische en/of paramedische begeleiding. In vervolg op het behandelplan (curatie) zal een revalidatietraject moeten worden ontwikkeld.
- evenementenbegeleiding

Deze groep is aanzienlijk kleiner dan de vorige, maar uit deze groep kunnen relatief meer vragen richting sportgezondheidszorg komen.

Twee elementen zorgen ervoor dat vanuit deze groep een kwalitatief zwaardere zorgvraag naar de gespecialiseerde sportgezondheidszorg toekomt: het prestatie-element en de gewenste hogere snelheid van herstel.

De prestatiegerichte attitude zal kunnen leiden tot toenemend gerichte vragen op het gebied van preventie en preparatie. Deze vragen zullen in hoofdzaak beantwoord kunnen worden door sportfysiotherapeuten en sportmasseurs.

De gewenste snelheid van herstel na blessures zal kunnen leiden tot vragen naar intensieve therapieën en een strakke begeleiding van het herstelproces. Voor deze vragen is met name de sportarts de aangewezen hulpverlener voor het stellen van de diagnose, het opstellen van een behandelplan en het volgen van het herstelproces.



4.3.5 Maximale sporters

Typering

Hier gaat het om de sporter die daadwerkelijk op zoek is naar de uiterste grenzen van wat hij lichamelijk (en geestelijk) kan presteren. In het algemeen zal deze typering slaan op topsporters die op nationaal of internationaal niveau tot de besten in hun sport willen behoren. Wellicht zijn er ook sporters die puur vanuit een individuele motivatie de uiterste grenzen van hun mogelijkheden opzoeken, zonder dat zij streven naar een nationaal of internationaal niveau van sportbeoefening, maar dat zal dan toch maar om een beperkt aantal uiterst fanatieke sporters gaan.

Het is niet precies bekend hoe groot de groep maximale sporters is. NOC*NSF kent ruim 1200 zogeheten A- en B-sporters, maar dat is maar een deel van de hier bedoelde groep. Alle beroepssporters zouden hier ook bij moeten worden geteld (beroepsvoetballers, -wielrenners, -tennissers, -schaatsers), maar het ligt voor de hand ook sporters mee te tellen die zijn doorgedrongen tot nationale selecties. Tellingen van de totale omvang van deze groep zijn momenteel niet voor handen. Het NOC*NSF schat de omvang van deze groep op 2.500 sporters (zie bijlage 2).

Typering zorgvraag

Voor deze groep is het belang van de sportbeoefening groot. Bijvoorbeeld omdat met die sport een inkomen wordt verworven. Maar het kan ook zijn dat de eigen motivatie om 'de beste' te worden, bepalend is voor het belang dat de sporter aan zijn sport toekent. In lichamelijk opzicht zullen deze sporters steeds de grenzen van hun mogelijkheden opzoeken, hetgeen de kans op (ernstige) blessures doet toenemen. Al deze aspecten bepalen de aard van de vraag naar sportgezondheidszorg die als volgt kan worden getypeerd:

- toelating tot de sport
 - keuringen/licenties
- blessurepreventie
 - preventie zal in deze groep dicht in de buurt liggen van prestatievoorbereiding
 - materiaaladvisering en -onderhoud
- blessurebehandeling
 - eerste hulp bij acute sportletsels
 - diepgaand, specialistisch onderzoek naar oorzaken en prognose van aandoeningen in relatie tot de sportbeoefening
 - behandelplan in relatie tot (niveau van) sportbeoefening
 - revalidatie

Ook voor deze groep sporters geldt dat zij zo snel mogelijk weer hun sport willen kunnen beoefenen. Nog sterker dan voor de hiervóór beschreven groep geldt dat het revalidatieplan specifiek op de sporter moet zijn toegesneden. Misschien worden er ook hogere eisen gesteld aan de revalidatie, bijvoorbeeld met betrekking tot het op niveau houden van de conditie, parallel aan het herstel van de aandoening.
- prestatievoorbereiding

Sportgezondheidszorg kan een rol spelen bij de voorbereiding van de sportprestatie. Daarbij kan gedacht worden aan de inbreng van sportdiëtisten en sportpsychologen.
- evenementenbegeleiding

Bij topsportevenementen zal altijd een team van sportzorgprofessionals worden ingezet.

Alhoewel deze groep relatief klein is, kunnen uit deze groep veel en vooral ook indringende vragen naar de sportgezondheidszorg komen.

Ten opzichte van de groep prestatiegerichte sporters komt er in de zorgvraag van deze groep sporters een element bij, dat hun vraag naar sportgezondheidszorg van een kwalitatief nog hoger

niveau maakt, namelijk het feit dat deze sporters proberen het uiterste uit hun lichamelijke mogelijkheden te halen. Dat betekent dat op individueel niveau verband moet worden gelegd tussen de specifieke sportbeoefening en de specifieke kenmerken van de betreffende sporter. Er zal veel meer sprake zijn van een noodzakelijke samenhang tussen alle aspecten van het zorgproces. In geval van blessures zullen er intensievere diagnostische methoden worden gevraagd en ingezet, therapieën zullen omvattender zijn en de revalidatie zal intensiever zijn.

Een en ander vraagt de samenwerkende inzet van meerdere sportgezondheidszorgprofessionals: sportarts, -fysiotherapeut, -masseur en mogelijk ook sportpsycholoog en -diëtist.

4.3.6 Samenvatting

Schematisch kan het bovenstaande als volgt worden samengevat:

Doelgroep	Type zorgvraag	Sportzorgprofessional
Chronisch zieken	Sport- en beweegadvies	Sportarts Sportfysiotherapeut
Inactief → actief Recreatiegerichte sporters	Sport- en beweegadvies Toegang tot de sport Blessurepreventie Chronische blessures Evenementenbegeleiding	Sportarts Sportmasseur Sportarts Sportfysiotherapeut Sportmasseur
Prestatiegerichte sporters	Toegang tot de sport Blessurepreventie Materiaaladvies Hulp bij acute blessures Chronische blessures Revalidatie Evenementenbegeleiding	Sportarts Sportmasseur Sportfysiotherapeut Sportmasseur Sportarts Sportfysiotherapeut Sportmasseur Sportfysiotherapeut Sportmasseur



Maximale sporters	Toegang tot de sport Blessurepreventie Materiaaladvies	Sportarts Sportmasseur Sportarts Sportfysiotherapeut
	Hulp bij acute blessures	Sportarts Sportfysiotherapeut
	Chronische blessures Revalidatie	Sportarts Sportarts Sportfysiotherapeut
	Prestatievoorbereiding	Sportmasseur Sportarts Sportfysiotherapeut
	Evenementenbegeleiding	Sportmasseur Sportdiëtist Sportpsycholoog Sportarts Sportfysiotherapeut Sportmasseur

In de laatste kolom wordt aangegeven welke sportzorgprofessional (of groep van sportzorgprofessionals) in principe als eerste in aanmerking komt om de betreffende zorgvraag te beantwoorden. De capaciteitsvragen dienen hierop afgesteld te worden. In de praktijk kan dit anders uitwerken door bijvoorbeeld capaciteitsproblemen of onderlinge afspraken tussen sportzorgprofessionals.

In het volgende hoofdstuk wordt dit schema verder uitgewerkt.

Tot slot:

Uit het bovenstaande mag worden afgeleid dat mensen die na een ongeval (niet ten gevolge van een sportieve activiteit) of een medische ingreep binnen het kader van de therapie en eventueel bijbehorende revalidatie een sport- en beweegprogramma moeten volgen, niet worden gezien als een aparte doelgroep van de sportgezondheidszorg. In deze context is de behandelend arts primair verantwoordelijk voor het beweegaanbod.

5. Doelgroepen en zorgketens

5.1 Inleiding

In paragraaf 4.3. zijn vijf doelgroepen van de sportgezondheidszorg beschreven:

1. chronisch zieken
2. inactief → actief
3. recreatiegerichte sporters
4. prestatiegerichte sporters
5. maximale sporters

De kernvraag voor het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg is hoe voor deze doelgroepen de sportgezondheidszorg doelmatig en transparant kan worden ingericht. Daartoe gaan de gedachten ook uit naar de vorming van zogeheten 'zorgketens'. Onder een zorgketen wordt verstaan: een samenhangend stelsel van zorgaanbod, gericht op het beantwoorden van een specifieke type zorgvraag, waarbij meerdere beroepsgroepen betrokken (kunnen) zijn.

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke zorgketens voor deze vijf doelgroepen naar de mening van het LPS een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan een verbetering van de doelmatigheid en transparantie van de sportgezondheidszorg in Nederland.

Per doelgroep wordt aangegeven welke zorgvraag cliënten in hoofdzaak hebben, waarvoor een of andere vorm van samenwerkingsafspraken tussen meerdere professionals, dus een 'zorgketen', een aangewezen antwoord is. Een complicerende factor hierbij is dat er voor mensen die sportgerelateerde zorgvragen hebben drie verschillende ingangen naar de sportgezondheidszorg bestaan:

- een ingang vanuit de sport, bestaande uit de contacten die sporters kunnen hebben bij hun sportbeoefening. Het kan dan gaan om mensen uit de eigen sportvereniging, bijvoorbeeld de trainer of collega-sporters, maar ook op eigen initiatief gezochte informatiebronnen, zoals internet of literatuur.
- een ingang vanuit de algemene gezondheidszorg, in de meeste gevallen bestaande uit de huisarts, de fysiotherapeut of de medisch specialist.
- een rechtstreekse ingang naar de (vrij toegankelijke) sportgezondheidszorg. Dat kan zijn de **sportmasseur**, de sportfysiotherapeut of de sportarts.

In dit hoofdstuk worden voor ieder type zorgvraag de mogelijke ingangen naar de sportgezondheidszorg schematisch weergegeven. Daarbij wordt tevens aangegeven welke beslismomenten ('filters') daarbij een rol kunnen spelen.

Deze schema's hebben de volgende algemene vorm:

Zorgvraag	Eerste contact	Filter	AGZHZ	Filter	SGZHZ

AGZHZ: Algemene gezondheidszorg

SGZHZ: Sportgezondheidszorg



In de eerste kolom staat de zorgvraag beschreven. De tweede kolom bevat een typering van het mogelijke eerste contact van de zorgvrager over het oplossen van zijn zorgvraag. Via dat eerste contact kan hij terecht komen in de algemene gezondheidszorg (AGZH). Daar zit echter een filter tussen, bijvoorbeeld een advies van een trainer of de eigen inschatting van de sporter. Vanuit de algemene gezondheidszorg kan een zorgvrager doorgaan naar de gespecialiseerde sportgezondheidszorg. Ook daar zit weer een filter tussen, bijvoorbeeld een doorverwijzing van de huisarts, de fysiotherapeut of een medisch specialist. Vaak zijn deze laatste doorverwijzingen gebaseerd op 'protocollen' of 'standaarden' die door de betrokken beroepsgroepen worden gehanteerd.

De geschetste volgorde is echter voor vragers naar sportgezondheidszorg geen dwingend voorschrift. Zorgvragers kunnen zich rechtstreeks tot de algemene gezondheidszorg en tot de sportgezondheidszorg wenden. Dit wordt in de schema's aangegeven met pijlen, waarbij de tussenstadia van de 'sportcontext' en soms ook van de algemene gezondheidszorg worden overgeslagen en daarmee ook de bijbehorende filters.

De schema's zijn niet bedoeld als 'stroomschema's'. Zij zijn vooral bedoeld om de mogelijke toegangen naar de sportgezondheidszorg voor verschillende groepen zorgvragers te verhelderen. Dat levert twee beperkingen op:

1. Er is vanaf gezien om ook alle mogelijke terugverwijzingen vanuit de sportgezondheidszorg naar de algemene gezondheidszorg in de schema's op te nemen. Dit is in het kader van deze rapportage minder relevant. Er wordt vooral gekeken naar de plaats van de sportgezondheidszorg in de verschillende zorgketens.
2. Binnen de sportgezondheidszorg vindt ook doorverwijzing en taakverdeling plaats. Daar wordt in de toelichtende tekst nader op ingegaan.

Voor de drie onderscheiden categorieën sporters is de zorgvraag onderverdeeld naar de 'producten' van de sportgezondheidszorg. Voor de doelgroepen 'chronisch zieken' en 'inactief → actief' is vooral sprake van de vraag naar een 'sport- en beweegadvies'. Die vraag op zich is echter onvoldoende discriminerend om de rol van de sportgezondheidszorg voor deze beide doelgroepen goed in beeld te krijgen. Daarom zijn deze doelgroepen nader gedifferentieerd. De chronisch zieken zijn onderverdeeld naar de ernst van de aandoening. De groep 'inactief → actief' is onderverdeeld naar de belangrijkste ingangen die zij kunnen volgen naar de wereld van sport en bewegen.

