

Vergaderjaar 1986–1987

19851

Sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg

Nr. 2

NOTA

INHOUD

1. INLEIDING	4	3. STRUCTUUR- EN BELEIDS- PLAN SPORTMEDISCHE BEGE- LEIDING EN SPORTGEZOND- HEIDSZORG	24
2. SPORTMEDISCHE BEGELEI- DING EN SPORTGEZONDHEIDS- ZORG; EEN PROBLEEMBE- SCHRIJVING	7	3.1. Gewenste voorzieningen voor preventie bij sport	24
2.1. Aard en omvang van sport en sportbegeleiding in Nederland	7	3.1.1. algemene voorzieningen voor de sportbeoefenaar	24
2.1.1. ongeorganiseerde sportbeoe- fening	7	3.1.2. specifieke voorzieningen voor de sportbeoefenaar	25
2.1.2. georganiseerde sportbeoeffe- ning	7	3.1.3. topsportvoorzieningen	27
2.1.3. het grensverleggend karakter van de sport	8	3.1.4. voorzieningen verband houdend met doping	27
2.2. Specifieke sportmedische voorzieningen	10	3.2. Beleidsplan sportmedische begeleiding en advisering	30
2.2.1. medische begeleiding bij wedstrijden en evenementen	10	3.2.1. regionalisering van sportmedi- sche voorzieningen	30
2.2.2. medische begeleiding en advisering door specifieke voorzienin- gen	12	3.2.2. verzekering tegen de kosten van sportletsels	32
2.2.3. de aanpak van dopinggebruik door de sportorganisaties	14	3.2.3. begeleidingsstructuur in de sport	32
2.3. Algemene gezondheidszorg- voorzieningen	16	3.2.4. reglementering	34
2.3.1. de eerste en tweede lijnszorg	16	3.2.5. dopingpreventiebeleid	34
2.3.2. de basisgezondheidszorg	18	3.2.6. ondersteuningsstructuur	36
2.3.3. sportletsels en ziekte(kos- ten)verzekeringen	20	3.2.7. internationale aspecten van het beleid	37
2.4. Regionalisatie	20	4. BELEIDSVOORNEMENS	40
2.5. Ondersteuningsstructuur	21	5. FINANCIERING	45
		Literatuurverwijzing	46
		Lijst van afkortingen	48

1. INLEIDING

Over de waarde van regelmatige sportbeoefening voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid in zijn algemeenheid bestaat nauwelijks meer misverstand. Sporters blijken een betere lichamelijke conditie te bezitten dan niet-sporters en blijken minder last te hebben van problemen als verhoogde bloeddruk, vetzucht en stress. Met andere woorden, sportbeoefening kan een vermindering bewerkstelligen van de risico-factoren die bijdragen aan het ontstaan van hart- en vaatziekten. Voorts heeft regelmatige sportdeelname een aantoonbaar positief effect op het herstelproces na ziekte, op het revalidatieproces van patiënten en op het ontstaan van structurele afwijkingen die vaak samenhangen met het normale verouderingsproces. Bij herhaling worden aanwijzingen gevonden dat er een positieve relatie bestaat tussen regelmatige sportbeoefening en een gezonde levensstijl. Zo worden er onder niet-sporters meer en zwaardere gebruikers van alcohol, tabak en medicijnen gevonden dan onder sporters; effecten van sportbeoefening op het voedingspatroon zijn niet aangetoond.

Het geheel overziend is het op zijn minst aannemelijk dat stimulering van blijvende sportbeoefening bijdraagt aan de volksgezondheid en aan lagere kosten in de gezondheidszorg. Dit krijgt nog meer gewicht in het perspectief van een toenemende hoeveelheid vrije tijd en een patroon van vrije tijdsbesteding dat voor een belangrijk deel passief is, vooral bij de middelbare en oudere leeftijdsgroepen.

In de Notitie Accenten Sportbeleid (Kamerstukken II, 1983/84, 18039, nrs. 2 en 3) zijn aan het geconstateerde positieve verband tussen (verantwoorde) sportbeoefening en volksgezondheid consequenties voor het landelijk sportbeleid verbonden.

In het volksgezondheidsbeleid ligt het accent enerzijds op het stimuleren van gezonde leefgewoonten en anderzijds op het tegengaan en vermijden van onnodige risico's voor de gezondheid (1).

Ook het als tweede genoemde accent heeft betrekking op sport.

Sport is een lichamelijke activiteit die uitdaagt tot het nemen van zekere risico's; risico's zijn inhaerent aan sportbeoefening. Dit leidt regelmatig tot zichtbare schade aan de gezondheid: er is sprake van 1.2 miljoen sportblessures op jaarbasis, waarvan de helft door de gezondheidszorg wordt behandeld. Een belangrijk deel hiervan is het gevolg van onoordeelkundig handelen.

Het voorkomen van gezondheidsproblemen ten gevolge van sportbeoefening is verreweg ondergeschikt aan de gezondheidswinst die sport de samenleving oplevert, maar wel kan het belang van de sport voor de gezondheidsbevordering nog worden vergroot door preventie van schade aan de gezondheid die wordt veroorzaakt door onverantwoorde sportbeoefening. In het verlengde van de doelstellingen in de «Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens» (Kamerstukken II, 1985/86, 19500, nrs. 1 en 2) is als streefdoel gesteld het aantal sportongevallen in het jaar 2000 met 25% te hebben verminderd. Sportmedische begeleiding en advisering is hiertoe een belangrijk instrument¹.

Onderscheid is te maken tussen specifieke en algemene sportmedische functies. Een specifieke sportmedische functie wordt uitgeoefend door personen en voorzieningen die tot de sportstructuren behoren of uitsluitend op de sportende mens gericht zijn. Van een algemene sportmedische functie is sprake indien het gaat om een ten behoeve van een gezonde sportbeoefening uitgevoerde medische functie binnen voorzieningen waarvan het takenpakket zich uitstrekt tot de gehele leefsituatie van de bevolking.

De sportmedische voorzieningen worden geconfronteerd met een veranderende samenleving en een zich ontwikkelende sportsituatie en sportmedische problematiek.

¹ Onder Sportmedische begeleiding en advisering wordt in deze nota verstaan: het geheel van activiteiten in de wereld van de sport en in de gezondheidszorg gericht op de gezondheidsaspecten verbonden aan de beoefening van sport.

De sport is complexer, gedifferentieerder geworden. Topsport, algemene wedstrijdssport en recreatiesport hebben zich verder ontwikkeld en vragen een eigen benadering. Het aantal doelgroepen is verbreed en wat opvalt is de enorme vlucht die de ongeorganiseerde sportbeoefening heeft genomen; niet alles en iedereen is meer met dezelfde regeltjes te vangen.

Ook de medische benadering van sport heeft andere accenten gekregen. Van sport als gevaarlijke activiteit waarbij bezien moest worden of men de inspanning wel aankon, kwam de aandacht te liggen op de specialistische benadering die de behandeling van sportblessures vereist; sinds enige jaren ligt het accent op de preventie van schade ten gevolge van sportbeoefening, waarvan blessurepreventie een belangrijk deel uitmaakt. Bovendien zijn steeds meer artsen in sport geïnteresseerd geraakt. Tenslotte tendeeert het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg naar een toenemende eigen verantwoordelijkheid en een samenhangend stelsel van voorzieningen (1).

In het laatste tiental jaren is bij de discussie over het sportbeleid in politieke kring regelmatig aandacht gevraagd voor de medische begeleiding in de sport. Vanuit het veld wordt al jaren een beroep op de rijksoverheid gedaan om betrokkenheid te tonen bij de sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg. De Interdepartementale Werkgroep voor aangelegenheden op het gebied van de Lichamelijke Vorming en Sport (IWLVS) heeft in 1980 een eerste aanzet gegeven ter beantwoording van de vraag naar de wenselijkheid en vervolgens de mate en inhoud van eventuele rijksbemoeienis (2). Toen waren hierbij nog twee departementen betrokken. Met de instelling van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zijn de voorwaarden geschapen om tot een meer samenhangende beleidsvoering te komen ten aanzien van de sportmedische begeleiding en advisering, als onderdeel van een meer omvattend beleid inzake verantwoorde sportbeoefening en de veiligheid in de sport.

Deze nota Sportmedische begeleiding en Sportgezondheidszorg bevat een beleidsplan dat is gericht op het realiseren van een samenhangende structuur waarin met name de preventieve medische functies voor sportbeoefenaren optimaal kunnen worden vervuld.

Primair gaat de aandacht in de nota uit naar het terugdringen van het maatschappelijke probleem van de sportblessures. Minder in het oog springende gezondheidsproblemen bij sportbeoefening – zoals migraine, last van voorhoofdsholten, buikkramp e.d. – behoren echter nadrukkelijk tot het onderhavige beleidsterrein. Dat geldt eveneens voor de aanpak van het dopingprobleem. Immers door voorzieningen van de georganiseerde sport en voorzieningen van algemene gezondheidszorg, die deel uitmaken van de totale sportmedische structuur, moet voorkomen worden dat doping in de sport een vergelijkbaar probleem wordt met het drugprobleem in de samenleving.

De nota past in het kader van het sportbeleid en van het totale gezondheidszorgbeleid. In dit verband wordt verwezen naar de Notitie Accenten Sportbeleid (1984), de Nota Veiligheid in de Privésfeer (Kamerstukken II, 1983/84, 18 453, nrs. 1 en 2), de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (Kamerstukken II, 1983/84, 18 108, nrs. 1 en 2) en de nota 2000 (1986). Het centrale thema – preventie bij sportbeoefening – wordt als volgt afgebakend.

Buiten beschouwing blijven andere gedragingen in de privésfeer, waarbij vanuit de gezondheidszorg bezien op vergelijkbare wijze aan preventie dient te worden gewerkt, zoals roken en alcohol- en druggebruik. Daarmee wordt niet ontkend dat dit gebruik en sportgedrag elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en binnen de preventieve gezondheidszorg integraal – denk aan gezondheidsvoorlichting en opvoeding – kunnen worden benaderd. Uiteraard heeft een preventiebeleid ten aanzien van sportblessures zekere raakvlakken met het beleid ten aanzien van alcohol en roken. De gevolgen voor de sportsector zijn echter uitgewerkt in respectievelijk de ontwerp-nota «alcohol en samenleving» en de tabakswet.

Een tweede aspect dat in het kader van het totale volksgezondheidsbeleid de aandacht verdient is de relatie tussen de lichamelijke opvoeding op school en de preventie door en bij sport. Gestreefd wordt naar een samenhangend beleid tussen lichamelijke opvoeding en sport, zoals in de Notitie Accenten Sportbeleid reeds is aangegeven. De mogelijkheden voor beleidsmatige versterking van de relatie tussen sport en lichamelijke opvoeding zijn bestudeerd door de Commissie Sport en Lichamelijke opvoeding, waarvan het eindadvies «geïntegreerd beleid lichamelijke opvoeding en sport» in 1986 beschikbaar is gekomen. Dit onderwerp valt buiten het kader van deze nota.

Tenslotte kan worden gewezen op het feit dat sport steeds meer wordt ontdekt als gezondheidsbevorderend instrument voor chronische patiënten: reumatici, diabetes, astmatici, hartpatiënten etc. Dit terrein op het grensvlak van revalidatie en sport is sterk in ontwikkeling. Daar er specifieke voorwaarden aan sportbeoefening door chronisch zieken gesteld (moeten) worden, blijft ook dit onderwerp in deze nota, die is gericht op gewone, alledaagse sportbeoefening, buiten beschouwing.

De nota heeft de volgende opbouw gekregen:

In het tweede hoofdstuk wordt de bestaande situatie op het gebied van de sportmedische begeleiding en advisering geanalyseerd;

In het derde hoofdstuk wordt de gewenste situatie met betrekking tot de sportmedische begeleiding en advisering beschreven;

In het vierde hoofdstuk worden de beleidsmatige consequenties van de gewenste situatie vertaald in beleidsvoornemens en een financiële raming.

2. SPORTMEDISCHE BEGELEIDING EN SPORTGEZONDHEIDSZORG; EEN PROBLEEMBESCHRIJVING

Sportmedische begeleiding lijkt in de sportwereld een algemeen aanvaarde zaak. Bij nadere analyse blijkt de situatie op dit gebied echter minder rooskleurig dan wel eens wordt verondersteld. Er is sprake van zeer uiteenlopende activiteiten, hetgeen de vraag oproept naar de onderlinge samenhang; daarnaast dient gekeken te worden naar de mate van deskundigheid, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van voorzieningen.

2.1. Aard en omvang van sport en sportbegeleiding in Nederland

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking doet aan sport; zeker meer dan 6 miljoen mensen. Zij doen dat deels in georganiseerd verband, deels ongeorganiseerd.