DOELGROEP: CHRONISCH ZIEKEN

DOELGROEP	ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZHZ	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Ernstig	Sport- en bewegadvies	→		Medisch specialist / Gespecialiseerd fysiotherapeut	Patiënt is stabiel	Sportarts / sportfysiotherapeut
Matig	Sport- en bewegadvies	→		Huisarts / Gespecialiseerd fysiotherapeut	Standaard / Protocol	Sportfysiotherapeut
Licht	Sport- en bewegadvies	Sportvereniging	Beleid sportvereniging	Huisarts / Fysiotherapeut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
		Sportschool / Fitnesscentrum	Beleid sportschool	Huisarts / Fysiotherapeut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
		→		Huisarts	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
		→		Fysiotherapeut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
		→				Eigen initiatief



5.2 Chronisch zieken

Het gaat hier om een groep mensen van wie bekend is dat zij aan een chronische aandoening lijden. Het betreft een grote en gevarieerde groep mensen, zowel naar aandoening als naar ernst van de aandoening (zie ook paragraaf 4.3.2).

Deze mensen hebben gemeenschappelijk dat zij in de zorg bekend zijn. Afhankelijk van de ernst van hun aandoening staan zij onder begeleiding van een medisch specialist of van hun huisarts dan wel gespecialiseerde hulpverleners (bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige). Ook is er een groep te onderscheiden bij wie wel de diagnose van een chronische aandoening is gesteld, maar bij wie de aandoening dermate licht is dat zij niet onder permanente medische begeleiding staan dan wel met behulp van zelfmedicatie hun aandoening onder controle kunnen houden.

Deze mensen kunnen uit eigen motivatie gaan sporten dan wel op advies vanuit de (medische) begeleiding, omdat sporten een gunstige invloed heeft op de aandoening en/of op de kwaliteit van leven.

Voor een chronisch zieke is, afhankelijk van de aard en de ernst van de aandoening, niet iedere sport even geschikt of gewenst. Daarom zal voor iedere chronisch zieke een sport- en beweegadvies door een deskundige wenselijk zijn.

Wanneer de chronisch zieke dit advies opvolgt en daadwerkelijk gaat sporten, zullen, ook weer afhankelijk van de aard en de ernst van de aandoening, de gevolgen van de sportbeoefening moeten worden gemonitord. Afhankelijk van de ernst van de aandoening zal deze monitoring over een langere periode moeten worden volgehouden.

Het bovenstaande leidt tot de gedachte aan een zorgketen ten behoeve van de groep chronisch zieken die zich richt op het bieden van een sport- en beweegadvies en het monitoren van de effecten daarvan. Deze ketens bevinden zich overigens meer in het domein van de gezondheidszorg dan in dat van de sport. Sport en bewegen wordt hier in het kader van een totaalbehandeling aan de patiënt aangeboden als middel ter verhoging van de kwaliteit van leven. Daarbij moet nogmaals worden opgemerkt dat er vele verschillende groepen chronisch zieken zijn. Bij iedere chronische aandoening behoort een 'eigen' medisch specialisme en 'eigen' verwijisprotocollen.

Binnen de zorgketens voor chronisch zieken worden de volgende deeltrajecten onderscheiden:

1. patiënten met ernstige chronische aandoeningen die worden begeleid door een medisch specialist;

De medisch specialist zal, op eigen initiatief of na een verzoek van de patiënt, de sportarts raadplegen over een sport- en beweegadvies voor zijn patiënt. Dit zal in het bijzonder van belang zijn wanneer er sprake is van comorbiditeit. Doorverwijzing naar een sportarts zal altijd pas plaats vinden nadat de aandoening van de patiënt is gestabiliseerd. De sportarts zal de patiënt eerst onderzoeken op zijn mogelijkheden tot sportbeoefening (keuring, testen & meten). Het advies kan betrekking hebben op de aard van de sportbeoefening, de intensiteit ervan en de eventuele opbouw naar de gewenste intensiteit. De sportarts zal, in overleg met de behandelend specialist, de eerste tijd de effecten van zijn advies op de gezondheidstoestand van de patiënt volgen. Wanneer zich geen problemen voordoen zal de sportarts zijn bijdrage beëindigen. Wanneer zich wel problemen voordoen, kan opnieuw onderzoek plaats vinden en een nieuw advies worden opgesteld. Als in dit proces begeleiding bij de sportbeoefening zelf noodzakelijk is, kan deze worden geleverd door een sportfysiotherapeut dan wel een fysiotherapeut die zich in de betreffende aandoening heeft gespecialiseerd.

Overigens behoeft de sportarts niet iedere individuele patiënt met een ernstige chronische aandoening altijd zelf te zien. Gegeven de (potentiële) aantallen is dat nauwelijks mogelijk. De sportarts kan voor deze groep patiënten zijn medische deskundigheid inzetten door algemene beweegvoorschriften te ontwikkelen voor de diverse groepen chronisch zieken, waar de behandelend medisch specialist gebruik van kan maken.

2. patiënten met matig ernstige chronische aandoeningen die worden begeleid door hun huisarts of een para- of perimedische professional;

De huisarts zal, op eigen initiatief of na een verzoek daartoe, deze patiënten voor een sport- en bewegeadvies kunnen doorverwijzen naar een sportfysiotherapeut dan wel naar een fysiotherapeut die zich heeft gespecialiseerd in de betreffende chronische aandoening. De fysiotherapeut zal de patiënt onderzoeken en een sport- en bewegeadvies opstellen. Het advies kan betrekking hebben op de aard van de sportbeoefening, de intensiteit ervan en de eventuele opbouw naar de gewenste intensiteit. Vervolgens zal hij de eerste tijd de effecten van dat advies volgen. Wanneer zich geen problemen voordoen, kan deze begeleiding worden beëindigd. Anders kan opnieuw onderzoek plaats vinden. Dit nadere onderzoek kan leiden tot een nieuw sport- en bewegeadvies, maar kan er ook toe leiden dat de patiënt wordt doorverwezen naar de sportarts of de huisarts en via deze laatste eventueel naar een medisch specialist.

3. patiënten met lichte chronische aandoeningen die geen (permanente) professionele begeleiding hebben;

Deze patiënten kunnen zich op eigen initiatief wenden tot hun huisarts of een fysiotherapeut. Deze kan, afhankelijk van de aard van de aandoening, de patiënt eventueel doorverwijzen naar een sportfysiotherapeut dan wel een fysiotherapeut die zich heeft gespecialiseerd in de betreffende chronische aandoening. In principe kan, na onderzoek, een sport- en bewegeadvies voor deze groep patiënten een éénmalig contact betekenen. In verreweg de meeste gevallen zal voor deze groep een beroep op de gespecialiseerde sportgezondheidszorg niet nodig zijn.

In de huidige situatie is het echter wel mogelijk dat deze patiënten zich rechtstreeks wenden tot een sportmedische instelling en daarmee (wellicht onnodig) terecht komen in de (gespecialiseerde) sportgezondheidszorg. De sportmedische instellingen staan hier in principe voor open.

De patiënten binnen deze groep die vanuit een 'inactief' bestaan toe willen naar een actieve sportbeoefening kunnen eventueel ook de route volgen van de groep mensen die in de volgende paragraaf wordt beschreven. Dat wil zeggen dat zij naast de hier genoemde ingangen naar de algemene gezondheidszorg, ook kunnen kiezen voor een stap naar een sportvereniging of een sportschool.

Aanbevelingen:

Het LPS formuleert de volgende aanbevelingen om de hier geschetste zorgketens optimaal te laten functioneren:

- Medisch specialisten moeten weten wat de competenties van sportartsen zijn en waar zij zijn te bereiken.
- Huisartsen moeten weten waar in hun buurt sportfysiotherapeuten dan wel anderszins gespecialiseerde fysiotherapeuten zijn gevestigd en wat hun competenties zijn.
- Fysiotherapeuten dienen onderling af te spreken onder welke criteria een chronische patiënt bij voorkeur wordt verwezen naar een in de betreffende aandoening gespecialiseerde fysiotherapeut dan wel naar een sportfysiotherapeut. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat patiënten die aan een ernstige chronische aandoening lijden, worden begeleid door een gespecialiseerd fysiotherapeut (de aandoening staat centraal) en dat patiënten met matig ernstige chronische aandoeningen (eventueel tijdelijk) worden verwezen naar de sportfysiotherapeut



(sporten en bewegen staan centraal). Mensen met lichte chronische aandoeningen kunnen van het reguliere sportaanbod gebruik maken.

- Beroepsbeoefenaren moeten met elkaar op het niveau van aandoeningen afspraken maken onder welke omstandigheden patiënten worden doorverwezen (protocollen; richtlijnen). Aanbevolen wordt dat de sportartsen in gezamenlijkheid met de relevante medisch specialismen en paramedische beroepsgroepen sport- en beweegprogramma's ontwikkelen voor mensen met ernstige chronische aandoeningen.
- Patiënten moeten toegang hebben tot informatie over de vraag bij welke professional zij met welke zorgvraag het beste terecht kunnen. Zij moeten er daarbij tevens op kunnen vertrouwen dat zij, welke ingang zij ook kiezen, langs de kortst mogelijke route bij de meest adequate hulpverlener terecht komen.
- Patiënten moeten weten waar in hun omgeving professionals uit de sportgezondheidszorg zijn te vinden en wat hun competenties zijn.
- De groep chronisch zieken is groot. Niet iedere chronisch zieke zal echter een beroep hoeven te doen op de gespecialiseerde sportgezondheidszorg. Een zinvolle beperking zou daarom kunnen zijn dat chronisch zieken uitsluitend op verwijzing vanuit de algemene gezondheidszorg een beroep kunnen doen op de sportgezondheidszorg. De keerzijde hiervan is dat chronisch zieken die zich rechtstreeks tot hulpverleners in de sportgezondheidszorg wenden, standaard moet worden geadviseerd zich eerst tot de algemene gezondheidszorg (in de meeste gevallen de huisarts) te wenden.

DOELGROEP: INACTIEF → ACTIEF

ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZHZ	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Sport- en beweg- advies	Sportvereniging / Internet	Beleid sv. Vragenlijst	Huisarts / Fysiothera- peut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
	Sportschool / Fitnesscentrum	Begeleider	Huisarts / Fysiothera- peut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
	→		Huisarts	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
	→		Fysiotherapeut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
	→			Advies sv Eigen initia- tief	Sportarts / sportfysiotherapeut

AGZHZ: Algemene gezondheidszorg
Sv: Sportvereniging



5.3 Inactief → actief

Dit betreft de groep mensen die vanuit een -in termen van sport en bewegen- inactief bestaan toe willen naar een meer actief bestaan. Het kan gaan om mensen die vele jaren niet aan sport hebben gedaan. Een deel van deze mensen zal volledig hun eigen weg gaan. Zij worden niet gezien als een doelgroep van de sportgezondheidszorg. De sportgezondheidszorg doet niet aan 'be-moeizorg'.

Een ander deel zal zich willen laten voorlichten over vragen als: "Welke sport kan ik het beste gaan beoefenen, gegeven mijn individuele omstandigheden? Hoe moet ik mijn sportbeoefening opbouwen? Op welke signalen moet ik letten?" Kortom: ook voor deze doelgroep zal de belangrijkste hulpvraag bestaan uit een vraag naar een sport- en beweegadvies.

Omdat het hier gaat om in principe gezonde mensen, kan men zich afvragen of de gespecialiseerde sportgezondheidszorg deze vraag moet beantwoorden. Voor verreweg de meeste van deze mensen zal dat niet nodig zijn, maar er moet wel sprake zijn van een zorgketen die de mensen kan uitselecteren voor wie een gespecialiseerd advies wel wenselijk is.

Die zorgketen begint met een grote hoeveelheid verschillende ingangen, waar iemand zich met deze vragen aan kan melden.

Als hij in georganiseerd verband wil gaan sporten, kan dat de sportvereniging zijn of het fitnesscentrum, sportschool, enz. waar hij zich aanmeldt.

Als hij buiten een georganiseerd verband wil gaan sporten, kan hij zich met deze vragen wenden tot zijn huisarts, een fysiotherapeut, een sportmedische instelling, enz.

Waar hij zich ook aanmeldt, het belangrijkste is dat de persoon die zijn vraag beantwoordt, in staat is zijn eigen competenties goed in te schatten en als deze het gevoel heeft dat de vraag van de aankomende sporter zijn competenties te buiten gaat, hij deze adequaat kan doorverwijzen.

Wij beschrijven een aantal mogelijke zorgketens voor deze aankomende sporters die met de hierboven genoemde vragen worstelen. De volgende ingangen zijn goede voorbeelden:

1. een sportvereniging

In de ideale situatie zou iemand uit deze doelgroep die zich bij een sportvereniging aanmeldt eerst een korte screening moeten ondergaan door een **sportmasseur**. Op zijn minst zou deze persoon standaard moeten worden gewezen op de internetsite www.sportzorg.nl, alwaar het mogelijk is 'on line' een sportkeuring te laten uitvoeren.

Op dit moment heeft nog lang niet iedere sportvereniging een **sportmasseur** in dienst en als die er is, dan houdt hij zich in het algemeen vooral bezig met de begeleiding van de selectie-teams en niet met de screening van deze groep aspirant-leden.

De **sportmasseur** moet het volgende onderscheid kunnen maken:

- Het aspirant-lid kan zonder meer in de vereniging meedraaien, eventueel wel met begeleiding in de opbouw van de sportbeoefening.
- Het aspirant-lid moet eerst nader worden onderzocht door een fysiotherapeut.

De fysiotherapeut kan dan na onderzoek alsnog bepalen dat er geen problemen zijn om aan het sporten te gaan dan wel de aspirant-sporter alsnog doorverwijzen naar de huisarts ('pluis / niet-pluis') of de sportarts.

2. een sportschool of een fitness centrum

Veel mensen die (onder begeleiding) hun conditie willen verbeteren, melden zich aan bij een sportschool of een fitnesscentrum. Ook hier zou eigenlijk sprake moeten zijn van een intake door een gekwalificeerde sportzorg professional. Het probleem is dat op dit moment voor de

gemiddelde beginnende sporter niet altijd duidelijk is wat de kwaliteit is van de sportinstelling waar hij zich aanmeldt. Voor een aantal voorzieningen die een beweegaanbod leveren (zoals bijvoorbeeld Fit!Vak, sportfysiocentra), is een certificeringssysteem ontwikkeld met betrekking tot de kwaliteit van de begeleiding van cliënten.

Als we ook hier uitgaan van de ideale situatie, dan volgt ongeveer hetzelfde patroon als bij een sportvereniging: de klant wordt gescreend en op grond daarvan wordt een fitnessprogramma aangeboden of wordt de klant geadviseerd eerst langs zijn huisarts of een fysiotherapeut te gaan voor een meer diepgaand onderzoek. Eventueel kan worden geadviseerd rechtstreeks contact op te nemen met een sportarts of een sportfysiotherapeut.

3. de huisarts

In het algemeen zal de huisarts de gezondheidssituatie van zijn patiënten goed kennen.

Wanneer een patiënt met de hierboven genoemde vragen bij hem komt, zal hij kunnen beoordelen of die patiënt probleemloos kan gaan sporten of niet. Wanneer hij van mening is dat enige begeleiding toch gewenst is, zal hij hem kunnen doorverwijzen naar een fysiotherapeut, een sportfysiotherapeut of naar een sportvereniging waarvan bekend is dat deze begeleiding biedt aan beginnende sporters.

4. de fysiotherapeut

De fysiotherapeut kan de vraag van de cliënt snel en afdoende beantwoorden. Op grond van een fysiotherapeutisch onderzoek zal hij (eventueel) een programma kunnen adviseren. Wanneer het onderzoek daar aanleiding toe geeft, zal hij de cliënt doorverwijzen naar zijn huisarts of een sportarts.

5. een sportmedische instelling

Cliënten kunnen zich met de bovengenoemde vragen ook wenden tot een sportmedische instelling. Gegeven de deskundigheid die in deze instellingen aanwezig is, zal een cliënt ófwel een passend sport- en beweegadvies meekrijgen ófwel een verwijzing naar de medisch specialist, al dan niet via de huisarts.

Aanbevelingen

Voor het zorgaanbod aan deze doelgroep van de sportgezondheidszorg doet het LPS de volgende aanbevelingen:

- Het gaat hier potentieel om een grote groep, in principe gezonde, mensen die met basale vragen zitten. Op grond van doelmatigheidsoverwegingen zouden de onderlinge verwijsprotocollen zodanig moeten werken dat de zorgvraag van verreweg de meeste van deze mensen wordt beantwoord door de eerste persoon of instantie die zij benaderen: de sportvereniging of sportschool, de huisarts of de fysiotherapeut. Pas wanneer er sprake is van risico's, waarvoor nader specialistisch onderzoek nodig is, zouden deze mensen toegang tot de sportgezondheidszorg moeten krijgen. Om dit te kunnen beoordelen moeten de partijen die als eerste contact optreden over breed gedragen en algemeen bekende criteria beschikken.
- In het verlengde hiervan geldt dat uit het oogpunt van doelmatigheid en transparantie het van groot belang is dat er goede publieksvoorlichting komt over waar mensen die tot deze doelgroep behoren het beste met hun vraag terecht kunnen. In het bijzonder moet brede bekendheid worden gegeven aan de mogelijkheden van een digitale sportkeuring (www.sportzorg.nl).
- Sportvereniging en instellingen die sport- en beweegprogramma's aanbieden dienen een beleid te hebben ten aanzien van de begeleiding van nieuwe leden, die na een lange periode van inactiviteit weer aan sport willen gaan doen. Het attenderen op de mogelijkheid van een digitale sportkeuring via internet, maakt onderdeel uit van dat beleid.
- Sportverenigingen en instellingen die sport- en beweegprogramma's aanbieden moeten ten minste beschikken over vaste relaties met professionals uit de sportgezondheidszorg, waarnaar deze groep aspirant-sporters eventueel kunnen worden verwezen voor nader onderzoek. Wanneer er sprake is van meerdere verschillende professionals, dienen deze onderling afspraken te maken.



- Cliënten die zich aanmelden bij instellingen die sport- en beweegprogramma's aanbieden, moeten zich een oordeel kunnen vormen over de kwaliteit van de begeleiding, bijvoorbeeld middels een herkenbare kwaliteitsindicatie, gebaseerd op een gecertificeerd kwaliteitskeurmerk.
- Huisartsen dienen te beschikken over een richtlijn om te kunnen beoordelen of een cliënt uit deze doelgroep moet worden doorverwezen naar een sportzorgprofessional.
- Huisartsen dienen bekend te zijn met de aanwezigheid en de competenties van sportzorgprofessionals in hun omgeving.
- Fysiotherapeuten dienen te beschikken over protocollen om uit deze doelgroep te selecteren wie moet worden doorverwezen naar een sportarts, al dan niet via de huisarts.

DOELGROEP: RECREATIEGERICHTE SPORTERS

Schema 1: Georganiseerde sporters

ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZH	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Toegang	Sportvereniging Internet	Licentie-eisen	Huisarts	Licentie-eisen	Sportarts
Blessurepreventie	Sportvereniging	Beleid sportvereniging	Huisarts Fysiotherapeut	Kennis huisarts Sportgezondheidszorg	Sportmasseur / sportfysiotherapeut / sportarts
Chronische blessures	Sportvereniging	Beleid sportvereniging	Huisarts	Standaard / Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
Evenementenbegeleiding	—————→				Sportmasseur / sportfysiotherapeut / sportarts

Schema 2: Niet-georganiseerde sporters

ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZH	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Toegang	Internet Literatuur	Licentie-eisen	Huisarts	Licentie-eisen	Sportarts
Blessurepreventie	Literatuur Internet	Eigen inschatting	Huisarts	Kennis huisarts sportge- zondheidszorg	Sportmasseur / sportfysiotherapeut / sportarts
Chronische blessures	—————→		Huisarts	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
Evenementenbegeleiding	—————→				Sportmasseur / sportfysiotherapeut / sportarts



5.4 Recreatiegerichte sporters

Het gaat hier om de grote groep sporters die vooral vanwege de behoefte aan (gezonde) ontspanning een sport beoefenen. Gezonde ontspanning is dikwijls niet de enige motivatie. Ook de behoefte aan regelmatige sociale contacten kan een rol spelen. In ieder geval speelt het leveren van 'prestaties' voor deze mensen een ondergeschikte rol bij hun sportbeoefening.

Kwantitatief gaat het om een grote groep mensen, naar schatting tussen de 5 en 6 miljoen. Zij kunnen in georganiseerd verband dan wel niet-georganiseerd hun sport beoefenen.

Deze sporters zullen in geval van een blessure in het algemeen geen beroep doen op de gespecialiseerde sportgezondheidszorg. Eenvoudige blessures zullen via zelfzorg worden behandeld en anders zal men in eerste instantie naar de huisarts gaan. Acute blessures zullen op de SEH-afdeling van een ziekenhuis worden beoordeeld en behandeld. Omdat we het hier niet hebben over de prestatiegerichte sporter zal in het algemeen geen **sportmasseur** aanwezig zijn bij de sportprestatie en de op dat moment optredende acute blessure.

Het LPS is van mening dat er vanuit deze groep sporters vier typen zorgvragen zijn te formuleren, waarvoor een antwoord vanuit de gespecialiseerde sportgezondheidszorg nodig kan zijn:

1. de toegang tot enkele specifieke sporten
2. blessurepreventie
3. behandeling van chronische blessures als gevolg van sportbeoefening
4. evenementenbegeleiding

Toegang tot de sport

Voor een aantal sporten is een (periodieke) keuring noodzakelijk (bijvoorbeeld voor motorsport, duiken en zweefvliegen). Ook mensen die deze sporten louter als recreatiesport beoefenen, moeten aan deze keuringen voldoen.

Voor deze sporten is niet zozeer sprake van een 'zorgketen' als wel van de wenselijkheid om op grond van doelmatigheid en transparantie duidelijke afspraken te maken over de vraag welke hulpverlener voor welke sport keuringen moet/mag uitvoeren.

Voor sporten waarvoor geen sportkeuring verplicht is, kunnen er wel aanleidingen zijn om sportkeuringen dan wel preventieve sportmedische onderzoeken op vrijwillige basis aan te bieden.

Denk daarbij aan sportbeoefening in relatie tot leeftijd.

In deze gevallen kan er voor de georganiseerde sporter wel sprake zijn van een 'zorgketen'. Van sportverenigingen mag bijvoorbeeld worden verwacht dat zij een beleid ontwikkelen, waarbij vanaf een bepaalde leeftijd leden worden gewezen op de wenselijkheid van een sportmedisch onderzoek. De **sportmasseur** kan daar een belangrijke rol bij spelen.

Onder niet-georganiseerde sporters zou meer voorlichting moeten plaats vinden over de mogelijkheden van preventieve sportmedische onderzoeken. De sportgezondheidszorg moet dan echter wel helder maken voor wie dergelijke onderzoeken zinvol kunnen zijn en waar deze mensen het best terecht kunnen. Gegeven de mogelijk grote aantallen zorgvragers dient hier een doelmatige opzet voor te worden gekozen.

Blessurepreventie

Recreatiegerichte sporters kunnen behoefte hebben aan advies om blessures te voorkomen. Die vraag kan op allerlei plaatsen in de (sport)gezondheidszorg aan de orde komen. Gezien de om-

vang van deze groep sporters en het feit dat het om een tamelijk 'basale' zorgvraag gaat, is de **sportmasseur** de eerst aangewezen om die vraag te beantwoorden. De 'zorgketen' die daarmee ontstaat, bestaat dan uit de volgende schakels:

- Wanneer het gaat om georganiseerde sporters, zal deze vraag naar preventie worden neergelegd bij bijvoorbeeld een trainer van de betreffende vereniging. Iemand die zelfstandig zijn sport beoefent kan deze vraag neerleggen bij zijn huisarts, na bijvoorbeeld zich te hebben georiënteerd via internet of literatuur.
- De vragensteller kan dan worden doorverwezen naar een **sportmasseur**.
- De **sportmasseur** zal een advies geven over blessurepreventie. Wanneer er sprake is van (genezen) blessures kan de **sportmasseur** eventueel doorverwijzen naar een meer gespecialiseerde hulpverlener.

Behandeling van chronische blessures als gevolg van sportbeoefening

Hierboven is gesteld dat recreatiegerichte sporters in geval van acute blessures in het algemeen geen beroep zullen doen op de gespecialiseerde sportgezondheidszorg. Dat kan anders liggen voor chronische blessures die het gevolg zijn van de sportbeoefening. In die situaties kan kennis van de betreffende sport noodzakelijk zijn om een adequate diagnose te stellen. Het meest gebruikelijke patroon zal zijn dat de recreatiegerichte sporter met een hardnekkige blessure zich in eerste instantie tot zijn huisarts zal wenden. De huisarts zal de cliënt - afhankelijk van de aard van de blessure - doorverwijzen naar de sportarts dan wel de sportfysiotherapeut.

Evenementenbegeleiding

Regelmatig worden voor recreatiegerichte sporters min of meer grootschalige evenementen georganiseerd. Denk aan sporttoernooien voor georganiseerde sporters en aan fiets-, wandel- of hardloopevenementen.

Van de organisatie van dergelijke evenementen mag worden verwacht dat daarbij wordt gezorgd voor een begeleidingsaanbod vanuit de sportgezondheidszorg. Die begeleiding kan zich richten op preventie en blessurebehandeling (EHBSO). Preventie kan de vorm aannemen van een (vrijblijvend) aanbod voor een gezamenlijke warming up of een aanbod voor preventief taping.