Er zijn ongeveer vier miljoen georganiseerde sporters, die zijn aangesloten bij de Nederlandse Sport Federatie (NSF). Naar schatting bedrijven enkele miljoenen mensen uitsluitend ongeorganiseerde sport². Hun aantal kan nog groeien wanneer de individualiseringstrend in de sport blijft doorzetten en de kostenfactor een nog belangrijker rol dan vandaag gaat spelen. Opgemerkt moet worden dat de omvang van deze groep afhankelijk is van de norm die men wil aanleggen voor wat betreft de frequentie en intensiteit van de beoefening.

2.1.1. Ongeorganiseerde sportbeoefening

Deze vorm van sportbeoefening doet zich vooral voor bij individuele sporten zoals lopen, fietsen, zwemmen, surfen, schaatsen en bij sporten als badminton, tafeltennis en zeilen. Squash en fitness, die soms ook op commerciële basis worden aangeboden, zijn recentelijk tot verdere ontwikkeling gekomen. Alleen al het aantal geregelde lopers (trimmers) bedraagt ca. één miljoen (3).

Alhoewel hierbij soms wel sprake is van een of andere vorm van toezicht, ontbreekt meer directe begeleiding en coaching meestal. Ongeveer eenderde van de jaarlijks bij de huisarts gemelde sportblessures treedt bij ongeorganiseerde sportbeoefening op (4). Een aantal takken van sport waarbij gemakkelijk blessures kunnen optreden vindt echter bijna uitsluitend in georganiseerd verband plaats.

Het is nog nooit specifiek onderzocht of ten aanzien van de te onderscheiden sporttakken het gezondheidsrisico bij ongeorganiseerd sporten groter is dan in de georganiseerde sport met zijn vele vrijwillige begeleiders, maar er is ook geen reden om aan te nemen dat dit risico lager zou zijn. In nieuwe studies naar het voorkomen van sportblessures zal dit een punt van aandacht moeten vormen.

Het is mogelijk dat het ontbreken van een goede medische voorlichting en technische begeleiding het aantal blessures bij verschillende vormen van ongeorganiseerde sportbeoefening negatief beïnvloedt.

2.1.2. Georganiseerde sportbeoefening

Binnen de structuur van de georganiseerde sport, in de 30.000 sportverenigingen, krijgen de meeste sporters bij hun sport(be)oefening begeleiding, met name op sporttechnisch vlak.

Van de 600.000 vrijwilligers in de sport zijn er naar schatting 125.000 sporttechnische kaderleden – trainers en jeugdleiders – die tijdens trainingen en wedstrijden naar beste weten oplossingen geven voor problemen die zich voordoen. Deze sportleiders hebben over het algemeen een vrijwilligersopleiding voor hun tak van sport gevolgd, waarin hen ondermeer de basiskennis is bijgebracht van de (sport)gezondheidsleer

² Op basis van het criterium dat minimaal twaalf keer per jaar de sportieve activiteit beoefend wordt (Manders en Kropman, 1982).

en van de techniek van de tak van sport. Sommigen hebben een E.H.B.O. opleiding gevolgd. Hun regelmatige contact met de sportbeoefenaar, waarbij zij deze voortdurend in de praktijk in actie zien, geeft hen in principe een sleutelpositie bij de preventie in de sport.

Het aantal sportblessures zou een indicator kunnen zijn voor de stelling dat preventie nog onvoldoende accent heeft gekregen, zowel in de sportpraktijk als in de sportopleidingen. In beide staat het peil van techniek, taktiek en prestatie meestentijds centraal, waardoor er onbedoeld zowel van de kant van de sporter als van de begeleider onvoldoende klimaat wordt geschapen voor preventie. Dit knelt des te meer naarmate de trainingsfrequentie en -intensiteit hoger zijn of oudere leeftijdsgroepen worden begeleid, daar dan het risico van overbelasting en blessure of zelfs plotselinge dood groter wordt.

Jaarlijks overlijden ongeveer 100 mensen plotseling bij sportbeoefening (5). Het betreft vooral mannen. Gerelateerd aan het aantal sportbeoefenaars in diverse leeftijdscategorieën valt naar verhouding het grootste aantal doden in de leeftijdsgroep van 45–54 jaar.

Het is de vraag of met een beperkte investering een belangrijk deel hiervan vermijdbaar is. Al jaren is het in de sportwereld een punt van discussie of ten aanzien hiervan nadrukkelijker preventieve actie nodig is. Tot op heden is ervoor gekozen om reanimatie niet op te nemen in het onderdeel gezondheidsleer van de sportvrijwilligersopleidingen, omdat de korte duur van deze opleidingen geen verdere belasting van het nu reeds overladen leerpakket toelaat. Rekening houdend met een verdere verbreding van de sportbeoefening naar oudere leeftijd is het wellicht echter toch goed om gekoppeld aan sommige vrijwilligersopleidingen een gelegenheid te bieden om reanimatietechnieken te leren.

In het curriculum van de beroepsopleiding voor sportleiders (MBO-Sport en Bewegen, voorheen CIOS) is reanimatie wel een onderdeel, maar het aantal beroepssportleiders in de sport is zeer gering.

Hetgeen geldt voor de trainers en coaches kan worden doorgetrokken naar de scheidsrechters, omdat gebleken is dat het blessuregevoelige karakter van overtredingen thans nauwelijks een rol speelt bij de bestraffing (6).

Een belangrijke rol bij het functioneren van de georganiseerde sport in Nederland spelen de circa 70 landelijke sportorganisaties, die de sportverenigingen per tak van sport bundelen. Het beleid van deze landelijke sportorganisaties is voorwaardenscheppend en voorwaardenstellend voor de sportbeoefening in de vereniging. Op landelijk niveau ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor de inhoud van de sportopleidingen, voor de wedstrijdreglementen (spelregels, leeftijdsgrenzen !), voor de topsportbegeleiding (ook selectiesysteem) en de voorlichting (bondsblad).

2.1.3. Het grensverleggend karakter van de sport

Diverse ontwikkelingen in de sport zijn niet eenvoudig te reguleren, zoals ontwikkelingen die samenhangen met het streven naar hogere prestaties bij sportbeoefening.

Met name topsport (incl. beroepssport) kenmerkt zich door een hoge lichamelijke en geestelijke belasting voor de beoefenaar, vooral nu door de media-ontwikkeling en de commerciële belangen steeds nadrukkelijker de mondiale vergelijkbaarheid van prestaties aan de orde komt. Dit leidt ertoe dat voortdurend naar wegen wordt gezocht om de sportprestaties op te schroeven. Hierbij is onderscheid te maken in «natuurlijke» en «kunstmatige» wegen. Als natuurlijk kunnen worden beschouwd trainingsmethoden, product vernieuwing en selectiesystematiek. Kunstmatig is bijvoorbeeld het gebruik van doping.

a. natuurlijke wegen.

De toepassing van trainingsmethoden volgt een ontwikkeling die geen rechte lijn vertoont. Nieuwe methoden, technieken en tactieken worden door inventieve trainers en getalenteerde sportbeoefenaren ontwikkeld. Blijken die vindingen succesvol dan vinden ze al gauw navolging.

In dit verband moet ook de inschakeling van deskundigen bij het streven naar topprestaties genoemd worden. Met name de recent toegenomen rol van fysiologen en psychologen heeft tot nieuwe inzichten geleid omtrent de trainingsopbouw gedurende het seizoen en de mentale voorbereiding op wedstrijden. Door deze ontwikkeling worden de trainingsmethoden steeds minder sporttakgebonden.

De ontwikkeling van de prestatiecurve wordt ook beïnvloed door de vernieuwing van materiaal. Niet zelden wordt deze ontwikkeling gestuurd door commerciële belangen, vooral bij sporten waarbij producten worden gebruikt die ook in het dagelijks leven toepassing vinden: fietsen, motoren, auto's e.d.; momenteel ook de sportschoen.

b. de kunstmatige weg.

Sporters die hebben gekozen voor het meedingen op internationaal niveau en merken dat daarvoor trainingsmethoden en faciliteiten tekort schieten zullen soms de verleiding niet kunnen weerstaan om te grijpen naar middelen die in de sport bekend zijn als doping³.

Het steeds hoger stellen van limieten door de sportorganisaties kan bevorderend werken op het daadwerkelijk zetten van die stap.

Informatie over het in de Nederlandse sport toedienen en gebruiken van (genees)middelen bij ziekte of «vermoeidheid», bedoeld om het herstel te bevorderen bij opeenvolging van langdurige inspanningen of om de kracht en het uithoudingsvermogen te vergroten, is vooral de laatste vijf jaar beschikbaar gekomen. Er zijn echter nog weinig betrouwbare gegevens voorhanden over het dopinggebruik.

Enig betrouwbaar materiaal levert een Nederlands steekproefonderzoek naar dopinggebruik bij voetbal. Dit gaf een gebruikerspercentage van 1% aan, hetgeen neerkomt op enkele honderden gevallen per seizoen. Er komt echter een hoger percentage naar voren, indien ook dopinggeduide middelen, die in lage concentraties zijn aangetroffen, worden meegerekend: 2,1 tot 3,5% (7). Ook in de krachtsport ontstaat meer zicht op het dopinggebruik sinds een door het ministerie van WVC gefinancierd dopingbestrijdingsproject in 1985 en 1986. Voor het overige zijn het vooral de uitkomsten van bij belangrijke evenementen en kampioenschappen gehouden dopingcontroles die enig inzicht geven in het gebruik, zoals bij wielrennen. In vele sporten ontbreken ook controles en is weinig bekend over de mate van het gebruik van doping.

Het meest recent is gewezen op het omvangrijke gebruik van spierversterkende middelen (anabole steroïden) in sportscholen en fitnesscentra. Schattingen spreken over minsten 10.000 gebruikers in de Nederlandse sportscholen (8). De omzet van spierversterkende middelen in deze branche zou minimaal 70 miljoen per jaar bedragen (9).

Er lijkt in de sport een verschuiving op te treden van traditionele doping (opwekkende stoffen) naar hormoonpreparaten. In de duursport gebruikt men zowel katabole steroïden (cortisonen) als bij de behandeling van ziekten normaal geachte doses anabolica. De katabole steroïden worden veelal vervangen door de natuurlijke hormoonstimulator ACTH – al dan niet als gevolg van de dopingbestrijdingsacties. De anabolica worden vooral in de krachtsporten gebruikt; met name in het bodybuilding en op vaak onoordeelkundige wijze.

³ Onder doping in de sport wordt verstaan het gebruik van stoffen of categorieën van stoffen die volgens de reglementen van de bevoegde sportorganisaties zijn verboden (Raad van Europa, 1985).

De uitdaging van de sportbeoefening en vooral die van top- en beroepssport gaat gepaard met de toepassing van prestatieverhogende middelen en methoden, waarvan het typerende is dat deze toepassing veelal plaatsvindt zonder volledige kennis van zaken over de positieve en

negatieve effecten op prestatie en gezondheid, van de dosering, etc. Zelfs trainers en, indien betrokken, medici kennen «het instrument» niet door en door, omdat het gebruik onvoldoende gebaseerd is op experimenten en laboratoriumonderzoek. Onoordeelkundig gebruik van dopinggeduide middelen is eerder regel dan uitzondering aangezien de sporters veelal op lekenadvies afgaan (10). Een belangrijk knelpunt vormt hierbij dat de toegepaste middelen en methoden, met name als gevolg van geringe bekendheid met dosering en opbouw, mogelijk op gespannen voet staan met de gezondheid van de topsporter, direct of op termijn. Aldus worden grenzen verlegd die nog onvoldoende gemarkeerd zijn.

Men kan zich afvragen of het bij controles aangetoonde dopinggebruik niet het topje van de ijsberg vormt. De indruk bestaat in elk geval dat doping niet beperkt blijft tot de echte toppers. Vooral door de Raad van Europa is reeds met bezorgdheid gesignaleerd dat het dopinggebruik algemener lijkt te worden. Het lijkt zich te verspreiden over meer takken van sport en ook onder jeugdsporters en veteranen.

Sportdoping lijkt steeds duidelijker kenmerken te vertonen van het druggebruikprobleem in de samenleving, vooral als men op zoek gaat naar beleidsinstrumenten om het probleem aan te pakken. In beide gevallen kan bij regelmatig gebruik lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid ontstaan. Uit de Verenigde Staten komen signalen van het gebruik van cocaïne door beroepsbasketballers, -tennissers, -honkballers en -footballspelers.

Gezien het karakter van het dopingprobleem – de vergelijking met het drugprobleem is gemaakt – en de uitstralingseffecten naar de basis, wordt dopinggebruik in de sport allengs ook een volksgezondheidsprobleem.

2.2. Specifieke sportmedische voorzieningen

Specifieke sportmedische begeleiding en advisering vindt enerzijds door masseurs, fysiotherapeuten en artsen op directe wijze plaats tijdens wedstrijden van topploegen op verenigingsniveau, tijdens nationale en internationale wedstrijden en tijdens grootschalige sportevenementen, anderzijds indirect en meer aanvullend door op preventie gerichte sportmedische voorzieningen. Afzonderlijk wordt aandacht besteed aan preventieve activiteiten op het gebied van doping in de sport.