Van de sportgezondheidszorg mag worden verwacht dat zij haar bijdrage aan dergelijke evenementen goed heeft georganiseerd. Dat er bijvoorbeeld afspraken zijn gemaakt over hoeveel professionals aanwezig zijn bij welk type evenement, over hun onderlinge werkafspraken en over de noodzakelijke achtervang vanuit de reguliere zorg (ambulances, afdeling Spoedeisende Hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis).

Aanbevelingen

- Om deze groep sporters optimaal te kunnen bedienen, moet de sportgezondheidszorg goed bekend zijn. Bij wie moet de sporter zijn voor welke vragen? Gezien de omvang van deze groep moet niet de doelstelling zijn om al deze mensen gebruik te laten maken van de sportgezondheidszorg. Voorkomen moet worden dat sport medicaliseert. Zelfzorg en reguliere zorg zullen de belangrijkste vormen van hulpverlening moeten blijven. Waar echter sprake is van daadwerkelijk sportgerelateerde zorgvragen, moet de sportgezondheidszorg voor de sporter transparant en op een doelmatige wijze goed toegankelijk zijn.
- Er dient goede en toegankelijke voorlichting te komen over het aanbod aan sportmedische onderzoeken en voor welke groepen sporters deze van belang zijn.
- Sportzorgprofessionals moeten in overleg met professionals uit de algemene gezondheidszorg afspraken maken over de vraag wie welk type keuringen, screenings of controles mag uitvoeren voor welke sport en welk niveau van sportbeoefening. Vanuit gezondheidsoverwegingen om te voorkomen dat te weinig preventie plaats vindt en vanuit doelmatigheidsoverwegingen om te voorkomen dat eenvoudige preventieve zorg wordt uitgevoerd door te hoog gekwalificeerde professionals.



- Sportverenigingen dienen een 'toegangsbeleid' te ontwikkelen. Onderdelen daarvan kunnen zijn: het wijzen op de mogelijkheid van een 'on line' sportkeuring via internet en de aanbeveling, eventueel de verplichting, om vanaf een bepaalde leeftijd regelmatig een sportmedisch onderzoek te ondergaan.
- De sportgezondheidszorg en de huisartsen dienen met elkaar afspraken te maken over de doorverwijzing van recreatiegerichte sporters met chronische blessures.
- Er dienen beleidsmatige randvoorwaarden te worden geformuleerd bij (grootschalige) evenementen voor recreatiegerichte sporters. Bijvoorbeeld de verplichting dat bij een evenement met meer dan een bepaald aantal sporters tenminste een minimaal aantal sportzorgprofessionals aanwezig moet zijn.
- Professionals in de sportgezondheidszorg moeten met elkaar afspraken maken over de wijze waarop (grootschalige) sportevenementen worden begeleid. Ook moeten zij afspraken maken met de 'reguliere' gezondheidszorg voor het geval van calamiteiten. Al deze afspraken zullen afhankelijk zijn van aard en omvang van het evenement.

De laatste twee aanbevelingen betreffen de zorg voor de sporters die aan een dergelijk evenement meedoen. Deze aanbevelingen moeten echter ook worden gezien binnen de context van het evenement als zodanig, dus inclusief aspecten als de mogelijk grote aantallen toeschouwers, openbare orde, bereikbaarheid voor hulpdiensten, enz.

Voor dat grotere kader geldt dat de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) het College van B&W adviseert over het al dan niet afgeven van een vergunning voor een dergelijk grootschalig evenement met het oog op voldoende medische zorgverlening. De RGF baseert zich hierbij op de 'Handreiking geneeskundige advisering publieksevenementen'.

DOELGROEP: PRESTATIEGERICHTE SPORTERS

Schema 1: Georganiseerde sporters

ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZHZ	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Toegang	—————→			Licentie-eisen	Sportarts
Blessurepreventie	Sportvereniging	Beleid sportvereniging	—————→		Sportmasseur
Blessurebehandeling					
Acuut	Sportvereniging	Beleid sportvereniging	SEH-afdeling Huisarts	Protocol	Sportarts Sportfysiotherapeut
Chronisch	Sportvereniging	Beleid sportvereniging	Huisarts	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
Evenementen-begeleiding	—————→				Sportarts / sportfysiotherapeut / sportmasseur

Schema 2: Niet-georganiseerde sporters

ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZHZ	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Toegang	—————→			Licentie-eisen	Sportarts
Blessurepreventie	Literatuur Internet	Eigen inschatting	Huisarts	Kennis Huisarts	Sportmasseur
Blessurebehandeling					
Acuut		Eigen inschatting	SEH-afdeling huisarts / fysioth.	Protocol	Sportarts sportfysiotherapeut
Chronisch	Literatuur Internet	Eigen inschatting	Huisarts / fysiotherapeut	Protocol	Sportarts / sportfysiotherapeut
Evenementenbegeleiding	—————→				Sportarts / sportfysiotherapeut / sportmasseur



5.5 Prestatiegerichte sporters

Het betreft hier de groep van wellicht één miljoen of meer sporters die hun sport beoefenen, gericht op het leveren van prestaties. Er zijn hier natuurlijk vele niveauverschillen in te onderscheiden. Maar in ieder geval gaat het -op welk niveau dan ook- om het leveren van een hogere prestatie dan alleen maar recreatief bezig willen zijn. De sportgezondheidszorg zal hier meer nadrukkelijk in beeld zijn bij de sporters. Zo zal bijvoorbeeld in veel gevallen een **sportmasseur** of -fysiotherapeut aanwezig zijn bij wedstrijden. De **sportmasseur** verzorgt de EHBSO en beoordeelt of er sprake is van pathologie. Bij pathologie wordt doorverwezen.

Voor deze groep sporters zullen meer aspecten van de sportbeoefening een rol spelen dan voor de recreatiegerichte sporters. Het belang van de sportbeoefening is voor hen immers groter. Zij zullen bijvoorbeeld behoefte hebben aan adviezen op het gebied van voeding en van het te gebruiken materiaal. Op beide gebieden kan de sportfysiotherapeut algemene voorlichting geven. Voor wat betreft voedingsadviezen is de sportdiëtist gespecialiseerd.

Het LPS is van mening dat voor deze groep vier zorgketens in het bijzonder van belang zijn:

1. toegang tot de sport
2. blessurepreventie
3. blessurebehandeling
4. evenementenbegeleiding

Toegang tot de sport

Voor wat betreft de toegang tot de sport geldt voor deze groep hetzelfde als voor de recreatiegerichte sporters, zij het dat de keuringseisen strenger zullen zijn en de frequentie van keuringen hoger. Hierover dienen tussen de betreffende sportbonden en de sportgezondheidszorg afspraken te worden gemaakt. Deze afspraken zullen als adviezen bekend moeten worden gemaakt bij de niet-georganiseerde sporters.

Blessurepreventie

Prestatiegerichte sporters eisen meer van hun lichaam dan de grenzen die het lichaam spontaan aangeeft. Dat betekent dat zij meer risico lopen op blessures. Daarbij zijn blessures voor hen ingrijpender, omdat deze hen verhinderen de gewenste prestaties te leveren. Voor deze sporters is er dus een dubbel belang om aan blessurepreventie te doen.

Ook hier moet weer een onderscheid worden gemaakt tussen de georganiseerde sporter en de niet-georganiseerde sporter.

Idealiter zal de prestatiegerichte sporter die in verenigingsverband zijn sport beoefent toegang hebben tot een **sportmasseur** (in de praktijk van dit moment blijkt overigens dat veel sportverenigingen niet over deze ondersteuning beschikken. Zie ook Janssens et al., 2001). De **sportmasseur** zal adviseren over blessurepreventie of voert daadwerkelijk preventieve maatregelen uit (tappen, bandageren, masseren, enz.). Het gaat dan om algemene blessurepreventie.

Het aanbieden van deze algemene vorm van blessurepreventie aan de niet-georganiseerde sporter is lastiger. Deze zal vooral zelf preventieve maatregelen willen nemen en daarover goede voorlichting willen hebben. Hij moet duidelijke ingangen tot die voorlichting kunnen hebben, bijvoorbeeld via internet. Het kan ook zijn dat hij een meer persoonlijke begeleiding wenst. In dat geval moet hij weten waar hij terecht kan met zijn hulpvraag. De eerste ingang daartoe kan de huisarts zijn, maar ook de sportzorgprofessional, daar deze direct toegankelijk is. Voor een opti-

male doorverwijzing is het van belang dat de huisarts op zijn beurt op de hoogte is van het aanbod aan sportgezondheidszorg in zijn omgeving.

Wanneer de gewenste preventieve activiteiten hun aanleiding vinden in eerdere blessures, kan het verstandig zijn dat de **sportmasseur** de sporter eerst doorverwijst naar een sportarts of sportfysiotherapeut dan wel dat de **sportmasseur** informatie ontvangt van de eerdere hulpverlener(s).

In termen van zorgketens dienen dan de volgende afspraken gemaakt te worden: Een hulpverlener die een blessure van een patiënt behandelt, dient te vragen of de patiënt aan sport doet en met welke intensiteit. Indien de sporter een prestatiegerichte sporter blijkt te zijn dient hij hem voor te lichten over preventieve maatregelen om herhaling of verergering van de blessure te voorkomen. Zo nodig verwijst hij de cliënt door naar een **sportmasseur** of sportfysiotherapeut.

Blessurebehandeling

Het gaat hier om blessurebehandeling tijdens het leveren van de sportprestatie of in ieder geval gerelateerd aan de sportprestaties.

Acute sportblessures zullen in het algemeen worden beoordeeld door de aanwezige **sportmasseur** of -fysiotherapeut. Eventueel zal hij EHBSO toepassen. In dat geval zal hij de patiënt doorverwijzen naar de afdeling spoedeisende hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Voor niet-spoedeisende zorg zal hij de patiënt adviseren om de zaak zelf af te kijken dan wel de huisarts, sportfysiotherapeut of sportarts te raadplegen.

Een aparte situatie betreft de blessures die aan de sportbeoefening zijn gerelateerd en een chronisch karakter hebben dan wel het gevolg zijn van overbelasting. In die gevallen lijkt het verstandig om de patiënt het professionele circuit van de sportgezondheidszorg in te leiden. Ook hier moet onderscheid worden gemaakt tussen de georganiseerde en de niet-georganiseerde sporter. De georganiseerde sporter zal via zijn vereniging begeleiding kunnen krijgen voor zijn blessure en -al dan niet- via de **sportmasseur** van de vereniging en zijn huisarts kunnen worden doorverwezen naar de sportarts of de sportfysiotherapeut. De betreffende sportzorgprofessional zal na het stellen van de diagnose een behandelplan opstellen waar ook andere sportzorgprofessionals bij betrokken kunnen zijn. Hier lijkt op een vrij natuurlijke manier een zorgketen te ontstaan. Voorwaarde is wel dat de verschillende sportzorgprofessionals binnen een regio elkaar goed kennen en van elkaars competenties op de hoogte zijn.

De niet-georganiseerde sporter zal met een slepende blessure in het algemeen naar de huisarts dan wel naar een fysiotherapeut gaan. Wanneer tijdens de intake dan duidelijk wordt dat het hier om een prestatiegerichte sporter gaat, zou de standaard moeten zijn dat een dergelijke patiënt wordt doorverwezen naar de sportgezondheidszorg: sportarts of sportfysiotherapeut. Daarna volgt weer het traject van diagnostiek, behandelplan opstellen en uitvoeren.

Evenementenbegeleiding

Waar bij de recreatiegerichte sporters met name de grootschaligheid karakteristiek was om te kunnen spreken van een 'evenement', is dit begrip voor prestatiegerichte sporters ruimer. Tot evenementen worden naast de grootschalige sportorganisaties ook de competitiewedstrijden gerekend. In veel gevallen zal er bij wedstrijden enige vorm van begeleiding vanuit de sportgezondheidszorg aanwezig zijn, in de meeste gevallen een **sportmasseur**. Dat is zelfs een eis die vanaf een bepaald niveau van presteren aan sportwedstrijden gesteld mag worden.

Bij dergelijke evenementen dienen afspraken te zijn gemaakt over een 'achtervangfunctie' met bijvoorbeeld de eerste hulp afdeling van een ziekenhuis en/of met sportartsen in de betreffende regio.



In geval van grootschalige evenementen voor prestatiegerichte sporters, moet de organisatie van het evenement verplicht zijn te zorgen voor voldoende begeleiding vanuit de sportgezondheidszorg, afhankelijk van de aard en de omvang van het evenement. De sportgezondheidszorg op haar beurt dient te zorgen voor een op het evenement afgestemd team van hulpverleners. Dat team zal onderling afspraken moeten maken over de verschillende functies: preventie, blessurebehandeling, enz. Vertegenwoordigers van dat team zullen ook beleidsmatig bij de voorbereiding en uitvoering van het evenement betrokken moeten zijn.

Bij de hier bedoelde evenementen moet overigens onderscheid worden gemaakt tussen wat 'binnen de lijnen' aan zorgvoorzieningen wordt geleverd (de sportbeoefening) en wat 'buiten de lijnen' aan zorgvoorzieningen wordt geleverd (ten behoeve van het publiek). De sportgezondheidszorg beperkt zich tot het eerste domein (zie ook de laatste alinea van paragraaf 5.4.).

Aanbevelingen

- Sportbonden en sportgezondheidszorg zullen afspraken moeten maken over de toegankelijkheid van prestatiegerichte sporters. Het gaat dan onder meer om de intensiteit en frequentie van sportmedische keuringen.
- Deze afspraken zullen, bijvoorbeeld via internet, breed bekend moeten worden gemaakt, zodat zij kunnen dienen als adviezen aan niet-georganiseerde sporters.
- Iedere sportvereniging die ernaar streeft een prestatiegerichte vereniging te zijn, dient voor haar selectiespelers ten minste een **sportmasseur** (deeltijds) in dienst te hebben. Deze **sportmasseur** dient op zijn beurt werkafspraken te hebben met andere sportzorgprofessionals in de omgeving.
- Tijdens wedstrijden van de selectieteams van prestatiegerichte verenigingen dient een **sportmasseur** aanwezig te zijn.
- Algemene zorgverleners dienen in hun anamnese van sportgerelateerde zorgvragen te vragen naar het niveau waarop de sporter zijn eigen sportbeoefening ziet. Wanneer er sprake is van prestatiegerichte sporters, dient te worden doorverwezen naar de sportgezondheidszorg.
- Huisartsen dienen goed op de hoogte te zijn van het aanbod aan sportgezondheidszorg in hun omgeving.
- Wanneer een prestatiegerichte sporter een huisarts raadpleegt voor sportgerelateerde zorgvragen, dient de huisarts deze sporter door te verwijzen naar de sportgezondheidszorg, tenzij de huisarts zelf over aanvullende kwalificaties op het gebied van de sportgezondheidszorg beschikt.
- Wanneer een **sportmasseur** preventieve zorg levert aan prestatiegerichte sporters, gericht op het voorkomen van herhaling of verergering van eerdere blessures, dan wordt aanbevolen dat hij zich in verbinding stelt met voorgaande behandelaar(s).
- Zorgprofessionals die blessures behandelen van prestatiegerichte sporters, dienen deze na behandeling door te verwijzen naar sportmassieurs om hen voor te lichten over het voorkomen van herhaling of verergering van de klachten dan wel om daadwerkelijk preventieve activiteiten te verrichten.
- Sportzorgprofessionals binnen een regio moeten elkaar kennen en van elkaars competenties op de hoogte zijn.
- In geval van grootschalige evenementen voor prestatiegerichte sporters is de organisatie verplicht te zorgen voor voldoende begeleiding vanuit de sportgezondheidszorg.
- Vanuit de sportgezondheidszorg moet, afhankelijk van de aard en omvang, een team worden gevormd voor de begeleiding van dat evenement. Dit team dient onderling afspraken te maken over de taakverdeling en dient zorg te dragen voor een goede 'achtervang' in geval van calamiteiten.
- Vertegenwoordigers van dat team dienen te worden betrokken bij de voorbereiding van het evenement.

DOELGROEP: MAXIMALE SPORTERS

ZORGVRAAG	EERSTE CONTACT	FILTER	INGANG AGZH	FILTER	SPORTGEZONDHEIDSZORG
Toegang	→			Licentie-eisen	Sportarts
Blessurepreventie	Trainer Collega-sporter	→		Protocol sportge- zondheidszorg Kennis sporter	Sportmasseur
Blessurebehandeling	→				Sportarts / sportfysiotherapeut
Prestatievoorbereiding	Trainer	Oordeel trainer / sportmasseur	→		Sportarts / sportfysiotherapeut Sportmasseur / sportdiëtist / Sportpsycholoog
Evenementenbegeleiding	→				Sportarts / sportfysiotherapeut sportmasseur



5.6 Maximale sporters

Het betreft hier een groep sporters (geschat wordt ongeveer 2.500) die het maximale uit hun lichamelijke vermogens willen halen. In vrijwel alle gevallen zal de sportbeoefening hun belangrijkste bezigheid zijn, mogelijk zelfs hun belangrijkste bron van inkomsten. Voor hen is derhalve optimale preventie, optimale voorbereiding van sportprestaties en een snel herstel van blessures zeer belangrijk. Deze belangen bepalen dan ook de belangrijkste bijdragen die de sportgezondheidszorg aan deze groep kan leveren.

De beschrijving van de onderstaande zorgketens zal in de meeste gevallen sporters betreffen, die niet in dienst zijn van een professionele sportorganisatie, zoals een betaald voetbalorganisatie of een professionele wielploeg. Dit soort organisaties beschikken meestal over een begeleidingsteam, waarvan professionals uit de sportgezondheidszorg (al dan niet parttime) deel uitmaken.

Maximale sporters hebben in veel gevallen al rechtstreeks toegang tot de sportgezondheidszorg. Zij worden immers al uitgebreid begeleid en hebben vaak al hun eigen ingangen naar hulpverleners in de sportgezondheidszorg. Waar het begrip 'ketenvorming' wel van belang is, is dat al deze hulpverleners van elkaar de relevante informatie moeten krijgen om de sporter optimaal te kunnen begeleiden. Wanneer de sporter gebruik maakt van een sportmedische instelling, mag verwacht worden dat die afstemming geregeld is. Wanneer de sporter echter contacten heeft met verschillende individuele sportzorgprofessionals, is een optimale communicatie een punt van aandacht.

Naar de mening van het LPS zijn voor deze groep de volgende vijf zorgketens relevant:

1. toegang tot de sport
2. blessurepreventie
3. blessurebehandeling
4. prestatievoorbereiding
5. evenementenbegeleiding

Toegang tot de sport

Voor deze sporters zal in verreweg de meeste gevallen een regelmatige keuring verplicht zijn om een licentie te kunnen verkrijgen of te behouden. De keuring zal het meest uitgebreid zijn en de eisen zullen hoog zijn. In dit verband is ook te noemen het 'Protocol van Lausanne' dat tot doel heeft een inschatting te kunnen maken of er bij een (maximale c.q. prestatiegerichte) sporter een verhoogd risico op acuut hartfalen aanwezig is.

Blessurepreventie

De blessurepreventie voor deze groep sporters zal niet veel anders zijn dan die voor de prestatiegerichte sporters, zij het dat zij wellicht meer intensief van karakter zal zijn. Een maximale sporter zal meer intensief door een **sportmasseur** worden begeleid, zal wellicht vaker een sportfysiotherapeut bezoeken en wellicht met enige regelmaat een sportarts.

Het is van belang dat de verschillende hulpverleners op de hoogte zijn van elkaars bevindingen waar het gaat om de begeleiding van deze maximale sporters.

Blessurebehandeling

Hier kan onderscheid worden gemaakt tussen de acute en de chronische blessure ten gevolge van (langdurige) overbelasting.

In het geval van acute blessures moet zo snel mogelijk diagnostiek plaats vinden en de meest adequate therapie worden ingesteld. Dat betekent dat een sportarts en/of sportfysiotherapeut snel bereikbaar moet zijn en dat er wellicht afspraken moeten worden gemaakt met een nabijgelegen ziekenhuis voor eventuele noodopvang.

De sportarts zal in overleg met de sportfysiotherapeut een behandel- en revalidatieplan opstellen, waarin ook de **sportmasseur** taken kan hebben. Afstemming tussen deze drie professionals is noodzakelijk.

Het ligt het meest voor de hand dat de aangeboden zorg in een georganiseerde setting plaats vindt, bijvoorbeeld een sportmedische instelling.

Voor wat betreft chronische blessures ligt de situatie iets ingewikkelder. De sporter zal uiteindelijk bij de sportarts terechtkomen. Deze zal onderzoek doen en een diagnose stellen.

De sportarts zal in overleg met de sportfysiotherapeut een behandel- en revalidatieplan opstellen, waarin ook de **sportmasseur** taken kan hebben. Waar herstel niet meer mogelijk is, zal de aandacht zich richten op het voorkomen van verergering van de blessure. Hierbij zullen op aanwijzing van de sportarts de sportfysiotherapeut en/of de **sportmasseur** een belangrijke rol spelen.

Prestatievoorbereiding

In de voorbereiding naar een (top)sportprestatie speelt uiteraard de trainer de belangrijkste rol, maar ook vanuit de sportgezondheidszorg worden belangrijke bijdragen geleverd.

Uiteraard door de **sportmasseur** of sportfysiotherapeut die de sporter lichamelijk voorbereidt, maar ook zorgt dat het eventueel benodigde materiaal optimaal is afgestemd op de sporter.

Daarnaast kan de sportdiëtist een rol spelen met specifieke voedingsadviezen.

Tenslotte kan er nog een sportpsycholoog worden ingeschakeld om de sporter mentaal voor te bereiden op de te leveren prestatie.

Evenementenbegeleiding

Voor evenementenbegeleiding geldt mutatis mutandis hetzelfde als beschreven voor de groep prestatiegerichte sporters, zij het dat het niveau van de begeleiding vanuit de sportgezondheidszorg hoger zal zijn. Bij evenementen voor maximale sporters zal in het algemeen een team van begeleiders aanwezig zijn, waaronder ten minste één sportarts en één sportfysiotherapeut.

Aanbevelingen

- Maximale sporters dienen op de hoogte te zijn bij welke sportzorgprofessionals ze met welke vragen terecht kunnen.
- Begeleiders van maximale sporters dienen van elkaars bijdragen op de hoogte te zijn.
- Beide voorgaande aanbevelingen kunnen worden gerealiseerd, wanneer er voor deze beperkte groep sporters bovenregionale, geïntegreerde voorzieningen worden gecreëerd, waarin alle relevante sportzorgdisciplines zijn vertegenwoordigd.
- Bij evenementen voor maximale sporters dienen ten minste een sportarts en een sportfysiotherapeut aanwezig te zijn.



6. Een schets van de consequenties

6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is vanuit verschillende invalshoeken veel informatie gepresenteerd. In dit hoofdstuk wordt getracht deze informatie te integreren tot korte, integrale beschrijvingen, waardoor beter duidelijk wordt wat een en ander betekent voor de sportgezondheidszorg. Daarbij worden drie schetsen gegeven:

1. de consequenties voor de relaties van de sportgezondheidszorg met het aanpalende zorgaanbod;
2. het beeld van regionale samenwerking tussen de sport, de gezondheidszorg en de sportgezondheidszorg dat uit het voorgaande naar voren komt (beschrijving van een 'modelregio');
3. de mogelijke consequenties voor de opleidingen en de domeinbeschrijvingen.

6.2 Relaties van de sportgezondheidszorg met aanpalend zorgaanbod

6.2.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is beschreven hoe de vijf onderscheiden doelgroepen voor hun diverse zorgvragen in contact kunnen komen met de sportgezondheidszorg. Aangegeven is dat de sportzorgprofessionals weliswaar vrij toegankelijk zijn voor patiënten en cliënten, maar dat het vanuit doelmatigheidsoverwegingen niet aan te bevelen is om alle sportgerelateerde vragen bij de gespecialiseerde sportgezondheidszorg neer te leggen. Alleen al de beschikbare aantallen fte's (ongeveer honderd sportartsen, enkele honderden sportfysiotherapeuten en enkele duizenden sportmassieurs) maken duidelijk dat de sportgezondheidszorg nooit 7,3 miljoen sporters plus nog enkele miljoenen chronisch zieken plus een onbekend aantal duizenden 'kandidaat-sporters' als doelgroep kunnen bedienen. De sportgezondheidszorg dient zich te profileren als een gespecialiseerd onderdeel van de totale gezondheidszorg. In deze paragraaf wil het LPS samenvatten hoe zij de relatie ziet tussen de sportgezondheidszorg en het 'aanpalende' zorgaanbod. Wanneer hierbij sprake is van 'eerstelijnszorg' en 'tweedelijnszorg' wordt hiermee bedoeld: de direct toegankelijke zorg en de gespecialiseerde zorg die uitsluitend of bij voorkeur toegankelijk is na verwijzing. De sportgezondheidszorg is formeel voor iedereen vrij toegankelijk, maar vanuit het oogpunt van doelmatigheid, doeltreffendheid en transparantie beveelt het LPS aan om in een aantal situaties de sportgezondheidszorg als een tweedelijns- en soms zelfs als een derdelijnsvoorziening te beschouwen.