2.2.1. Medische begeleiding bij wedstrijden en evenementen

Diverse verenigingen met sporters of ploegen op top- en subtopniveau kunnen naast sporttechnisch kader, dat op lager kennisniveau aandacht schenkt aan medische problemen die zich voordoen, beschikken over (para)medisch verzorgend kader. Bijna 12 000 mensen hebben een licentie als sportmasseur, ongeveer de helft daarvan is aangesloten bij het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS).

Waar sportmassieurs hun diensten in verenigingsverband aanbieden zijn de verwachtingen veelal hoog en verrichten zij soms handelingen die zijn voorbehouden aan artsen en fysiotherapeuten. Dit roept de vraag op of er niet nadrukkelijker controle zou moeten plaatsvinden op de naleving van de aan het werk van de sportmasseur gestelde eisen. De vraag of het opleidings- en examenprogramma aan herziening toe is heeft het veld reeds positief beantwoord. De opleiding voor sportmassage is nog weinig op preventie gericht. In overleg met het NISGZ wordt thans een verbeterd opleidings- en examenprogramma tot stand gebracht. Dit proces is in een vergevorderd stadium. Ondanks uniforme eisen ten aanzien van theorie en praktijk, kunnen, als gevolg van een veelheid van instituten die de opleiding voor sportmassage verzorgen en applicatiecursussen geven, de inhoud en kwaliteit per opleidingsinstituut verschillen.

Een vergelijkbaar probleem kan zich voordoen als de (para)medische begeleiding van sporters op de schouders rust van een fysiotherapeut. De algemene diagnostiek en de medicamentueuze behandeling worden dan diens impliciete taak, hoewel hij/zij daartoe niet bevoegd en wellicht ook niet bekwaam is.

Sommige clubs hebben het voordeel dat zij directe relaties hebben met een in sport geïnteresseerde arts, soms zelf lid van de vereniging, die bereid is in zijn vrije tijd «langs de lijn» te zitten.

Echte clubartsen, die op contractbasis in dienst zijn van de vereniging, zijn vrijwel uitsluitend in de topsport te vinden. Elke betaald voetbalorganisatie beschikt bijvoorbeeld over een clubarts. Een dienstverband van een arts met een club kan voor de arts tot conflictsituaties leiden, omdat club- en spelersbelang niet altijd samenvallen.

Daar het overgrote deel van de sportverenigingen niet over medisch en medisch verzorgend kader kan beschikken – financiële overwegingen zijn daar onder meer debet aan – kan het sporttechnisch kader, zoals in 2.1 beschreven, een sleutelpositie innemen bij de preventie. Door ontoereikende sportmedische deskundigheid is de sleutelrol in de praktijk echter nog niet echt waargemaakt.

Op verenigingsniveau wordt vooral gestreefd naar een goede EHBO hetgeen echter vaak beperkt blijft tot duidelijke voorschriften voor het erop na houden van een EHBO/verband doos. Probleem in de praktijk van de meeste sportverenigingen is om deze doos goed met het noodzakelijke materiaal gevuld te houden, als gevolg van het moeilijk controleerbare gebruik. Daarbij speelt ook het ontbreken van een goed uitgewerkte sportmedische begeleidingsstructuur op verenigingsniveau een rol.

Voorals omdat zij de organisatie van (inter)nationale topsportwedstrijden in handen hebben houden vele landelijke sportorganisaties er een medisch team op na, bestaande uit een of meer bondsartsen, sportfysiotherapeuten en sportmasseurs. Het gaat hier om functies die pro deo of part-time zonder arbeidscontract worden vervuld.

Het medisch team vormt vaak de medische commissie van de bond, ten behoeve van de coördinatie van het sportmedisch beleid in de betreffende tak van sport. Het betreft dan allereerst taken gericht op de topsporters die deel uitmaken van de nationale selecties, zoals begeleiding, advisering m.b.t. blessurepreventie en bij klachten, ondersteuning bij selectietests en keuringen. Daarnaast kan het bondsbeleid aangaande de keuringseisen, dopinggebruik en de medische inbreng in trainersopleidingen door de medische commissie worden ontwikkeld.

Ondanks het feit dat in diverse bonden medische commissies zijn ingesteld, is in de georganiseerde sport een effectief sportmedisch preventiebeleid, nauwelijks ontwikkeld. Zo ontbreekt, zoals reeds in de nota Topsport en Rijksoverheid (1979) werd geconstateerd, een interdisciplinaire benadering van medisch, paramedisch, technisch kader en sporters gezamenlijk die gericht is op de preventie van sportblessures. Voorts is er in de georganiseerde sport geen sprake van een samenhangend kader van ethische uitspraken waarmee richting wordt gegeven aan de toelaatbaarheid van sommige sportmedische behandelingen en experimenten en extreme vormen van trainingsarbeid; onder andere van belang bij het beoordelen van de vraag in hoeverre van jeugdige sporters topprestaties mogen worden gevraagd. Er is wel enige aandacht voor deze problematiek, bijvoorbeeld in de trainersopleidingen en in de discussie rond publicaties (11), maar dit heeft nog niet in een daadwerkelijke aanpak geresulteerd.

Ook het preventiebeleid van de bonden met betrekking tot dopinggebruik is weinig ontwikkeld. Diverse landelijke sportorganisaties achten de omvang van het probleem te gering om zelfstandig actie te ondernemen. Enkele bonden hebben wel concrete stappen ter bestrijding van het dopinggebruik gezet, waarbij over het algemeen de internationale

reglementering gevolgd wordt. Op het dopingbeleid wordt in § 2.2.3 teruggekomen.

Het beleid van de landelijke sportorganisaties met betrekking tot het periodieke ondergaan door wedstrijdssporters van sportkeuringen begint steeds meer uiteen te lopen. Hierop wordt in § 2.2.2 teruggekomen.

Tenslotte mag worden gewezen op de collectieve verzekeringen die diverse landelijke sportorganisaties aan hun leden kunnen aanbieden op het gebied van onder andere aansprakelijkheid en overlijden, invaliditeit en ziekte. Deze verzekeringen dekken alleen de kosten voorzover niet vergoed door reguliere verzekeringen.

Het komt steeds meer voor dat er open duursportevenementen worden georganiseerd door samenwerkende sportverenigingen en lokale overheden. Zeer bekend zijn de Elfstedentocht, de Vierdaagse van Nijmegen, het Nederlands kampioenschap triathlon, de marathon van Rotterdam, de City-Pier-City loop in Den Haag. Veelal is hierbij naast een geselecteerde groep wedstrijdssporters de inschrijving open. Er zijn hele kalenders samen te stellen van marathons en triathlons, heel, half, kwart en mini, die verspreid over het land plaatsvinden, met een meer of minder regionaal karakter. Zo bedroeg het aantal fietstochten in 1985 meer dan 9000 en het aantal duurlopen 2300, waarvan 23 officiële marathons.

Een knelpunt is dat bij deze ontwikkeling geen uniforme kwaliteitsbewaking vanuit sportmedisch oogpunt plaatsvindt. Er zijn geen eenduidige medische criteria voor deelname en voor de organisatie van de medische begeleiding ter plaatse. Slechts bij enkele landelijke grootschalige sportevenementen, zoals de nationale triathlon, de vierdaagse en de elfstedentocht lijkt er sprake van een uitgewerkt(e) sportmedische organisatie en deelnamebeleid en van samenwerkingsverbanden met poliklinieken, ambulancediensten, rode kruis/EHBO en sportmassieurs. Voor de triathlon is het NISGZ in overleg met de overkoepelende organisatie thans een uniform keuringspakket aan het samenstellen.

Een nieuwe ontwikkeling ter bevordering van verantwoorde ongeorganiseerde sportbeoefening is de totstandkoming van de Stichting Road Runners Club, die in samenwerking met de landelijke sportorganisatie (KNAU) de ongeorganiseerde hardlopers op een bepaalde wijze wil organiseren. De RRC biedt aangeslotenen een basispakket van voorzieningen, waarin onder andere een collectieve risico- of ongevallenverzekering en een PSMO-vragenlijst zijn opgenomen.

2.2.2. Medische begeleiding en advisering door specifieke voorzieningen

Preventie van schade aan de gezondheid door sportbeoefening wordt in de sportwereld gezien als een zaak waarbij artsen een belangrijke rol spelen. Vanaf de jaren twintig is gaandeweg door steeds meer sportorganisaties het periodiek ondergaan van een medische sportkeuring noodzakelijk gevonden en verplicht gesteld. Deze taak werd uitgevoerd door lokale bureaus voor medische sportkeuring waarvan er eind 1984 ca. 220 waren, gezamenlijk goed voor 130 542 keuringen (12). Het aantal keuringen is sinds 1981 gehalveerd. Een belangrijke oorzaak hiervan moet worden gezocht in het feit dat de verplichting tot sportkeuring ter discussie is komen te staan, ondermeer op grond van twijfel over de preventieve waarde ervan. De «zeef» die de sportkeuring moest zijn bleek zo grof dat deze in feite nutteloos werd geacht.

De sportwereld bleek ook behoefte te hebben aan sporttakgerichte keuringen en specifiek op blessurepreventie gerichte advisering (13). Medio 1985 is na jarenlange voorbereiding de traditionele sportkeuring vervangen door het op deze leest geschoelde Preventief Sportmedisch Onderzoek (PSMO), bestaande uit twee fasen: een vragenlijst, zo nodig gevolgd door lichamelijk onderzoek en advies, en gedifferentieerd naar diverse doelgroepen qua leeftijd en takken van sport⁴. De sportkeurings-

⁴ PSMO-A: de vragenlijst; PSMO-B: een sportmedisch onderzoek van 15 minuten;

PSMO-C: een onderzoek van 20 minuten;

PSMO-S: een onderzoek voor senioren (40 jaar en ouder);

PSMO-J: een onderzoek voor de jeugdigen (zodanig ter vervanging van het sportadvies van de jeugdarts).

bureaus zijn PSMO-bureaus geworden, van de betrokken bureau-artsen zijn er ongeveer duizend bijgeschoold.

Diverse sportbonden hebben van waardering voor de nieuwe opzet blijk gegeven. Enkele landelijke sportorganisaties hebben het PSMO reglementair verplicht gesteld – minimaal het invullen van een vragenlijst inhoudende – waarbij verklaringen moeten worden afgegeven door bureaus die een NISGZ-erkenning bezitten. Er zijn reeds indicaties dat – overigens inhaerent aan het systeem – lang niet alle sporters het op grond van de vragenlijst gegeven medisch advies automatisch opvolgen. De vraag of met de invoering van het PSMO de smalle basis van de sportkeuring zonder meer wordt vervangen door een in de volle breedte voor de (potentiële) sporter toegankelijk en tevens effectief systeem, is verder momenteel nog niet positief te beantwoorden. De invoering van het PSMO is nog te beperkt om van een goed functionerend systeem te kunnen spreken.

Voor de jeugdige sporter functioneert sedert 1974 een systeem van medische sportadvisering dat is geïntegreerd in de reguliere gezondheidszorg (zie § 2.3.2).

In samenhang met de ontwikkeling van de top- en beroepssport en de aan de verbreiding van de sportbeoefening te koppelen toename van het aantal sportblessures, ontstonden in de zeventiger jaren regionale sportmedische adviescentra (SMA's) met een specifiekere functie dan de lokale bureaus. Er zijn thans 38 bij het NISGZ aangesloten sportmedische regio's, met 45 erkende SMA-vestigingen. De dienstverlening van SMA's omvat:

- een keuzepakket sportkeuringen – van het PSMO-S tot topsportbegeleidingstests – bedoeld voor sporters die specifiek risico lopen op grond van handicap, leeftijd, tak van sport of intensiteit van sportbeoefening,
- sportsprekuren, waarbij men zich niet toelegt op medische behandeling, maar op sportgerichte diagnosestelling en nazorg of revalidatie na blessures of ziekte, en op advisering naar aanleiding van andere sportmedische problemen, bijvoorbeeld voedingsaangelegenheden,
- voorlichting in de regio, gericht op sportbegeleiders, medici, paramedici en verzorgend kader.

Gerelateerd aan het totaal aantal sporters blijkt de vraag naar deze dienstverlening beperkt. Het aantal keuringen bedroeg in 1984 7498 en in 1985 9440, het aantal blessureconsulten 7434, respectievelijk 6740 (12).

Een enkele uitzondering daargelaten wordt geen van de verrichtingen op een SMA door de sociale verzekeringen betaalbaar gesteld, waarmee ten aanzien van de toegankelijkheid een drempel is opgeworpen voor de gemiddelde sporter die een gericht sportadvies wenst.

Het ontbreekt aan inzicht in het preventieve effect van de SMA-verrichtingen, mede doordat er niet voorzien is in een landelijke registratie van gegevens. De uniformiteit in het werk is nog niet optimaal; door het NISGZ ontworpen en te ontwerpen richtlijnen en handleidingen moeten in de praktijk doorgevoerd en toepassing ervan gecontroleerd worden.

Het relatief gering aantal verrichtingen tezamen met de kosten van het apparaat maken dat de positie van SMA's zwak blijft. Daar het werken op een SMA vooralsnog slechts op part-time-basis mogelijk blijkt, is het de vraag of er van SMA's voldoende aantrekkingskracht uitgaat om er blijvend gekwalificeerd personeel werkzaam te doen zijn.

Op landelijk niveau functioneren sedert het midden van de jaren zestig de Sportmedische Afdeling van de KNVB op het KNVB-sportcentrum en de Afdeling Sportgeneeskunde van de NSF op het Nationaal Sportcentrum

Papendal. De Afdelingen nemen ten opzichte van andere sportmedische voorzieningen een uitzonderingspositie in daar ze voorzieningen van de georganiseerde sport zijn, door middelen van de Nationale Sporttotalisator geen beroep hoeven te doen op overheidsfinanciering en er in voltijd dienstverband wordt gewerkt door een medisch team. Het takenpakket van de Afdelingen omvat (top)sportkeuringen (jaarlijks $\pm$ 2000), blessure-onderzoek en -behandeling (3000), begeleiding van diverse nationale ploegen en opleidingswerkzaamheden. Beide medische afdelingen zijn gestart met sportrevalidatie voor topsporters. Voorts worden adviserende en stimulerende werkzaamheden verricht ten behoeve van de medische zorg bij bonden.

Het belangrijkste knelpunt bij de sportmedische afdelingen is het gebrek aan duidelijke lijnen naar de algemene voorzieningen van gezondheidszorg. De ziektekostenverzekeringen vergoeden de verwijzingen van huisartsen en andere medische hulpverleners naar de sportmedische afdelingen meestal niet. Hoewel sterk functionerend als een tweedelijns instituut – en vaak eindstation van «medical shopping»⁵ (14) – is hierdoor de toegankelijkheid veel geringer dan de reguliere tweede lijnszorg. Een praktische exclusiviteit voor de topsport dreigt. Andere knelpunten zijn de geringe profilering van de afdelingen als onderzoeks- en praktijkcentra, de onduidelijk gestructureerde medische inbreng in de opleidingen van trainers en het ontbreken van een goed uitgewerkte structuur waarbinnen kwaliteitsbewaking van de beide sportmedische afdelingen plaatsvindt. Dit laatste is bij het NISGZ in overleg met de NSF en KNVB in ontwikkeling.

2.2.3. De aanpak van dopinggebruik door de sportorganisaties

Dopinggebruik in de sport is een internationaal gebeuren. De aanpak ervan vindt ook in eerste instantie plaats door de internationale sportorganisaties. Op grond van het argument van competitievervalsing, alsmede de potentiële schadelijkheid voor de gezondheid, wordt het dopinggebruik internationaal als een ongewenste uitwas beschouwd (15). Lange lijsten van verboden, dopinggeduide middelen en regelmatige dopingcontroles getuigen hiervan.

De Nederlandse sportorganisaties worden bij de deelname aan of organisatie van internationale evenementen geconfronteerd met de regelgeving van de internationale organisaties. Dit blijft echter beperkt tot de Olympische sporten. Ook los van de internationale organisaties wordt gebruik van doping in de Nederlandse georganiseerde sport afgewezen. Een van de belangen hierbij is dat vermeden moet worden dat de sport een slechte naam krijgt en sportdeelname hierdoor stagneert.

Een aantal landelijke sportorganisaties hanteert een dopingreglement met eigen regels. Hierin zijn veelal de controles, procedures en strafmaat geregeld alsmede een lijst van verboden middelen.

Naast de reglementering van de sportorganisaties is het bestaand wettelijk instrumentarium te onderscheiden. Er bestaat in ons land geen specifieke wet die de dopingpraktijk in de sport verbiedt, zoals in diverse andere landen. Wel zijn er bij de sportdoping in Nederland raakvlakken met de Opiumwet en de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening.

Vele middelen die onder de Opiumwet vallen, zoals bijvoorbeeld amfetamine, komen tevens voor op dopinglijsten van sportorganisaties. Particulieren, patiënten, kunnen slechts in het legale bezit komen van Opiumwetmiddelen wanneer deze door een arts zijn voorgeschreven op recept in het kader van een medische behandeling. De middelen worden alleen op recept afgeleverd in de apotheek. Zij mogen niet anders worden aangewend dan voor eigen geneeskundig gebruik.

De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening regelt ondermeer dat geneesmiddelen uitsluitend door bevoegden, bijvoorbeeld de apotheker, mogen worden afgeleverd; en dan veelal slechts op recept. Dit geldt

⁵«Medical Shopping»: bij langdurige blessures trekt de (top)sporter van de ene naar de andere medische instantie op zoek naar de reddende diagnose en therapie.

bijvoorbeeld voor anabole steroïden. De mogelijkheden van deze Wet om op te treden tegen dopinggebruik in de sport zijn beperkt omdat het in bezit hebben van bijvoorbeeld anabolica, de invoer voor eigen gebruik en het zelf ermee dokteren niet is verboden, de handel in grondstoffen vrij is en veel middelen niet als geneesmiddel in de zin van deze Wet zijn aan te merken, bijvoorbeeld middelen die door de fabrikant niet zijn bedoeld als geneesmiddel bij de mens maar bij dieren.

Op grond van beide wetten heeft de Inspectie van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen, al dan niet samen met de politie, een controlefunctie die zich in principe ook uitstrekt tot de sportsector.

Vanuit het oogpunt van het tegengaan van dopinggebruik is het totaal van vorenbeschreven instrumentarium feitelijk ongeschikt.

De huidige aanpak van het dopingprobleem in de sport vertoont hiaten. Knelpunten die zich voordoen zijn de volgende.

- a. De beperkte reikwijdte van het dopingcontrolesysteem in de sport. Diverse sportorganisaties achten het dopingprobleem in hun tak van sport te gering om er een controle-apparaat voor op te zetten. Daarnaast ontbreekt het de sport – gegeven de huidige prioriteitsstelling – aan middelen om intensief dopingcontroles bij evenementen te houden;
- b. Indien aanwezig verschillen de dopinglijsten en -reglementen per tak van sport van elkaar, onder andere ten aanzien van de strafmaten;
- c. Dopingcontroles vertonen soms gebreken, als gevolg van foute procedures of uitvoering daarvan. Daarnaast is het controlesysteem ter bestrijding van dopinggebruik ongenueanceerd. Er wordt over het algemeen niet gewerkt met concentraties van stoffen waarbij een schadelijk of prestatieverhogend effect optreedt, maar er wordt vastgesteld of een stof al dan niet in het lichaam aanwezig is. De analyse levert dan een positief of negatief resultaat op;
- d. De rechtsbescherming van sporters is onvoldoende gegarandeerd. Feitelijk fungeert de laboratoriumanalist als veroordelaar doordat straf automatisch volgt op een positief resultaat. Adequate beroepsmogelijkheden ontbreken veelal;
- e. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met (chronisch) zieke (top)sporters die noodgedwongen medicijnen gebruiken. Strikte toepassing van de reglementen leidt tot uitsluiting van bijvoorbeeld sporters met astma, eczeem en hoge bloeddruk. Zie ook § 2.3.1.;
- f. Niet alle sportactiviteiten zijn even goed landelijk georganiseerd. Een knelpunt vormt in dit verband dat er geen regeling is voor het vestigen en exploiteren van sportscholen en fitnesscentra; kwaliteitsbewaking ontbreekt hierdoor nog, evenals een controlesysteem om het dopinggebruik tegen te gaan;
- g. Een laatste knelpunt wordt gevonden in de toepassingsmogelijkheid van het bestaande wettelijk kader. De reglementering van doping door de sport en de regelgeving bij wet in Nederland zijn niet op elkaar afgestemd. Immers zijn de middelen op doktersrecept verkregen dan is men niet strafbaar voor de wet, maar de (top)sporter die ze gebruikt is wel strafbaar op grond van het dopingreglement van de sportorganisaties. De strafbaarstelling van dopinggebruik in de sport is vooralsnog volledig een interne sportaangelegenheid.

Of specifieke dopingwetgeving tot een effectievere aanpak van het dopingprobleem zal kunnen leiden is de vraag. In de Europese landen waar dergelijke regelgeving bestaat is de toepassing ervan in de praktijk beperkt tot grote internationale competities of bepaalde sporten. Dit voegt weinig tot niets toe aan de reglementering van de internationale en nationale sportorganisaties die ook meer niet dan wel worden toegepast (16).

Al met al is de constatering gerechtvaardigd dat de huidige aanpak van het dopingprobleem in de sport ontoereikend is. Tegen die achtergrond

wordt thans gewerkt aan de totstandkoming van een overkoepelende zelfstandige organisatie in Nederland waarin, mede op basis van onderzoek, geadviseerd kan worden over een samenhangend en genuanceerd dopingbeleid en dat tevens door de internationale sportorganisaties kan worden erkend. Door een dergelijk coördinerend instituut kunnen voorts de zeer kostbare analyses wellicht goedkoper in eigen land plaatsvinden. Er zijn analysefaciliteiten in Nederland aanwezig die reeds op beperkte schaal worden benut. Aan een landelijk dopingcentrum in eigen land heeft het tot op heden ontbroken. Over de opzet van zo'n centrum bestaat momenteel echter nog verschil van inzicht bij de beleidspartners.

2.3. Algemene gezondheidszorgvoorzieningen

Medische advisering en behandeling van sporters binnen de algemene voorzieningen van gezondheidszorg vindt zowel plaats door eerste en tweede lijnsvoorzieningen als door voorzieningen van basisgezondheidszorg. Op basis van beschikbare faciliteiten en taakomschrijving zou op dit terrein met name de rol van de basisgezondheidsdiensten (BAGD) kunnen toenemen.

2.3.1. De eerste en tweede lijnszorg

In de functie van toegangspoort voor de gezondheidsvoorzieningen komt vooral de huisarts in aanraking met relatief veel vragen en/of klachten die te maken hebben met de relatie tussen sport en gezondheid. In de doorsnee huisartspraktijk bevinden zich immers gemiddeld zo'n 1000 sportbeoefenaren. Bekend is dat huisartsen jaarlijks ongeveer 300.000 sportblessures voor medische behandeling te zien krijgen (13). Op dit moment verrichten de ongeveer 5900 huisartsen in beginsel geen sportkeuringen voor georganiseerde sportbeoefening.

De werkzaamheden van fysiotherapeuten in verband met sportbeoefening betreffen vooral de curatie en tertiaire preventie (revalidatie) van sportblessures. Enige honderden van de bijna 7000 fysiotherapeuten hebben de applicatiecursus sportfysiotherapie gevolgd die door de NSF in 1981 is overgedragen aan de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS).

Met name op curatief vlak bewegen zich bepaalde medische specialisten, zoals chirurgen, orthopaeden en cardiologen. Jaarlijks dienen zich in de tweede lijn ruim 200.000 sportblessures ter behandeling aan, waarvan 8000 in het ziekenhuis moeten worden opgenomen (14). Een vrij recente ontwikkeling is dat een aantal specialisten is overgegaan tot het houden van een zgn. sportspreekuur in de polikliniek, ook wel «sportpoli» genoemd.

De sporter vraagt bij de medische klachten in verband met sportbeoefening om een eigen benadering. Bij blessurebehandeling (en revalidatie) kan een duidelijke spanning bestaan tussen de wens van de sporter om met zo min mogelijk conditieverlies zo snel mogelijk de sportbeoefening te hervatten en het inzicht van de behandelend medicus, dat een bepaalde blessure het best met rust is te genezen. Hoe met deze spanning wordt omgegaan, hangt af van hoe «sportvriendelijk» de desbetreffende medicus is. «Sportvriendelijk» wil zeggen dat men weet van de omstandigheden waaronder diverse vormen van sportbeoefening plaatsvinden en de belasting die daarvan op het menselijk lichaam uitgaat (= kennis), maar veronderstelt tevens een positieve instelling ten opzichte van sportbeoefening (= attitude), terwijl ook ervaring daarbij een rol speelt. Deze sportvriendelijkheid is met name van belang voor het preventieve aspect van blessurebehandeling. Men moet namelijk oog hebben voor de omstandigheden waaronder de aandoening is ontstaan, om bepaalde voorzorgsmaatregelen te kunnen treffen bij hervatting van de activiteit.

Gesteld kan worden dat de sportvriendelijkheid van de algemene voorzieningen van gezondheidszorg zeker nog niet optimaal is.