6.2.2 Chronisch zieken

Voor chronisch zieken is de sportgezondheidszorg een tweedelijns- en soms zelfs een derdelijnspecialisme. Tweedelijns voor zover de algemene gezondheidszorg (huisarts, fysiotherapeut)

iemand doorverwijst naar een sportzorgprofessional voor een gespecialiseerd advies. Dergelings wanneer een patiënt vanuit de gespecialiseerde gezondheidszorg wordt doorverwezen. De algemene regel is hier dus dat de sportgezondheidszorg pas wordt ingeschakeld, wanneer de algemene gezondheidszorg daar aanleiding voor ziet.

- Het LPS beveelt aan dat vanuit de sportgezondheidszorg in overleg met de huisartsen, de fysiotherapeuten en de betrokken medisch specialisten voor de chronisch zieken criteria worden geformuleerd ten behoeve van een adequate doorverwijzing vanuit de algemene gezondheidszorg.

Apart moet aandacht worden besteed aan het raakvlak tussen de fysiotherapeut die in een bepaalde chronische aandoening is gespecialiseerd en de sportfysiotherapeut. Voorkomen moet worden dat er voor patiënten verwarring ontstaat over de vraag naar welke hulpverlener ze worden doorverwezen en waarom.

- Het LPS beveelt aan dat de fysiotherapeuten onderling criteria vaststellen om aan te geven onder welke omstandigheden een chronisch zieke wordt doorverwezen naar één van beide hier genoemde hulpverleners. Een mogelijk onderscheid zou het volgende kunnen zijn: Wanneer het gaat om het aanbieden van specifieke bewegingsprogramma's ter verhoging van de kwaliteit van leven, dan komt de in de betreffende aandoening gespecialiseerde fysiotherapeut het meest in aanmerking. Gaat het om het beoefenen van een specifieke sport door een chronisch zieke, dan komt de sportfysiotherapeut het eerst in aanmerking.

6.2.3 Inactief → Actief

Deze groep bestaat uit mensen die zichzelf gezond achten, maar (weer) willen gaan sporten of intensief bewegen. Een relatief klein deel van deze groep zal een beroep doen op de gespecialiseerde sportgezondheidszorg om een sport- en beweegadvies te vragen. Als het goed is, zijn dat de mensen die uit hun 'on line' sportkeuring via het internet (www.sportzorg.nl) hebben begrepen dat zij een verhoogd risico lopen, wanneer zij ongecontroleerd aan sport gaan doen. Voor deze groep mensen moet er informatie-uitwisseling zijn tussen de sportgezondheidszorg en de reguliere gezondheidszorg, meestal in de persoon van de huisarts van de betreffende cliënt.

Het LPS doet aanbevelingen voor de volgende situaties:

- De cliënt wendt zich tot een sportarts. Deze constateert dat er inderdaad sprake is van een verhoogd risico. In dat geval dient de sportarts bij de huisarts aanvullende informatie op te vragen en de huisarts van zijn eigen bevindingen in kennis te stellen.
- De cliënt wendt zich tot zijn huisarts. Deze dient de persoon door te verwijzen naar een sportarts met voor de sportarts relevante informatie.
- De cliënt wendt zich tot een fysiotherapeut. Wanneer deze een verhoogd risico vermoedt, verwijst hij de cliënt al dan niet via de huisarts door naar de sportarts.
- Over al deze verwijsrelaties dienen tussen de beroepsgroepen afspraken te worden gemaakt.

In dit verband dient nog apart te worden gewezen op de rol van het onderwijs in het stimuleren van sport en bewegen. Ook onder kinderen en jeugdigen lijkt er sprake van een toename van overgewicht en bewegingsarmoede.

Inmiddels is op 7 juni 2005 een 'Alliantie' ondertekend tussen het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen en NOC*NSF dat tot doel heeft

“het bereiken van levenslang sport en bewegen van jongeren. Daartoe wordt voorzien in een sterke basis. Dit vindt plaats door het stimuleren van samenwerkingsvormen tussen onderwijs en de georganiseerde sport.”

Bij deze alliantie zijn vele andere partijen, waaronder het ministerie van VWS, betrokken.



6.2.4 Recreatiegerichte sporters

Ook voor recreatiegerichte sporters behoort de sportgezondheidszorg het karakter te hebben van een tweedelijnsvoorziening. In verreweg de meeste situaties zal de reguliere gezondheidszorg voor deze sporters het eerste aanspreekpunt zijn. Pas wanneer er sprake is van chronische blessures ten gevolge van (specifieke) sportbeoefening komt de gespecialiseerde sportgezondheidszorg in beeld. In paragraaf 5.4 zijn hierover aanbevelingen geformuleerd.

6.2.5 Prestatiegerichte sporters

Voor de prestatiegerichte sporters is de sportgezondheidszorg een combinatie van eerste- en tweedelijnszorg. De **sportmasseur** komt als eerstelijnsvoorziening nadrukkelijk in beeld, in het bijzonder waar het gaat om blessurepreventie. Voor blessurebehandeling heeft de sportgezondheidszorg nog steeds het karakter van een tweedelijnsvoorziening, maar er zal vaker dan bij de recreatiegerichte sporter sprake zijn van doorverwijzing vanuit de reguliere gezondheidszorg (in het bijzonder de eerstelijns) naar de sportgezondheidszorg (tweedelijns). Het belang van de sporter voor een snelle en adequate behandeling is immers groter dan voor de recreatiegerichte sporter en dat zal meer gespecialiseerde kennis vragen.

Aanbevelingen hierover zijn opgenomen in paragraaf 5.5.

6.2.6 Maximale sporters

Voor maximale sporters heeft de sportgezondheidszorg het karakter van een eerstelijnsvoorziening. Deze sporters zullen zich met sportgerelateerde vragen en problemen direct tot gespecialiseerde sportzorgprofessionals wenden. De algemene medisch specialistische zorg wordt daarmee voor deze sportgerelateerde vragen een tweedelijnsvoorziening in de zin dat de sportarts die een maximale sporter begeleidt, bij specifieke problemen advies kan vragen aan een op dat gebied gespecialiseerde medisch specialist.

6.3 Een modelregio

Uit de voorgaande hoofdstukken kan worden afgeleid welk beeld het LPS voor ogen staat wanneer het gaat om de organisatie van de sportgezondheidszorg op regionaal niveau. Een samenvattende schets:

In de 'ideale' regio:

1. hebben alle sportverenigingen verbindingen met de sportgezondheidszorg. Afhankelijk van het niveau en de ambities kan deze band bestaan uit afspraken met een individuele sportzorgprofessional (bijvoorbeeld een **sportmasseur**) tot aan een contract met een sportmedische instelling voor allerlei producten van de sportgezondheidszorg. In het eerste geval is de sportzorgprofessional verantwoordelijk voor de verbinding van de sportvereniging met de rest van de sportgezondheidszorg.
2. hebben alle aanbieders van sport en bewegen, in het bijzonder sportverenigingen en (commerciële) aanbieders, zoals fitnesscentra, een gezondheidsbeleid.
Dat gezondheidsbeleid kent drie pijlers:
 - a. voorlichting en advies aan nieuwe leden over gezond bewegen en sporten. Daarbij is de aanbieder van sport en bewegen in staat onderscheid te maken naar risicogroepen (bijvoorbeeld inactieven, mensen met ernstig overgewicht, ouderen en chronisch

- zieken). Voor deze risicogroepen zijn afspraken gemaakt met sportartsen ten aanzien van het opstellen van een sportmedisch advies.
- b. een leeftijdsbeleid voor oudere en jeugdige leden;
 - c. een blessurebeleid: Dit beleid is geformuleerd door de sportzorgprofessional waarmee de betreffende vereniging of sportaanbieder afspraken of een contract heeft (zie punt 1). In dat beleid wordt aandacht gegeven aan zaken als: voor welke blessures is zelfzorg voldoende (en hoe lang)? Voor welke blessures kan de algemene gezondheidszorg (huisarts, fysiotherapeut) benaderd worden? Voor welk type blessures moet de gespecialiseerde sportgezondheidszorg worden benaderd?
3. is ten minste één sportmedische instelling die voor een breed publiek toegankelijk is;
 4. hebben professionals uit de 'reguliere' gezondheidszorg (in het bijzonder huisartsen, medisch specialisten en algemeen fysiotherapeuten) afspraken met collega's uit de sportgezondheidszorg. Deze afspraken betreffen in ieder geval:
 - a. protocollen met betrekking tot verwijzingen en terugverwijzingen waar het gaat om typisch sportgerelateerde vragen, zoals blessures en sportmedische advisering;
 - b. verwijzingen van chronisch zieken aan wie sport en bewegen wordt geadviseerd ter verhoging van de kwaliteit van leven, maar die vanwege de aard of ernst van hun aandoening niet zonder begeleiding aan sportieve activiteiten kunnen deelnemen.
 5. is de sportgezondheidszorg breed bekend bij alle mensen die belangstelling hebben voor sport en bewegen, bij sportverenigingen en bij professionals uit de 'reguliere' gezondheidszorg. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden gerealiseerd door een verdere uitbouw van de internetsite www.sportzorg.nl met bijvoorbeeld per regio NAW-gegevens en competentiegegevens van sportzorgprofessionals en -voorzieningen. Op deze site zouden alleen SCAS-gecertificeerde zorgverleners opgenomen moeten zijn, waarmee tegelijkertijd de cliënt weet dat hij met gekwalificeerde hulpverleners te maken heeft.
 6. hebben professionals binnen de sportgezondheidszorg met elkaar afspraken gemaakt over onderlinge verwijzingen en verdeling van taken;
 7. hebben mensen met complexe vragen aan de sportgezondheidszorg (bijvoorbeeld mensen met een ernstige chronische aandoening of sporters met complexe blessures) een duidelijk aanspreekpunt in de persoon van een hulpverlener die in staat is de hulpvrager adequaat voor te lichten en zo nodig de coördinatie van het zorgaanbod te verzorgen.

Aanbeveling

Het moge duidelijk zijn dat dergelijke regio's niet 'vanzelf' tot stand komen. Er zal vanuit de zijde van de overheid sprake moeten zijn van enige 'drang en dwang'. Er zullen randvoorwaarden moeten worden geschapen ten aanzien van de bestuurlijke, financiële, wettelijke en toezichtsaspecten. Het LPS beseft dat deze aanbeveling niet strookt met het algemene overheidsbeleid, waarin sprake is van een terugtrekkende overheid en marktwerking tussen partijen. De ervaringen in bijvoorbeeld de oogzorg hebben echter geleerd dat veel professionals van goede wil zijn om een beter functionerend stelsel van gezondheidszorg te helpen creëren, maar dat zonder de benodigde randvoorwaarden, waaronder ook enige 'drang en dwang', zelfs de meest gemotiveerde initiatieven gedoemd zijn te mislukken of op zijn minst sterk vertraagd worden in hun ontwikkeling.

6.4 Consequenties voor opleidingen en beschrijvingen van het beroepsdomein

Er zijn vele ontwikkelingen gaande in de opleidingen van de drie kerndisciplines van de sportgezondheidszorg. De belangrijkste zijn kort aangegeven in de beschrijving van de beroepsdomeinen (hoofdstuk 3). Deze ontwikkelingen komen veelal voort uit impulsen van binnen de beroepsgroep zelf en/of vanuit internationale ontwikkelingen. Zij staan dus voor het grootste gedeelte los



van de ontwikkelingen die zich binnen het LPS hebben afgespeeld. Toch kan worden geconstateerd dat deze ontwikkelingen de aanbevelingen uit dit rapport ondersteunen. In de opleidingen en beschrijvingen van het beroepsdomein wordt bijvoorbeeld nadrukkelijker dan in het verleden aandacht gegeven aan samenhang en samenwerking met andere beroepsgroepen.

Er is ook een aantal opmerkelijke overeenkomsten in deze ontwikkelingen te herkennen, zoals bijvoorbeeld het feit dat iedere beroepsgroep het beroep heeft omschreven aan de hand van een aantal competentiegebieden.

- Het LPS beveelt de drie beroepsgroepen aan in een verdere ontwikkeling ernaar te streven om de beschrijvingen van de competentiegebieden zo veel mogelijk op elkaar te laten aansluiten, zodat helder wordt waar grenzen en overlappingsen tussen de werkdomeinen liggen. Dat schept een kader van waaruit éénduidig tot taakafspraken en -waar dat meer doelmatig is- taakherschikking kan worden gekomen.
- In dit kader beveelt het LPS het MOBG aan om de sportgezondheidszorg als één van de deelsectoren van de gezondheidszorg te bezien die een proeftuin kan vormen voor de ontwikkeling van een samenhangend stelsel van deskundigheden en vaardigheden van verschillende beroepsgroepen.