In dat verband wordt erop gewezen dat ondanks het hoge aantal sportblessures dat jaarlijks ontstaat en waarmee de algemene voorzieningen worden geconfronteerd, de sportgezondheidszorg noch in de basisopleiding tot arts, noch in de diverse beroepsopleidingen een duidelijke plaats heeft gekregen. De KNMG en LHV constateerden in 1984 ook, in een reactie op een departementaal discussierapport over sportmedische advisering, dat het bij de doorsnee huisarts met name ontbreekt aan kennis en voorlichtingskunde over de verhouding tussen belasting en belastbaarheid, die voor iemand bepalend is of de betrokken sport zonder meer kan worden beoefend. Vanuit de sportwereld wordt er voorts op gewezen dat artsen over het algemeen te weinig kennis hebben van het totale sportaanbod.

Dat gebrek aan deskundigheid van de artsen geldt ook voor advisering van potentiële dopinggebruikers in de sport. Er is bij veel sporters een duidelijke behoefte aan een zo groot mogelijke informatie en een deskundige begeleiding; bij de meeste middelen is sprake van «amateurisme» in het gebruik. Veel artsen missen echter de praktische ervaring of raken in gewetensnood, waardoor zij niet precies weten hoe te handelen wanneer sporters aankloppen voor dopingmiddelen zonder dat er sprake is van een ziektebeeld. Weliswaar verbiedt de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst medische advisering over het gebruik van doping en zelfs verstrekking ervan niet, maar er is toch een medisch tuchtrecht waarmee de arts rekening dient te houden.

Indien er bij sporters wel sprake is van een ziektebeeld, acuut (ontsteking, infecties) of chronisch (astma, diabetes), is medisch gezien de verstrekking van medicijnen geen probleem. Knelpunt bij medicatie van sporters is evenwel dat de gangbare middelen veelal op de dopinglijsten voorkomen en dat er vanuit de sport geen adequate documentatie beschikbaar is voor artsen of voorlichting over dopinggeduide middelen en in de sport «vrije» vervangende middelen.

Ten aanzien van het handelen van artsen in verband met doping ligt een nadere bepaling in het verschiet. De KNMG zegde tijdens het NISGZ-congres «Doping en Sport» eind 1984 toe, samen met de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) en het NISGZ te zullen werken aan een professioneel statuut in verband met de voorlichting en begeleiding door huisartsen ten aanzien van dopinggebruik in de sport.

Een punt van aandacht betreft vervolgens het veelal ontbreken van een interdisciplinaire benadering in de tweedelijnsgezondheidszorg. Het feit dat sportpoli's worden gehouden vormt op zich geen indicatie van de vereiste specifieke sportmedische deskundigheid van de medisch specialisten.

Tenslotte moet worden gewezen op bestaande overlappingsen in de taakstelling van de specifieke sportmedische voorzieningen en de algemene voorzieningen van gezondheidszorg, zowel in het opzicht van blessurebehandeling als van blessurepreventie. Daarbij dient ten aanzien van de preventieve taken te worden opgemerkt dat huisartsen mede op grond van richtlijnen van de KNMG geen keuringen van eigen patiënten ten behoeve van derden (ondermeer voor verzekeringsdoeleinden) dienen te verrichten. Het is evenwel de vraag of ingeval van een sportmedisch onderzoek deze richtlijn zou moeten gelden, zeker omdat hieraan het verzekeringsgeneeskundig aspect veelal ontbreekt. Afgezien daarvan accepteren diverse regionale afdelingen van landelijke sportbonden thans echter wel een verklaring over de geschiktheid voor sportbeoefening afgegeven door de huisarts. Anderzijds kunnen bij de huidige gemiddelde grootte van de huisartsenpraktijk en bij het huidige aanbod van klachten de preventieve taken, waaronder die op het gebied van sportmedische advisering, er gemakkelijk bij inschieten.

Onder basisgezondheidszorg wordt verstaan gezondheidsbevordering en het voorkomen of beperken van schade aan de volksgezondheid door middel van activiteiten waarvan het karakter wordt bepaald door gezondheidsrisico's die gemeenschappelijk gelden voor de bevolking of nader gespecificeerde groepen daarvan alsmede de in dit kader passende ondersteuning en advisering. De functie-uitoefening geschiedt in beginsel vanuit een epidemiologische denkwijze, is programmatisch van aard, is gericht op een zo groot mogelijk bereik van bevolkingsgroepen met een gedefinieerd gezondheidsrisico en vereist een daarop afgestemde vorm van organisatie. Functies van basisgezondheidszorg worden in de gehele gezondheidszorg uitgevoerd door personen en instellingen.

In hoofdstuk IX van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt aan de gemeenten de instelling en instandhouding van basisgezondheidsdiensten opgedragen; in artikel 59 van deze wet worden de taken opgesomd welke deze diensten tenminste dienen uit te voeren. Voorafgaande aan het van kracht worden van genoemd hoofdstuk van de WVG vigeert er een stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten. Er zijn momenteel 65 basisgezondheidsdiensten (BAGD'en) in Nederland; nog slechts in 4 regio's op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen is geen BAGD werkzaam.

De in artikel 59 WVG genoemde taken van basisgezondheidsdiensten kunnen worden onderscheiden in algemene preventieve taken en specifieke preventieve taken. Tot de algemene taken behoren naast het op basis van epidemiologische analyse verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking ook het van daaruit verstrekken van beleidsadviezen en ontwikkelen van de basisgezondheidszorg. Op basis daarvan vervullen deze diensten een spilfunctie/basisfunctie in de collectieve preventieve gezondheidszorg op regionaal niveau c.q. in het regionale gezondheidsbeleid. Daarnaast worden aan basisgezondheidsdiensten specifieke preventieve taken opgedragen zoals de jeugdgezondheidszorg voor jeugdigen van 4-19 jaar; de algemene preventieve gezondheidszorg wordt daarbij aangevuld met deskundigheid ten behoeve van een gedefinieerde risicogroep. Zo zal in de toekomst ook preventieve sportmedische zorg voorwerp van categoriale aandacht vanuit bedoelde integraal werkende organisatie kunnen vormen; een te entameren onderzoeksexperiment zal over de aard en uitvoeringsmogelijkheden daarvan meer duidelijkheid moeten verschaffen.

Meer dan de helft van deze diensten verleent momenteel faciliteiten aan PSMO-bureaus en/of SMA's in de vorm van huisvesting, instrumentarium of personeel (in de avonduren). Een kwart van de diensten zegt dat hun afdeling bedrijfsgezondheidszorg bij de sportmedische zorg betrokken is (19).

De jeugdgezondheidszorg verricht in het kader van het periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) bij scholieren van 4-19 jaar sportadvies. Deze taak is in 1974 begonnen op verzoek van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 80% Van de schoolartsendiensten geeft momenteel tijdens een of meer van de individuele onderzoeken een sportadvies. Het aantal ten behoeve van georganiseerde sportbeoefening afgegeven sportadvieskaarten, te beschouwen als geldig «keuringsbewijs», bedraagt jaarlijks 350.000.

De jeugdgezondheidszorg is voor een belangrijk deel geïntegreerd in basisgezondheidsdiensten – GG en GD'en, DGD'en. Een gehele (landelijke) integratie wordt nagestreefd.

Preventie en voorlichting in verband met sportbeoefening kan vorm krijgen door middel van het instrument gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo). Het gaat om al die activiteiten welke gericht zijn op

preventie, een educatief of voorlichtend karakter dragen en de relatie tussen gedrag en eigen of andermans gezondheid tot onderwerp hebben. Ten aanzien van de gezondheidsaspecten van sportbeoefening kan worden gedacht aan thema's als alcohol en sport, roken en sport, voeding en sport, blessurepreventie in de sport en medicijngebruik bij sport.

Bij het geven van voorlichting over medicijngebruik bij sport kan worden teruggevallen op de ervaringen met drugvoorlichting. De voorlichtingsbenadering dient zeer gedegen te worden gekozen c.q. ontwikkeld, zoals een drugvoorlichtingsproject van de basisgezondheidsdienst te Rotterdam heeft laten zien (20). Van zowel een waarschuwend als een feitenverstrekend voorlichtingsprogramma ging enige stimulerende werking uit op het gebruik (van uitsluitend soft drugs), van een persoonsgericht programma (discussie) niet, maar het aantal gebruikers werd er ook niet door verminderd. Bovendien is gebleken dat al gauw teveel nieuwe informatie in te korte tijd wordt aangeboden, waardoor slechts korte-termijn-kenniseffecten optreden en overtuigingen eerder worden gevormd op grond van foutieve «kennis». Gesignaleerd wordt dat er nog nauwelijks ervaring is opgedaan met drugvoorlichting buiten schoolverband. Door middel van pilotstudies zal moeten worden vastgesteld in hoeverre dopingvoorlichting in de praktijk bijdraagt aan de doelstelling en in welke mate ongewenste neveneffecten optreden.

Via het scheppen van structurele mogelijkheden tot ondersteuning en samenwerking bij de uitwerking van gvo-activiteiten binnen de bestaande organisatorische kaders wordt een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van gvo bevorderd. Op het terrein van gvo functioneert een ondersteuningsstructuur bestaande uit het Landelijk Centrum Dienstverlening gvo en Regionale samenwerkingsverbanden gvo. Het Landelijk Centrum verleent diensten op het terrein van gvo onder meer wat betreft documentatie, onderzoek, informatie en scholing, en richt zich vooral op de methodische aspecten van voorlichting en opvoeding m.b.t. gezondheidsvragen. Regionale Samenwerkingsverbanden voor gvo richten zich op regionale ondersteuning, stimulering, afstemming en bundeling van activiteiten op het terrein van gvo.

Ook wordt nog gewezen op de overeenkomsten tussen bedrijfsgezondheidszorg en sportmedische zorg. De circa 115 bedrijfsgeneeskundige diensten verrichten ook preventief geneeskundig onderzoek dat voor bepaalde beroepsgroepen als brandweer, politie, parallellen vertoont met sportmedisch (inspannings)onderzoek; ook apparatuur en inspanningsfysiologische kennis vertonen raakvlakken.

De basisgezondheidszorg verricht thans uitsluitend voor de groep jeugdigen taken in het kader van de preventie bij sportbeoefening. De jeugdgezondheidszorg functioneert ten aanzien van de sportmedische advisering kwalitatief gezien naar aller tevredenheid, ook al omdat er goed gebruik wordt gemaakt van de bijscholingsmogelijkheden voor jeugdartsen op dit punt. In het kader van de voorgestane wijzigingen van de inhoud van de onderhavige jeugdgezondheidszorg wordt ondermeer gestreefd naar een werkwijze waarbij in de zorgverlening meer prioriteit wordt gegeven aan risicogroepen binnen de gehele populatie jeugdigen. Dit strookt met de beleidsontwikkeling op het terrein van de sportmedische advisering. Een knelpunt in de jeugdgezondheidszorg vormt nog dat nu de groep van 16-19 jarigen niet altijd en overal even goed bereikt wordt. Met de voorgenomen veranderingen wordt hierin in beginsel verbetering gebracht.

Voor een bredere betrokkenheid van de basisgezondheidszorg bij de preventie in de sport – gericht op alle risicogroepen en het begeleidend sport- en medisch kader – ontbreekt de sportmedische deskundigheid.

De bedrijfsgezondheidszorg heeft preventieve taken met betrekking tot sportbeoefening niet in het takenpakket. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) staat echter positief tegenover sportadvisering door bedrijfsartsen. Net als bij jeugdartsen is er sedert 1981 een bijscholingsmogelijkheid voor bedrijfsartsen gecreëerd, die wegens gebrek aan belangstelling echter na drie jaar is stopgezet.

2.3.3. Sportletsels en ziekte(kosten)verzekeringen

Jaarlijks worden circa 500.000 sportblessures medisch behandeld. Veelal betreft het kleine medische ingrepen. Helaas komen er echter ook blessures voor die een langere en duurdere behandeling vergen. Sommige blessures leiden tot langdurige opname in instellingen voor gezondheidszorg.

Globaal kunnen de kosten van medische zorg die het gevolg zijn van sportbeoefening, zo is tijdens de behandeling van de Nota Veiligheid in de Privésfeer (1985) gebleken, worden geschat op circa f 140 miljoen per jaar (21). Naast de ziektekosten die gepaard gaan met sportblessures is veelal ook sprake van kosten wegens arbeidsverzuim. De kosten wegens arbeidsverzuim worden geraamd op minimaal f 255 miljoen per jaar voor verzekerden volgens de ziekwet (22). Deze kosten komen ten laste van de gemeenschap.

In het algemeen worden de kosten van de medische zorg gedragen door de ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de ambtelijke ziektekostenregelingen. Een naar verwachting klein deel van deze kosten komt ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, namelijk alleen die welke het gevolg zijn van langdurige opname in een krachtens deze wet gefinancierde instelling voor gezondheidszorg. Van deze laatst vermelde kosten kan worden gesteld dat deze door de gehele bevolking worden gedragen via de premie die voor deze volksverzekering naar draagkracht wordt geheven. De andere kosten komen ten laste van de verzekering waartoe men behoort.