7. Aanbevelingen, voorstellen en intenties

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen uit de vorige twee hoofdstukken samengevat, geordend en, waar mogelijk, gepresenteerd in de vorm van voorstellen. Voor de ordening wordt uitgegaan van het gegeven dat de sportgezondheidszorg zich ontwikkelt op het raakvlak van sport en gezondheidszorg. Inclusief het perspectief van de zorgvrager, levert dat de volgende indeling op: Voorstellen/aanbevelingen met betrekking tot:

- de (organisatie van de) sportgezondheidszorg
- de vraag naar sportgezondheidszorg
- het raakvlak van de algemene gezondheidszorg met de sportgezondheidszorg
- het raakvlak van de sport met de sportgezondheidszorg

7.2 De (organisatie van de) sportgezondheidszorg

Algemeen

- Aanbevolen wordt dat de sportgezondheidszorg regionale structuren ontwikkelt. Binnen die regio's moeten de betrokken sportzorgprofessionals elkaar kennen en van elkaars competenties op de hoogte zijn.
- De beroepsorganisaties van sportzorgprofessionals zullen op het niveau van aandoeningen onderling afspraken maken over de vraag onder welke omstandigheden patiënten worden doorverwezen. Bij deze afspraken dient de doelmatigheid van de zorg een belangrijke rol te spelen, zowel bij het formuleren van verwijsafspraken als bij het formuleren van taakafspraken. In die afspraken dient ook te worden meegenomen welke verwijsinformatie tussen de professionals noodzakelijk is.
- Begeleiders van maximale sporters dienen van elkaars bijdragen op de hoogte te zijn.
- Voor de (relatief beperkte) groep maximale sporters zouden bovenregionale, geïntegreerde voorzieningen moeten worden gecreëerd, waarin alle relevante sportzorgdisciplines zijn vertegenwoordigd.

Positionering beroepsgroepen

- Uit de beschrijvingen in hoofdstuk 5 blijkt dat het profiel van de sportarts twee aspecten kent: curatieve zorg, waar het gaat om diagnostiek en behandeling en een beleidsmatige functie waar het gaat om het zorgbeleid van sportorganisaties dan wel de formulering van passende sport- en beweegprogramma's voor groepen (bijvoorbeeld chronisch zieken). De sportarts functioneert dus zowel intramuraal als transmuraal als een medisch specialist. Het LPS adviseert de minister dringend een positionering voor de sportarts te creëren die recht doet aan het actuele functioneren van deze beroepsgroep. Dit kan een aandachtspunt zijn voor de commissie MOBG en voor het CTG/ZAio. Zorgverzekeraars kunnen dit gegeven meenemen in hun onderhandelingen met ziekenhuizen.
De sportartsen staan voor de taak dit profiel helder en eenduidig uit te dragen naar de andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, naar potentiële cliënten en patiënten en naar aanbieders van sport en bewegen.
- De sportfysiotherapeuten zijn een erkende verbijzondering van de algemene fysiotherapie en hebben inmiddels een positie verworven waarin zij voor cliënten rechtstreeks toegankelijk



zijn. Ook voor de sportfysiotherapeuten geldt echter dat zij een duidelijker profiel dienen te ontwikkelen. Eerder is al aangegeven dat het onderscheid tussen algemeen fysiotherapeuten en sportfysiotherapeuten voor veel cliënten niet echt duidelijk is. Wanneer moet je een algemeen fysiotherapeut raadplegen en wanneer een sportfysiotherapeut? Diezelfde onduidelijkheid bestaat voor chronisch zieken die voor hun begeleiding kunnen kiezen tussen een algemeen fysiotherapeut, een in hun aandoening gespecialiseerde fysiotherapeut en een sportfysiotherapeut. De fysiotherapie zal hierin profielen moeten ontwikkelen die voor cliënten en voor andere beroepsbeoefenaren duidelijk herkenbaar zijn.

- De sportmasseurs maken een gestage ontwikkeling door in de verbreding en verdieping van hun beroepsuitoefening. Een nieuw beroep is in ontwikkeling, namelijk dat van de sportverzorger die op MBO-niveau een breed scala aan zorgactiviteiten kan aanbieden. Het LPS adviseert de minister de **sportmasseur**, respectievelijk de sportverzorger, op een of andere wijze een formele positie te verlenen binnen het zorgdomein van de sportgezondheidszorg. Argumenten hiervoor zijn aangegeven in paragraaf 6.4.4.

Implementatie voorstellen regionale samenwerking

- Om inzichten te verwerven ten aanzien van de aard van het benodigde randvoorwaardelijke beleid, beveelt het LPS de minister aan te bevorderen dat in een drietal experimentregio's processen in gang worden gezet om de in paragraaf 6.3 omschreven situatie te realiseren. Het LPS gaat ervan uit dat tenminste twee, wellicht drie, jaar nodig zijn om de geschetste 'ideale' situatie in die regio's te realiseren. Daartoe is het noodzakelijk om in die drie regio's concrete procesbegeleiding te realiseren in de vorm van een procesbegeleider/projectcoördinator die een deel van zijn of haar tijd hiertoe is vrijgesteld. Tijdens de experimentfase kunnen deze regio's dienen als voorbeeld voor andere regio's, waarin initiatiefnemers zelf aan de slag willen. Een nadere uitwerking van dit voorstel is beschreven in bijlage 3.

7.3 De vraag naar sportgezondheidszorg

- Alle bij de sportgezondheidszorg betrokken partijen zullen langs de hun beschikbare kanalen ruime bekendheid geven aan de mogelijkheid van een 'on line' sportkeuring via de internetsite www.sportzorg.nl.
- Voor cliënten dient duidelijk te zijn met welk type sportgerelateerde zorgvraag zij bij welke hulpverlener terecht kunnen. www.sportzorg.nl kan daarvoor een geschikt medium zijn. Er is dan wel aanvullende voorlichting nodig om deze site breed aan het publiek bekend te maken.
- Cliënten moeten weten waar in hun omgeving professionals uit de sportgezondheidszorg zijn te vinden. De beroepsorganisaties van sportzorgprofessionals zullen deze informatie via internet gezamenlijk toegankelijk maken.
- Er dient goede en toegankelijke voorlichting te komen over het aanbod aan sportmedische onderzoeken en voor welke groepen sporters deze van belang zijn. Ook hiervoor is internet een bij uitstek geschikt medium.
- Cliënten die zich aanmelden bij instellingen die sport- en beweegprogramma's aanbieden, moeten zich een oordeel kunnen vormen over de kwaliteit van de begeleiding. Hiertoe moeten de bestaande kwaliteitskeurmerken voor institutionele aanbieders van sport- en beweegprogramma's aan een breed publiek bekend worden gemaakt.

7.4 Raakvlakken van de sportgezondheidszorg met de algemene gezondheidszorg

- Beroepsbeoefenaren van buiten de sportgezondheidszorg moeten op de hoogte zijn van de competenties van de sportzorgprofessionals. Dit geldt in het bijzonder voor huisartsen en medisch specialisten. De sportgezondheidszorg heeft een eigen verantwoordelijkheid om deze competenties ruim bekend te maken.
- Huisartsen en medisch specialisten moeten weten waar binnen hun werkgebied sportzorgprofessionals zijn te vinden. Voorgesteld wordt dat de beroepsorganisaties uit de sportgezondheidszorg deze informatie beschikbaar stellen (zie ook hierboven).
- Beroepsgroepen uit de sportgezondheidszorg zullen het initiatief nemen om met beroepsgroepen uit de algemene gezondheidszorg (in het bijzonder huisartsen en fysiotherapeuten) op het niveau van aandoeningen afspraken te maken over de vraag onder welke omstandigheden patiënten worden doorverwezen en naar welke sportzorgprofessional. Daarbij dienen ook afspraken te worden gemaakt over de noodzakelijke verwijsinformatie.
- Ten behoeve van de doelgroep 'mensen met chronische aandoeningen' zullen de algemeen fysiotherapeuten, de sportfysiotherapeuten en de fysiotherapeuten die zich in een bepaalde aandoening hebben gespecialiseerd, onderling afspraken maken over de advisering aan en de begeleiding van deze groep patiënten op het gebied van sport en bewegen.

Een voorbeeld van zo'n afspraak luidt:

- Mensen met lichte aandoeningen kunnen worden begeleid door de algemeen fysiotherapeut. (Er zijn immers nauwelijks beperkingen om te bewegen of te sporten.)
- Mensen met matig ernstige aandoeningen kunnen worden begeleid door een sportfysiotherapeut. (De beperkingen zijn zodanig dat het sport- en beweegaanbod aangepast moet worden.)
- Mensen met ernstige chronische aandoeningen kunnen worden begeleid door een in die aandoening gespecialiseerde fysiotherapeut. (De beperking is dusdanig ernstig dat grondige kennis van de aandoening noodzakelijk is voor het geven van een optimale begeleiding.)
- Prestatiegerichte sporters die zijn geholpen in de algemene gezondheidszorg, dienen na behandeling te worden doorverwezen naar sportmasseurs om hen voor te lichten over het voorkomen van herhaling of verergering van de klachten dan wel om daadwerkelijk preventieve activiteiten te verrichten.

7.5 Raakvlakken van de sportgezondheidszorg met de sport

- Sportbonden dienen via internet toegangseisen en –adviezen voor het beoefenen van de betreffende sport breed bekend maken. Daarbij dient onderscheid te worden gemaakt naar de vijf in dit rapport onderscheiden doelgroepen.
- Iedere organisatie die sport en bewegen aanbiedt (waaronder sportverenigingen, fitnesscentra en sportscholen) dient een beleid te hebben ten aanzien van de toegang tot de sportbeoefening. In dit beleid dient met name aandacht te zijn voor:
 - nieuwe leden die zich na een (lange) periode van inactiviteit aanmelden voor sportbeoefening
 - ouderen en jeugdigen
 - deelnemers/leden met chronische aandoeningen.

Dit beleid kan zich bijvoorbeeld concretiseren in het (regelmatig) screenen op de aanwezigheid van risicofactoren.

- Deze organisaties dienen afspraken te hebben met één of meer sportzorgprofessionals in haar omgeving om leden die daarop zijn aangewezen eventueel naar te kunnen verwijzen.



- Iedere sportvereniging die ernaar streeft een prestatiegerichte vereniging te zijn, dient voor haar selectiespelers ten minste een **sportmasseur** (deeltijds) in dienst te hebben. Deze **sportmasseur** dient op zijn beurt werkafspraken te hebben met andere sportzorgprofessionals in de omgeving.
- Tijdens wedstrijden van de selectieteams van prestatiegerichte verenigingen dient een **sportmasseur** aanwezig te zijn.
- De beroepsgroepen uit de sportgezondheidszorg zullen gezamenlijk een beleid ontwikkelen ten aanzien van het te leveren sportzorgaanbod bij (grootschalige) sportevenementen. Waar nodig dient dit sportzorgaanbod te zijn afgestemd met de algemene regelgeving voor grootschalige publieksevenementen.

Bijlage 1 Samenstelling Landelijk Platform Sportgezondheidszorg

Deelnemers

Mw. drs. A. Bruinsma	VSG
Mw. drs. W.M. van Teeffelen, sportarts	VSG
Mw. D.M. de Oliveira Marreiros Rolf	NVFS
D. Spanjersberg	NVFS
A. van der Veen	NGS
L.W. Zandbergen bc	NGS
Mw. J.P.M. Hogenbirk-Feller	Ministerie van VWS, waarnemer (tot september 2005)
Mw. drs. N.A. Rooimans	Ministerie van VWS, waarnemer (vanaf september 2005)
Dr. J.T. Braaksma	Voorzitter
Drs. A.J.J. van der Kwartel	Prismant, secretaris
Klankbord	
Mw. drs. T. de Looff	NOC*NSF, Atletencommissie
Drs. G. de Wit	NOC*NSF, breedtesportontwikkeling
Plaatsvervangers:	
J. van der Wel	NVFS
Drs. T.P. Hoogeveen	Ministerie van VWS



Bijlage 2 Schatting aantallen prestatiegerichte en maximale sporters

Door NOC*NSF is een schatting gemaakt van het mogelijke aantal prestatiegerichte en maximale sporters. In deze bijlage wordt die schatting gepresenteerd. Het gaat vooral om een indicatie van de orde van grootte van deze groepen sporters.

Recreatieve en prestatieve sporters

In 2005 is een Verenigingsenquête uitgezet onder sportverenigingen van zeven verschillende sporttakken. Deze sporttakken vertegenwoordigen gezamenlijk 1,8 miljoen verenigingsleden. Daarmee zijn zij een representatieve vertegenwoordiging van de in totaal 4,9 miljoen sporters in verenigingsverband. In de Verenigingsenquête is aan verenigingsbestuurders gevraagd welk percentage van de leden prestatieve sporters zijn en welk percentage recreatieve sporters zijn. De termen recreatief en prestatief werden niet nader toegelicht. Hieruit is de volgende gemiddelde verdeling gekomen:

Recreatief:	76% (standaarddeviatie 9%)
Prestatief:	19% (standaarddeviatie 9%)
Overig:	5%

Als deze cijfers worden geëxtrapoleerd naar de totale sportdeelname in verenigingsverband, ontstaat de volgende verdeling:

Recreatief:	3,7 miljoen sporters
Prestatief:	950 duizend sporters

Het is met deze cijfers niet mogelijk om aan te geven hoe de verdeling recreatief/prestatief is bij de sporters in niet- of anders-georganiseerd verband (2,4 miljoen sporters). Als dezelfde verdeling wordt aangehouden, leidt dat tot de volgende aantallen:

Recreatief:	5,5 miljoen sporters
Prestatief:	1,4 miljoen sporters

Deze schatting gaat echter van de veronderstelling uit dat het aandeel prestatiegerichte sporters onder de niet-georganiseerde sporters even groot is als onder de georganiseerde sporters.