De vraag wordt wel gesteld of het wel juist is dat de door sportbeoefening opgelopen blessures ten laste van de gemeenschap komen via de diverse ziektekostenverzekeringen. Degenen die deze vraag opwerpen betogen dat het zich bewust begeven in een situatie die tot grotere risico's leidt dan normaal eerst mogelijk zou moeten zijn nadat de sportbeoefenaar daartegen een aparte ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Daarbij komt vervolgens de vraag naar voren in welke gevallen er al dan niet sprake is van het zich bewust begeven in een situatie waaraan meer gevaren kleven dan normaal. Dat geldt namelijk ook voor andere situaties, zoals teveel roken, teveel alcoholgebruik, te veel en te vet eten etc. Ook de ongeorganiseerde «sportbeoefening», zoals trimmen, zwemmen, fietsen, autorijden etc. brengt extra risico's met zich mee, evenals het gebruik van huishoudtrappen of het gebruik van elektrische doe-het-zelf apparaten.

Het is overigens reeds zo dat in een groot aantal particuliere ziektekostenverzekeringen een clausule staat waarbij deelname aan sporten die voor de polishouder een aanmerkelijk risico op ongevallen meebrengen worden uitgesloten van het pakket. Hierbij bestaat evenwel geen uniformiteit. Onder de wedstrijdsporten die bij een of meer maatschappijen worden uitgesloten bevinden zich, naast beroepssport, karate, rugby, parachutespringen, boksen, skiën, ijshockey, auto- en motorsport, wielrennen, paardrennen (23).

2.4. Regionalisatie

Op basis van een structuuronderzoek betreffende de regionale sport medische zorg (24) is in 1982 uit overwegingen van kwaliteit, effectiviteit

en doelmatigheid besloten tot de oprichting van 40 regionale samenwerkingsstructuren. Momenteel zijn er 38 Stichtingen Sportmedische Regio's, waar PSMO-bureaus en SMA's samenwerken, bij het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg aangesloten. Aan de Sportmedische Regio's is door het NISGZ aanbevolen contractueel samen te werken met een basisgezondheidsdienst, mits blijvend kan worden voldaan aan de NISGZ-erkenningseisen.

De onderlinge samenhang tussen de specifieke sportmedische voorzieningen is door de instelling van sportmedische regio's vergroot, die met andere voorzieningen geenszins.

Het aantal sportmedische regio's sluit niet geheel aan op de regio-indeling van basisgezondheidsdiensten (subregionale indeling ex WVG) en dat stuit in elk geval bij sommige basisgezondheidsdiensten op problemen. Ook zal moeten worden bezien op welke wijze een en ander ingepast kan worden in de in de Wet Gemeenschappelijke Regelingen neergelegde regio-indeling.

Over de uiteindelijke integratie van de regionale sportmedische zorg in basisgezondheidsdiensten wordt verschillend gedacht, waarschijnlijk mede doordat de taakstelling van de onderscheiden voorzieningen accentverschillen vertoont. Bijna de helft van de basisgezondheidsdiensten vindt deze integratie wel gewenst; de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VDB) dringt echter aan op enige terughoudendheid bij volledige integratie, omdat nog veel overleg nodig is en eerst aan deskundigheidsbevordering bij basisgezondheidsdiensten dient te worden gewerkt. Het NISGZ ziet de integratie in de huidige opzet van de basisgezondheidsdiensten als een moeilijk realiseerbare doelstelling, omdat de noodzaak om te blijven voldoen aan de juridische, organisatorische en inhoudelijke eisen van het NISGZ volgens haar volledig overeind moet blijven. De rijksoverheid heeft zich altijd terughoudend opgesteld ten aanzien van de regionalisering van het NISGZ.

Tenslotte verdient de samenhang met overige instituten met soortgelijke taken aandacht. Gelet op het feit dat preventieve medische taken in de sportsector niet onder een wettelijk regiem vallen, is het mogelijk dat naast de bestaande structuren zich instituten presenteren die op de vrije markt gelijksoortige diensten aan sportbeoefenaars aanbieden als de «sportmedische regio's».

Tot op heden zijn de bedoelde instituten niet in het NISGZ erkenningsstelsel opgenomen. Het bestaan van deze instituten naast de door het NISGZ erkende SMA's en PSMO-bureaus, maakt het noodzakelijk het erkenningenbeleid van het NISGZ nader te bezien. Een samenhangende en kwalitatief uniforme regionale sportmedische zorg dient daarbij uitgangspunt te zijn en te blijven. De Wet Gemeenschappelijke Regelingen dient hierbij richtsnoer te zijn.

2.5. Ondersteuningsstructuur

Landelijke ondersteuning van de specifieke sportmedische activiteiten en voorzieningen door middel van voorlichting, deskundigheidsbevordering, kwaliteitsbewaking, onderzoek en coördinatie, wordt sinds begin 1982 gegeven door het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ). De oprichting van dit Instituut, dat de belangrijkste betrokkenen in de sportgezondheidszorg en de sportwereld bundelt, is door de Rijksoverheid bepleit in de notitie «Topsport en Rijksoverheid» (Kamerstukken II, 1979/80, 15 870, nr. 3). Lang voordat het NISGZ tot stand kwam zijn er vele initiatieven in het kader van de ondersteuningsstructuur genomen. Gewezen kan worden op de pioniersrol van de Federatie van Bureau's voor Medische Sportkeuring in Nederland. De NSF startte reeds in 1963 met de eerste applicatiecursus sportgeneeskunde, die later is

overgenomen door de in 1965 opgerichte vereniging voor sportgeneeskunde (VSG). De VSG heeft vele activiteiten ontplooid om de sportgeneeskunde te ontwikkelen en een landelijke structuur tot stand te brengen.

Het sportmedische beleidsterrein is dermate complex dat landelijke ondersteuning en coördinatie van de activiteiten daarbij onmisbaar is. Het NISGZ speelt in dit verband een belangrijke rol. De positie van het NISGZ in het veld verstevigt, maar is door de grote hoeveelheid werk die op dit terrein ligt te wachten nog niet zodanig dat de genoemde ondersteuning tot ver buiten de eigen «sportmedische regio's» reikt. Enerzijds heeft het instituut te maken met autonome landelijke sportorganisaties die nog weinig op sportgezondheidszorgzaken gericht zijn, anderzijds heeft het nog geen structurele relaties met de algemene voorzieningen van gezondheidszorg en hun ondersteuningsstructuren. Dat levert ondermeer problemen op ten aanzien van deskundigheidsbevordering en onderzoek.

Een belangrijke taak van het NISGZ betreft de cursus- en opleidingswerkzaamheden. Het cursusaanbod is de laatste jaren ontwikkeld en heeft nog slechts beperkte structurele en inhoudelijke relaties met de reguliere opleidingen in de sport en de gezondheidszorg. Aparte aandacht verdient de in een aparte stichting ondergebrachte 4-jarige specialisatie tot sportarts. Er zijn momenteel 25 erkende sportartsen, die veelal op contractbasis werken in de landelijke bonden en in de sportmedische regio's. In 1986 heeft de KNMG besloten tot erkenning van sportartsen hetgeen na goedkeuring van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen zal resulteren in een registratie als sociaal geneeskundige. De plaats van de sportarts in de gezondheidszorg is nog niet uitgekristalliseerd. Ook de sportwereld heeft voor sportartsen nog geen duidelijke plaats in de sportmedische begeleiding gecreëerd. Hierdoor is de professionaliseringsbehoefte op sportmedisch vlak moeilijk te bepalen. Dit knelt temeer daar diverse universiteiten (mede) aan de medische faculteit gelieerde opleidingen hebben opgezet die te vangen zijn onder de noemer «bewegingswetenschappen».

Met betrekking tot onderzoek ligt de zaak even gecompliceerd. Problemen in de sport – trainingsmethoden, doping, blessures, gedrag van sporters en begeleiders etc. – kunnen inzichtelijk worden gemaakt door wetenschappelijk onderzoek dat op de universiteiten wordt verricht. Het NISGZ heeft met het oog op de coördinatie alle universiteiten met een medische faculteit bijeengebracht in een Wetenschappelijke Raad, die over onderzoek op sportmedisch vlak adviseert aan het NISGZ. Gezien de positie van het NISGZ, de autonomie van de universiteiten (ook andere faculteiten!) en de sportbonden, is coördinatie van onderzoek op sportmedisch gebied een zeer lastige taak. Er liggen op dit moment geen beleidsvoorstellen met betrekking tot gewenste onderzoeksprioriteiten, onderzoekszwaartepunten voor bepaalde universiteiten met duidelijke specialismen en de afstemming van geldstromen hierop.

Het voorgaande illustreert op enkele beleidsonderdelen dat, als gevolg van de complexiteit van het terrein van de sportmedische begeleiding en advisering het coördinatieprobleem in deze sector zeer groot is. In dit verband moet ook gewezen worden op de relatie tussen het NISGZ en het Instituut Sportgeneeskunde Limburg (ISL). Beide instituten worden vanwege de rijksoverheid gesubsidieerd en beide voeren werkzaamheden ter ondersteuning van sportmedische zorg uit, zij het in het geval van het ISL op regionaal niveau. De afstemming, samenwerking en samenhang op dit terrein is in zijn algemeenheid nog voor verbetering vatbaar.

De opvattingen over de coördinatie van de sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg zijn niet in elke provincie gelijk. In Limburg is er het ISL, elders is er een beraadsgroep sportgezondheidszorg in het leven geroepen of er is (nog) geen tussenstructuur. Er is nog geen volledig eenduidig standpunt van de gezamenlijke overheden over de wenselijkheid of noodzaak van ondersteuningsstructuren op provinciaal niveau.

De coördinatie op landelijk niveau tenslotte vereist een breed draagvlak. Diverse verenigingen van beroepsgroepen zullen ten aanzien van de sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg hun betrokkenheid kunnen tonen. Er zijn ook vele ondersteunende instituten die met hun taakstelling, op het gebied van bijvoorbeeld gezondheidsbescherming, veiligheid en milieu, de sportmedische sector raken. In dit verband kunnen genoemd worden de NSF, de KNMG, het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, de Stichting Consument en Veiligheid, het NIVEL, de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten etc. Landelijke samenwerkingsverbanden met deze instituten zullen van het NISGZ nadrukkelijk een gerichtheid buiten de eigen sportmedische regio's vragen.

3. STRUCTUUR- EN BELEIDSPLAN SPORTMEDISCHE BEGELEIDING EN SPORTGEZONDHEIDSZORG

Uitgaande van een gedifferentieerde sportsituatie en rekening houdend met een zich doorzettende individualiseringstendens in de sport (25), wordt gestreefd naar een structurele opzet van de preventieve sportmedische zorg en begeleiding die voldoet aan de eis van algemene bereikbaarheid en toegankelijkheid, samenhang tussen en voldoende kwaliteit van de voorzieningen, en die ruimte biedt aan de eigen verantwoordelijkheid van de (potentiële) sportbeoefenaar. Hiermee wordt aangesloten op de doeleinden die gelden voor het totale volksgezondheidsbeleid zoals neergelegd in de nota «volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen» (1983) en de nota 2000 (1986). Zelfstandigheidsbevordering, nadruk op preventieve activiteiten met een collectief karakter en de belangrijke rol van (gezondheids)voorlichting hierbij, zijn de hoofdlijnen van dit beleid waarbinnen een structuur voor sportmedische begeleiding en advisering dient te passen.

De hoofdlijnen van een dergelijke sportmedische structuur zijn:

- a. een breed vertakt sportmedisch voorlichtingssysteem, met mogelijkheden voor sport gerichte informatie;
- b. algemene voorzieningen van gezondheidszorg, die sportmedische deskundigheid bezitten en waarvan sommige op dit vlak een coördinerende rol vervullen;
- c. een georganiseerde sport met eigen voorzieningen voor sportmedische preventie.

De rijksoverheid heeft hierbij een voorwaardenscheppende taak en deelt zijn verantwoordelijkheden met de lagere overheden – met name ten aanzien van ongeorganiseerde sportbeoefenaars – en met de landelijke sportorganisaties, met het oog op de georganiseerde sporters.

3.1. Gewenste voorzieningen voor preventie bij sport

3.1.1. Algemene voorzieningen voor de sportbeoefenaar

De ongeorganiseerde sporter is niet eenvoudig te bereiken via voorzieningen die nauw aan de georganiseerde sport gelieerd zijn; de ongeorganiseerde sporter stelt prijs op vrijblijvendheid. Hij of zij is bij vragen aangaande de relatie sport en gezondheid vooral aangewezen op de reguliere gezondheidszorg.

Vanuit het oogpunt van blessurepreventie wordt het gewenst geacht dat de (potentiële) sportbeoefenaar door algemene voorzieningen van gezondheidszorg wordt voorzien van informatie op grond waarvan deze zelf kan vaststellen welke risico's hij/zij loopt en verantwoord kan beslissen of het nodig is nader medisch advies in te winnen en/of bepaalde voorzorgmaatregelen te nemen. Hierbij is in de toekomst met name een taak weggelegd voor basisgezondheidsdiensten in het kader van hun taakstelling met betrekking tot de collectief gerichte preventie.

Over de aard en realiseerbaarheid van de sport-medische functie van basisgezondheidsdiensten zal in een te entameren onderzoeksexperiment duidelijkheid moeten worden verkregen.

Daarop vooruitlopend wordt bedoelde zorg als volgt gekenschetst: op de eerste plaats groepsgerichte voorlichting aan beoefenaars van sport over gezondheidsaspecten betreffende de verschillende takken van sport.

Ten tweede instructie van sportbegeleiders gericht op de voorkoming van blessures; de benodigde kennis ter zake wordt op landelijk niveau verzameld en verder ontwikkeld.

Beide bovengenoemde functies worden ook door andere instellingen uitgeoefend, onderlinge afstemming is daarom noodzakelijk.

Ten derde bevordering van de mogelijkheden tot individuele sport-medische advisering gebaseerd op epidemiologie en inzicht in de gezondheidssituatie van de betrokkene. De aanwezigheid van een dergelijk aanbod van individuele sport-medische advisering in de regio is gewenst, bij voorkeur uitgaande van zorgverleners die inzicht hebben in de gezondheidscarrière van de betrokkene, of, gedurende een zekere overgangsperiode, uitgaande van specifieke sportmedische voorzieningen. Laatstgenoemde functie is er ondermeer op gericht om door overdracht van sportmedische kennis bedoeld aanbod te vergroten en de kwaliteit ervan te verhogen.

Basisgezondheidsdiensten dienen daartoe wel te beschikken over specifieke sportmedische deskundigheid. Zij moeten bij hun taakuitoefening ondersteuning kunnen krijgen van het NISGZ, van welke laatste het als een hoofdtak wordt beschouwd om vanuit het landelijk niveau relevante ontwikkelingen op het gebied van sportmedische voorlichting te initiëren, te stimuleren en inhoudelijk te ondersteunen. Een en ander veronderstelt natuurlijk een goede afstemming tussen de basisgezondheidsdiensten en het NISGZ.

Het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO heeft een kwaliteitsbevorderende taak ten aanzien van de ontwikkeling en uitvoering van gvo-activiteiten in relatie tot (on)georganiseerde sportbeoefening.

Daarnaast heeft de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) een voorlichtende taak op het gebied van de veiligheid bij sport.

(Aanstaande) sportbeoefenaren die voor zichzelf, al dan niet met behulp van een aandachtspuntenlijst, hebben vastgesteld dat nader medisch onderzoek en/of advies wenselijk is, moeten kunnen terugvallen op voorzieningen die de vraagstelling tegen de achtergrond van de gewenste of feitelijke sportbeoefening kunnen beoordelen en eventuele klachten kunnen behandelen.

In de toekomstige structuur wordt hierbij gedacht aan inschakeling van de huisarts, die meer en meer vanuit een multidisciplinair samenwerkingsverband op het individu gericht preventief en curatief werkzaam is, en voor de jeugd tevens de jeugdarts, welke laatste zo mogelijk nauw samenwerkt met de leerkrachten lichamelijke oefening. Sportmedische advisering moet daarbij worden gezien als onderdeel van het adviseren met betrekking tot de zelfzorg en het geven van voorlichting en adviezen voor een gezonde levenswijze, bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruik van vitamine- en sportvoedingspreparaten door sportbeoefenaren.

Wanneer een verwijzing is geïndiceerd worden de fysiotherapeut en/of een specialist ingeschakeld.

In dat denkbeeld past het dat onder degenen naar wie de huisarts kan verwijzen, sommigen zich in het bijzonder op de sportsector hebben georiënteerd. Daarmee is de lijn van de ontwikkeling die nu reeds zichtbaar wordt in bijvoorbeeld de organisatie van aparte sportspreekuren in poliklinieken verder doorgetrokken. De taak van de specialist beperkt zich met het oog op sportbeoefening niet tot het terrein van de behandeling van het opgelopen letsel, maar zal zich ook tot advisering en voorlichting uit het oogpunt van tertiaire preventie uit moeten strekken.

Er wordt dan wel van uitgegaan dat de bedoelde voorzieningen van gezondheidszorg in de toekomstige situatie aan de deskundigheidseisen, afgeleid van het sportspecifieke, kunnen voldoen. Dit vereist een planmatige aanpak, gericht op het vervullen van de noodzakelijke voorwaarden in met name de opleidings- en bijscholings sfeer.

3.1.2. Specifieke voorzieningen voor de sportbeoefenaar

In principe zijn de sportmedische voorzieningen voor de georganiseerde sporter dezelfde als voor de ongeorganiseerde. De eigen verantwoorde-

lijkheid van de georganiseerde sporter heeft echter een pendant in de verantwoordelijkheid van de landelijke sportorganisatie en in het verlengde daarvan de sportvereniging. De sportorganisaties zullen zich meer bewust moeten worden van hun belangrijke rol bij het voorkomen van blessures en het uitdragen van een «gezonde» sportbeoefening en daartoe via gericht beleid in staat worden gesteld.

In de gewenste situatie moet een beroep kunnen worden gedaan op de reglementering als garantie voor de veiligheid, in die zin dat er door de landelijke sportorganisaties vanuit preventie-oogpunt nadere regels en richtlijnen ontwikkeld worden voor ondermeer de inrichting van accommodaties en het gebruik van (beschermend) materiaal, maar ook inzake ethische vraagstukken als de (medische) grenzen van jeugdtopsport.

Een effectieve sportmedische preventie dient mede bereikt te worden via het beschikbare sportkader, zoals trainers, coaches, jeugd- en recreatiesportleiders, scheidsrechters, omdat het bestaan van direct en regelmatig contact met de individuele sportbeoefenaar – vaak zelfs in een instructieve sfeer – een uitstekende uitgangspunt is voor preventief handelen c.q. toezicht in de sportpraktijk. Het sportkader zal zich – gereleerd aan de huidige doelstellingen – voldoende algemene en sportspecifieke deskundigheid moeten verwerven voor zijn preventieve handelen en adviezen. De landelijke sportorganisaties hebben, samen met het NISGZ, een belangrijke ondersteunende taak bij het ontwikkelen van een cursusaanbod en voorlichting terzake.

Naast het preventieve handelen van sportbegeleiders kunnen specifieke sportmedische voorzieningen – PSMO-bureaus, SMA's e.d. – een rol spelen bij het voorkomen dat sportbeoefenaars in het curatieve medische circuit terecht komen. Individuele preventieve sportmedische onderzoeken – van het invullen en beoordelen van een vragenlijst tot het uitvoeren en beoordelen van een gestandaardiseerd inspanningsonderzoek – kunnen de sportbeoefenaar en/of de trainer desgewenst inzicht verschaffen in gezondheidsrisico's en mogelijk te treffen voorzorgsmaatregelen bij de beoefening van sport.

Dit voorzieningssysteem functioneert in aanvulling op de algemene sportmedische functie van de reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Het behoort dan ook tot de verantwoordelijkheid van de landelijke sportorganisaties en hun leden om op dit punt voorwaardenstellend dan wel voorwaardenstellend op te treden, afhankelijk van de risico's van de betreffende tak van sport. Men moet bij het instellen van verplichtingen er evenwel rekening mee houden dat dit door de gemiddelde sportbeoefenaar als een zodanige drempel kan worden opgevat dat daardoor de reden om ongeorganiseerd te sporten wordt bevestigd.

Gezien het streven binnen de gezondheidszorg om de eigen-verantwoordelijkheid van mensen te bevorderen, lijkt het in zijn algemeenheid niet nodig een sportmedisch gezondheidsonderzoek verplicht op te leggen, ook niet voor sporters die op grond van bijvoorbeeld leeftijd een verhoogd risico lopen; volstaan zou desnoods kunnen worden met een eigen gezondheidsverklaring. Dit standpunt sluit de wenselijkheid van informatie over het nut van individueel sportmedisch onderzoek, mits van kwalitatief voldoende niveau, geenszins uit. De sportmedische advisering aan jeugdigen dient, in het kader van de jeugdgezondheidszorg, gehandhaafd te blijven. Basisgezondheidsdiensten kunnen in dit geheel een coördinerende rol vervullen. Het blijft evenwel zaak de ontwikkeling tot het (doen) dragen van meer eigen verantwoordelijkheid op sportmedisch terrein, kritisch te volgen.

Een door de sportorganisaties verplicht periodiek sportmedisch onderzoek, zoals nu reeds bij SMA's plaatsvindt zou wel geïndiceerd kunnen blijven bij takken van (wedstrijd)sport die relatief veel kans geven op langdurig ernstig letsel (bijvoorbeeld hersenbeschadiging) of letsel dat

de dood tot gevolg heeft, met name vliegsport, bergsport, duiksport, wielersport, bokssport en gemotoriseerde sport.

Van de deelnemers aan het in omvang enorm toegenomen circuit van duursportevenementen – marathons, triatlons, schaatsmarathons e.d. – zal minimaal een eigen gezondheidsverklaring moeten worden geeist, omdat het om hoge lichamelijke belastingen gaat en er vaak sprake is van open inschrijvingen zodat ook ongeorganiseerden kunnen deelnemen. Het is noodzakelijk dat de organisatoren van dergelijke evenementen – slechts in enkele gevallen is dat een landelijke sportorganisatie, vaak is sprake van een lokaal of regionaal initiatief waarbij de lagere overheid is betrokken – hun verantwoordelijkheid nemen en eisen stellen. Eisen ten aanzien van het minimumniveau van de medische voorzieningen en begeleiding tijdens het evenement en voorwaarden voor het verkrijgen van een startbewijs. Gestreefd wordt uiteindelijk naar uniformering van de eisen, die gesteld moeten worden door de auspiciërende instantie. Aangetekend moet worden dat de medische aspecten een onderdeel zijn van dergelijke voorschriften.

3.1.3. Topsportvoorzieningen

De topsport vormt op het voorgaande geen uitzondering in die zin dat ook hier de eerste verantwoordelijkheid bij de landelijke sportorganisaties ligt. Topsporters ondervinden echter regelmatig hoge belastingen en zijn vaak grensverleggend bezig tot en met het gebruik van doping toe, zodat voor hen een goede begeleiding, waaronder specifieke sportmedische begeleiding en advisering door sportartsen op bondsniveau onmisbaar is. Daarnaast zijn specifieke voorzieningen voor topsport nodig om de begeleiding te optimaliseren door individuele onderzoeken te bieden die inzicht verschaffen in conditietoestand, maximale trainingsbelasting na blessures of ziekte, e.d. In de toekomstige situatie zijn hiervoor in ieder geval de beide landelijke sportmedische afdelingen beschikbaar. Indien de noodzaak daartoe kan worden aangetoond, bijvoorbeeld doordat een toename van het aantal grootschalige topsportevenementen in Nederland een meer continue medische begeleiding noodzakelijk maakt, kan versterking van deze faciliteiten en/of uitbreiding van dit aantal worden overwogen. Topsporters kunnen natuurlijk ook terecht in de reguliere gezondheidszorg, waarbij moet worden aangetekend dat een toespitsing van algemene voorzieningen van gezondheidszorg op de topsportbeoefening niet kan worden verlangd.

3.1.4. Voorzieningen verband houdend met doping

In de onderhavige paragraaf wordt ingegaan op de vraag welke beleidslijn de rijksoverheid dient te volgen ten aanzien van het dopingprobleem in de sport, om op basis daarvan vast te stellen welke voorzieningen daartoe gewenst zijn en hoe de verantwoordelijkheidsverdeling hierbij is.

Er is vastgesteld (zie § 2.2.3.) dat de huidige aanpak van het dopingprobleem in de sport, nationaal en internationaal, ontoereikend is om het gebruik tegen te gaan. Bestaande reglementen in de sport vinden relatief weinig toepassing. Tegen deze achtergrond kan de rijksoverheid het dopingprobleem in principe op drie wijzen benaderen: vrijlaten, uitbannen of beheersen.

a. Vrijlaten van dopinggebruik kan worden gebaseerd op het argument dat het middel (dopingcontrole) niet geschikt is voor de kwaal, het probleem zou er zelfs door kunnen worden vergroot. Deze benadering wordt bij het drugprobleem wel voorgestaan. Er zijn echter voldoende redenen om vrijlaten van dopinggebruik niet voor te staan: het gevaar is groot dat onoordeelkundig experimenteel gedrag tot norm wordt verheven

met alle gezondheidsrisico's van dien; maar buiten dien zou hierdoor de internationale aansluiting van de Nederlandse sport verloren gaan hetgeen zeer verstrekende gevolgen zou hebben.

b. Volstrekt uitbannen van dopinggebruik. De internationale ervaring tot nu toe – ook bij drugs – leert dat een dergelijk vertrekpunt te hoog gegrepen is. Het blijkt vrijwel onmogelijk bij voortduring voldoende controles te houden om het dopinggebruik werkelijk uit te kunnen bannen. Voorts leidt een te sterke nadruk op dopingcontroles al ras tot een toeneming van de dopingwedloop tussen gebruikers en bestrijders, waarbij sporters naar steeds andere, (nog) niet traceerbare maar mogelijk schadelijker stoffen grijpen. Met andere woorden verbieden betekent nog niet dat niet meer wordt gebruikt.

c. Beheersing van het dopinggebruik met als doel dit gebruik terug te dringen. Deze benadering steunt op twee pijlers. Enerzijds de gedachte dat de internationale aansluiting van de Nederlandse sport gehandhaafd dient te blijven, mede door een blijvende en verruimde toepassing van het dopingscontrolesysteem. Anderzijds de overtuiging dat het gebruik op gewoon wedstrijd- en recreatieniveau op deze wijze niet is tegen te gaan.