Maximale sporters

Voor topsporter hanteert NOC*NSF de indeling van A- en B-sporters. Dat zijn sporters die in hun sporttak tot de besten van Europa cq. de wereld behoren. Daartoe behoren overigens ook sporters van niet-Olympische sporten. Dit is een groep van 1.250 sporters. Prestatieve sporters die in de hoogste nationale competities uitkomen, behoren hier dus niet automatisch bij. Pas wanneer ze ook uitkomen in nationale teams (en daar op het hoogste niveau meedraaien), behoren ze tot de categorie topsporters.

Daarnaast kan een groep sporters worden onderscheiden die hun sport op professioneel niveau bedrijven en sport als primaire tijdsbesteding en inkomstenbron hebben. Dat zijn (met name) voetballers, schaatsers en wielrenners. Dit is een groep van ongeveer 1.250 sporters.

In totaal kan de groep 'maximale sporters' dus worden geschat op ongeveer 2.500.

Bron: NOC*NSF 2005

Bijlage 3 Uitwerking voorstel implementatie regionale samenwerking

Inleiding

Eén van de aanbevelingen van het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg luidt om in een drietal experimentregio's te onderzoeken wat er nodig is om de 'modelregio', zoals deze in paragraaf 6.3 is beschreven, te realiseren. In deze bijlage wordt die aanbeveling nader uitgewerkt.

Aanpak

Ervaringen in de oogzorg hebben aangetoond dat niet kan worden volstaan met het uitbrengen van een gezamenlijk rapport van landelijke beroepsorganisaties om de daarin gemaakte afspraken 'op de werkvloer' geïmplementeerd te krijgen. Veel beroepsbeoefenaren blijken van goede wil, maar er zijn ondersteunende voorwaarden nodig om partijen op regionaal niveau structureel tot samenwerking te brengen.

Daarom wordt voorgesteld een drietal experimentregio's te vormen waarin de aanbevelingen van het LPS worden geïmplementeerd en getoetst op hun haalbaarheid in de praktijk. Tevens wordt daarbij onderzocht aan welke voorwaarden (beleidsmatig, financieel, personeel, organisatorisch, enz.) moet zijn voldaan om de aanbevelingen succesvol in te kunnen voeren. De uitkomsten van deze experimenten dienen de input te vormen voor een grootschaliger implementatieproces over heel Nederland.

Er dienen (drie) regio's te worden geselecteerd waarin de drie kerndisciplines bereid zijn om gezamenlijk aan de slag te gaan. Zij moeten in die drie regio's over mensen beschikken die bereid zijn om actief aan het experiment deel te nemen.

Beoogde uitkomsten

De beoogde uitkomsten van dit experiment zijn:

- inzicht in de benodigde randvoorwaarden om de hier bedoelde samenwerking te realiseren;
- inzicht in de realiteitswaarde van de verschillende aspecten van de in paragraaf 6.3 beschreven 'modelregio' en van de aanbevelingen van het LPS in de praktijk van alle dag;
- in het bijzonder kan ervaring worden opgedaan met de werkbaarheid van zorginhoudelijke afstemmingsafspraken. Op grond van deze ervaringen kunnen landelijk geldende adviezen worden opgesteld.
- samenwerkingsprotocollen tussen de betrokken sport- en zorgprofessionals;
- voorbeelden van zorgbeleid door aanbieders van sport- en beweegactiviteiten;
- een voorbeeld van een internetsite met informatie over sportzorg, professionals en protocollen;
- een 'draaiboek' voor de overige regio's in Nederland om eveneens de geschetste regiostructuur te ontwikkelen.

Synergie

Terwijl deze experimenten lopen, gaan de ontwikkelingen in de sportgezondheidszorg verder. Daarom moet worden gezorgd voor een continue wisselwerking tussen wat er binnen de context van de experimentregio's wordt ontwikkeld en wat er zich beleidsmatig en/of inhoudelijk ontwikkelt binnen de sportgezondheidszorg als zodanig.

Daarnaast kunnen ook in andere regio's op eigen initiatief en eventueel op deelaspecten vernieuwende initiatieven in gang worden gezet. Het is van belang dat de initiatiefnemers optimaal gebruik kunnen maken van de bevindingen in de experimentregio's tot dat moment.



Daarom wordt ervoor gepleit om aan de begeleiding van de experimentregio's een beperkte landelijke expertisefunctie toe te voegen om de hier bedoelde uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de regionale experimenten en hun omgeving (in de breedste betekenis van het woord) te borgen.

Organisatie

Regionaal

Per regio dient er een begeleidingscommissie voor het experiment te zijn. In die begeleidingscommissie dienen te zijn vertegenwoordigd:

- de drie kerndisciplines uit de sportgezondheidszorg
- de sport- en beweegaanbieders
- de patiëntenorganisaties
- de huisartsen
- medisch specialisten
- de regionale zorgverzekeraar

Ieder experiment dient te worden begeleid door een (onafhankelijk) projectbegeleider die daartoe voor een beperkt deel van zijn of haar tijd is vrijgesteld. Ervaringen in de oogzorg hebben geleerd dat dat een bijna noodzakelijke voorwaarde is om een initiatief tot samenwerking te laten slagen. De inzet van de projectbegeleider kan in de tijd wisselend zijn en is ook afhankelijk van de zwaarte van het experiment. Het experiment kan bijvoorbeeld de vorm krijgen van een veranderingsproces, waarbij alleen wordt beoogd de samenwerking te verbeteren, maar kan ook worden opgezet als een wetenschappelijk experiment waarin de begin- en eindsituatie uitgebreid met elkaar worden vergeleken.

Landelijk

Op landelijk niveau dient een stuurgroep te worden gevormd, waarin zitting hebben:

- vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van de drie kerndisciplines
- uit iedere experimentregio één vertegenwoordiger
- de zorgverzekeraars
- de overkoepelende patiëntenorganisaties
- de overkoepelende sportorganisaties
- een onafhankelijk voorzitter

Het secretariaat van de stuurgroep dient tevens zorg te dragen voor de ontwikkeling van de hierboven genoemde landelijke expertise- en uitwisselingsfunctie.

Financiering

De financiering van deze experimenten zou door landelijke organisaties ter hand moeten worden genomen. Het belang van deze experimenten gaat immers uit boven dat van de afzonderlijke regio's. Daarbij valt onder meer aan de volgende mogelijke financiers (of combinatie daarvan) te denken:

- ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Zorgverzekeraars Nederland
- de Commissie Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg (MOBG)

Literatuurlijst

- Boven, P.F. van; Togt, C.R. van der; Graafmans, W.C.: **Sportzorg op de kaart**, RIVM, Bilthoven, 2004
- Breedveld, K., Meulen, R. van der, Harms, L., Goossens, R., Lucassen, J., Ooijendijk, W., Hildebrandt, V., Stiggelbout, M., Poel, H. van der, Bottenburg, M. van: **Rapportage Sport 2003**, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, april 2003
- Chorus, A.M.J., Hopman-Rock, M.: **Chronisch zieken en bewegen: een quick scan**, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden, april 2003
- FSMA, NVFS, **NGS**, NOC*NSF, VSG: **Handvest "Samenwerken maakt ons sterk; Oplossen van knelpunten in de sportgezondheidszorg"**, FSMA, Utrecht, 1998
- Goedhart, E.A.: **Strategisch Plan Sportgezondheidszorg** (interne rapportage), VSG / NVFS / **NGS** / FSMA / NOC*NSF, Arnhem, oktober 1999
- Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M., Stiggelbout, M., Hopman-Rock, M.: **Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003**, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2004
- Janssens, J., Kalmthout, J. van, Heuvel, M. van den: **Zorg voor gezondheid in de sportvereniging**, NOC*NSF, Arnhem, 2001
- Knibbe, J.J., Friele, R.D., Andela, M.: **Een beschrijving van de zorgbehoefte van doorsnee sporters na een blessure**, Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, juni 2000, nr. 3, pp. 58-63
- Korterink, W., Stolk, E., Werve, M. van de, Meer, G. van der, Dobbelaar, P., Rodink, M., Togt, C.R. van der: **Beroepsprofiel van de sportarts**, Vereniging voor Sportgeneeskunde, Bilthoven, juni 2004
- Luijkx, J.; Liefhebber, S.; Broeken, R.: **Profiel van de Sportmasseur**, NIZW, Utrecht, mei 2003
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, NOC*NCF: **Alliantie "School en Sport samen sterker"**, Arnhem, 7 juni 2005
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: **Voorlichtingsbrochure Wet BIG**, Ministerie van VWS, Den Haag
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: **Sport, bewegen en gezondheid**, Ministerie van VWS, Den Haag, 2002
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: **Instellingsbeschikking Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg**, Ministerie van VWS, Den Haag, 16 februari 2004
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: **Tijd voor sport**, Ministerie van VWS, Den Haag, 2005



Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie in de Sport: **Consequenties voor opleiding Sportfysiotherapeut**, NVFS, Arnhem, 2005

Ooijendijk, W.T.M.; Stiggelbout, M.; Visser, M.; Westhoff, M.H.; **Sportmassage in ontwikkeling, onderzoek naar de schakels in de optimale zorg voor sporters**, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden, februari 1999

Ooijendijk, W.T.M.; Vries, S.I. de; Stiggelbout, M.; Hespens, A.T.H. van; Dorgelo, M.N.; Ende, C.H.M. van den: **Sportfysiotherapie in de praktijk**, TNO Preventie en Gezondheid / Nivel, Leiden / Utrecht, 2002

Ooijendijk, W.T.M., Hildebrandt, V.H., Stiggelbout, M.: **Tendrapport bewegen en Gezondheid 2000/2001**, TNO Arbeid / TNO PG, Hoofddorp/Leiden, 2002

Otten, R.: **“Een geblesseerde sporter moet je alternatieven bieden”**, Medisch Contact, (51), 8 maart 1996, pp. 311-312

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: **Taakherschikking in de gezondheidszorg**, RVZ, Zoetermeer, 2002

Schmikli, S.L., Wit, M.J.P. de, Backx, F.J.G.: **Sportblessures driemaal geteld**, NOC*NSF, Arnhem, 2001

Schmikli, S.L., Schoots, W., Wit, M.J.P. de: **Sportblessures, het totale speelveld**, NOC*NSF, Arnhem, juni 2004

Sneep, R.: **Beroepsbeeld & beroepskwalificaties van de sportfysiotherapeut**, Adviesgroep De Meent, Breukeleveen, februari 1996

Sollie, P.: **VSG Richtlijnen voor artsen omtrent het sportmedisch handelen – Evaluatie en aanbevelingen**, Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht, Universiteit van Utrecht, Utrecht, maart 2003

Sport&Zaken: **Een introductie tot de georganiseerde sport in Nederland**, April 2004

Toet, H., Schoots, W., Hertog, P.C. den, Mulder, S.: **Kosten van sportblessures in Nederland**, Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam, 2005

Togt, C.R. van der: **Sport is goed, zorg moet**, Vereniging voor Sportgeneeskunde / Federatie van Sportmedische Instellingen, Bilthoven, 2002

Vereniging voor Sportgeneeskunde: **Richtlijnen voor artsen omtrent het sportmedisch handelen**, VSG, Bilthoven,

Vereniging voor Sportgeneeskunde, Werkgroep Sportartsen en Sportbonden: **Missie en visie van sportartsen werkzaam ten behoeve van sportbonden**, VSG, Bilthoven, april 2002

Vereniging voor Sportgeneeskunde: **Omschrijving Sportgeneeskunde 2004**, VSG, Bilthoven

Vereniging voor Sportgeneeskunde: **Rapport herziening opleiding Sportgeneeskunde**, VSG, Bilthoven, 2005

Visscher, K., Aarts, L., Halbersma, R.: **Toegankelijkheid sportmedische zorg voor topsporters**, NOC*NSF, Arnhem, juli 2003

Vriend, I., Kampen, B. van, Schmikli, S., Eckhardt, J., Schoots, W., Hertog, P. den: **Ongevallen en Bewegen in Nederland 2000-2003. Ongevalsletsels en sportblessures in kaart gebracht**, Consument en Veiligheid, Rotterdam, 2005



This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.