Van de alternatieven «vrijlaten», «uitbannen» en «beheersen» wordt door de rijksoverheid het laatste alternatief als het meest praktisch voorgestaan.

Realisme dient centraal te staan in het dopingbeleid, uitgaande van het zoveel mogelijk door de sporter en de sportorganisaties zelf laten dragen van verantwoordelijkheid. Realisme op dopinggebied houdt in dat het gebruik van doping zodanig beheersbaar dient te worden gemaakt, dat de internationale aansluiting niet verloren gaat. In dit geval kan niet met dopingcontroles worden volstaan, maar zullen tevens andere, medische voorzieningen moeten worden getroffen.

Een dergelijk beleid heeft nauwe banden met de gezondheidszorg, ondermeer in die zin dat artsen hierbij een belangrijke rol spelen.

Als voordeel van deze keuze geldt dat er geen oneindige geldverslindende dopingcontrolewedloop behoeft plaats te vinden, maar dat de sport en de gezondheidszorg samen sterk staan bij de beteugeling van het dopinggebruik en dat waar gebruik niet meer met behulp van dopingcontroles is aan te pakken dit tenminste op meer oordeelkundige wijze plaatsvindt, in die zin dat de gebruiker goed op de hoogte is van de gevaren van dat gebruik. Het gegeven dat de gezondheidszorg bij een dergelijk dopingbeleid een rol speelt betekent ook dat discussies over de toelaatbaarheid van bepaald handelen onvermijdbaar zijn; de ontwikkeling en uitvoering van dopingbeleid wint hierdoor aan complexiteit.

Bij een realistisch dopingbeleid, dat uitgaat van het behoud van internationale aansluiting, dienen er diverse voorzieningen te zijn.

a. Voorzieningen waarop de sportorganisaties kunnen terugvallen voor dopingcontrole en -analyse, bij de organisatie van internationale evenementen in Nederland en, indien de noodzaak daarvan is bepaald, bij nationale competities.

b. Voorzieningen voor research, met name op het gebied van de ontwikkelingen van analytische methoden ter vaststelling van de prestatiebevorderende en/of gezondheidsbedreigende effecten van middelen.

c. Voorzieningen waarop de sporter en zijn begeleider kunnen terugvallen voor informatie en medisch advies.

d. Een landelijke voorziening voor de coördinatie van de aanpak van het dopingprobleem in ons land.

Natuurlijk kan niet voorbijgegaan worden aan de eerder gesignaleerde knelpunten ten aanzien van de bestaande reglementering van de sportorganisaties en de overige regelgeving in relatie tot doping. Dit wordt echter niet opgevat als voorziening binnen het structuurplan zoals in dit onderdeel van de nota is uitgewerkt. Het opheffen van de knelpunten in

de bestaande reglementering komt wel aan de orde in het in 3.2. uit te werken beleidsplan (§ 3.2.5.).

Voor de onder a en b bedoelde voorzieningen voor controle en research zijn er voldoende mogelijkheden binnen de reeds aanwezige instellingen in Nederland, al dan niet gelieerd aan een universiteit, al dan niet commercieel.

Het is gewenst dat in samenwerking met de georganiseerde sport (NSF) een beleid van erkenningen en kwaliteitseisen wordt gevoerd voor de voor dopinganalyse in aanmerking komende instituten en laboratoria.

Ad c. informatie en medisch advies.

Bij het verschaffen van adequate voorlichting aan sporters en hun begeleiders over de risico's van dopinggebruik, vooral op breedtesportniveau, hebben de basisgezondheidsdiensten een functie. In samenhang daarmee zullen ook de sportmedische regio's zich op een meer voorlichtende rol in deze kunnen voorbereiden. Op landelijk niveau kan bij het ontwikkelen van voorlichtingsproducten en -programma's en het verzamelen van documentatie over doping in de sport ondersteuning worden geboden door het NISGZ.

Naast voorlichting is een belangrijke vereiste bij het zelf kunnen dragen van verantwoordelijkheid dat er voldoende mogelijkheden zijn voor goede individuele medische advisering. Sporters, vooral ook op het niveau van de gewone wedstrijd sportbeoefening, zouden op advisering van een (hun huis)arts moeten kunnen rekenen omdat ongecontroleerd gebruik van geneesmiddelen een wezenlijk gezondheidsrisico met zich mee brengt.

Ad d. landelijke coördinatie en ondersteuning.

De complexiteit van de aanpak van het dopingprobleem in de sport is groot, hetgeen noodzaakt tot gezamenlijk, gecoördineerd handelen. Hiertoe dient er een landelijk dopingcentrum te worden opgericht met adviserende bevoegdheden ten aanzien van dopingreglementen in de sport, de samenstelling van een dopingmiddelenlijst, de rechtsbescherming van de sporter, de voorlichting aan en medische advisering van de sporter, de voorzieningen voor dopingcontrole, -analyse en -research, e.d. Het landelijk dopingcentrum dient hiertoe een van de sportbonden onafhankelijke status te hebben.

In de toekomstige situatie is een belangrijke titel voor een beleidsverantwoordelijkheid van de rijksoverheid op dopinggebied te vinden in de schadelijkheid voor de gezondheid. Competitievervalsing (prestatieverhoging) vormt ook een legitiem motief om doping tegen te gaan, maar hieraan dient vooral de sportwereld zijn verantwoordelijkheid te ontleenen.

In de Nota Topsport en Rijksoverheid (1979) werd uitgesproken dat het accent bij een overheidstaak ten aanzien van doping op medische begeleiding en voorlichting dient te worden gelegd.

Voor de benodigde dopingcontrole- en -analysefaciliteiten dienen de sportorganisaties in principe zelf zorg te dragen. De komende jaren kan ondermeer in overleg met de sportorganisaties worden gezien of de rijksoverheid op dit punt taken op zich dient te nemen.

Dopingcontrole heeft namelijk plaats in de gezondheidsbescherming, als men de vergelijking trekt naar de biologische monitoring van werknemers zoals in de arbeidsgeneeskunde plaatsvindt. De medische begeleiding van een (beroeps)sporter en werknemers is in zoverre vergelijkbaar dat medische controle tot doel heeft ongewenste effecten op de gezondheid vroegtijdig te onderkennen. De dopingcontrole heeft een functie in de controle op een correcte medische begeleiding van sporters en in het voorkomen van misbruik.

Het ligt in de rede dat de rijksoverheid op enig moment tenminste een verantwoordelijkheid op zich neemt met betrekking tot de kwaliteit van de

dopingcontrole en analyse. Dit in verband met de zorg voor de kwaliteit van de volksgezondheid, de zorg voor de kwaliteit van de sport zowel op top- als recreatieniveau en de zorg voor de rechtsbescherming van de top- en breedtesporter.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) zou bij het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en de bewaking van de kwaliteit van de controle en analyse een functie kunnen vervullen. Immers het RIVM heeft een taak met betrekking tot de gezondheidsbescherming waaronder een referentietask, terwijl voor bepaalde aspecten deze taak zich ook uitstrekt tot de gezondheidszorg. Het instituut beschikt over kennis en ervaring op het gebied van het aantonen van hormonen en geneesmiddelen in biologisch materiaal en op het gebied van het protocolair begeleiden van zulk (forensisch) onderzoek. Ook is de objectiviteit gewaarborgd omdat het RIVM hierbij geen inhoudelijke of financiële belangen heeft. Tenslotte zou het RIVM met relatief geringe extra kosten een deel van de capaciteit van de aanwezige apparatuur beschikbaar kunnen stellen.

Op de verdere beleidsconsequenties van het hiervoor beschrevene wordt in § 3.2.5. ingegaan.

3.2. Beleidsplan sportmedische begeleiding en advisering

In 3.1 lag het accent op de gewenste voorzieningen met sportmedische taken en op de verdeling van verantwoordelijkheden daarbij. In deze paragraaf ligt het accent op de uitwerking van de gewenste samenhang tussen de voorzieningen en overige voorwaarden die beleidsmatig vervuld moeten worden voor een optimaal functioneren. De ingang van deze paragraaf is vooral het beleid van de rijksoverheid.

3.2.1. Regionalisering van sportmedische voorzieningen

Op het gebied van de sportmedische preventie met betrekking tot ongeorganiseerde en wedstrijdssporters wordt er naar gestreefd dat de algemene voorzieningen van gezondheidszorg een centrale rol vervullen.

Gezien hun taakstelling kunnen met name basisgezondheidsdiensten in hun werkgebied ondersteunend en coördinerend werkzaam zijn ten aanzien van ontwikkelingen op sportmedisch gebied. Mogelijke activiteiten in dit verband zijn:

- het afstemmen van vraag en aanbod door bijvoorbeeld het maken van een inventarisatie van aanbodsmogelijkheden, het op elkaar afstemmen van deze mogelijkheden, het maken van knelpuntanalyses aan de vraagzijde etc.
- het verbeteren van samenwerkingsrelaties tussen in de regio gevestigde huisartsen, specialisten, jeugdartsen en eventueel bedrijfsgezondheidsdiensten enerzijds en aanvullende specifieke sportmedische voorzieningen anderzijds. Een plaats voor voorzieningen die niet zijn aangesloten bij het NISGZ dient niet bij voorbaat te worden uitgesloten.
- het ter beschikking stellen van aanwezige accommodatie en apparatuur aan het SMA, een en ander ter beoordeling van de lokale overheden.

De coördinerende rol van basisgezondheidsdiensten kan worden vervuld in aansluiting op de eigen uitvoerende taken.

Het beleid in de regio kan zich erop richten dat basisgezondheidsdiensten zich ook ten aanzien sportbeoefening bezig houden met het maken van epidemiologische analyses alsmede op basis van ter beschikking te stellen gegevens, met het geven van regionale sportmedische voorlichting aan sporters en begeleiders – deels vergelijkbaar met het PSMO-A – en, aanvullend op dat wat via de reguliere opleidingen geschiedt, instructie aan begeleiders. Nader zal in een experiment worden onderzocht of deze taakstelling inclusief de daarvoor benodigde functionarissen, gedacht

wordt onder meer aan een halve sportarts per 200.000 inwoners, bij basisgezondheidsdiensten kan worden gerealiseerd. Daarna zal, in het bevestigende geval, worden gezien op welk tijdstip de functie definitief in de richtlijnen en kwaliteitseisen van de WVG kan worden opgenomen.

Voorts zal op basis van functieomschrijvingen en ingepast in de werkwijze die kenmerkend is voor de basisgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg, welke over enige jaren geheel zal zijn ondergebracht bij basisgezondheidsdiensten, ook in de toekomst individuele medische sportadviezen aan jeugdigen tot 19 jaar verstrekken.

De rol van basisgezondheidsdiensten geeft aan dat specifieke sportmedische voorzieningen in principe een aanvullende functie hebben.

Het beleidsaccent ligt niet op de overname of integratie van de niet binnen de collectieve voorlichting passende sportmedische activiteiten van PSMO-bureaus en SMA's en soortgelijke instellingen door resp. in basisgezondheidsdiensten. Deze terughoudendheid ten aanzien van de volledige integratie van de specifieke sportmedische functies in de basisgezondheidszorg, mag evenwel niet uitsluiten dat basisgezondheidsdiensten in een of meer regio's, op basis van een beoordeling van de regionale situatie, bedoelde taken geheel of gedeeltelijk op zich nemen.

Individuele sportmedische advisering dient binnen de gehele structuur een taak te zijn van de algemene gezondheidszorg.

In het beleid zal gestreefd worden naar optimalisatie van sportmedische begeleiding en advisering door de huisarts ten aanzien van de in elke huisartsenpraktijk voorkomende grote aantallen sportbeoefenaren, die niet alleen behoefte aan een sportmedisch advies in preventieve zin hebben, maar ook een aantal sportblessures oplopen. Het welslagen van dit streven is afhankelijk van een aantal voorwaarden, onder andere met betrekking tot kennis, attitude en vaardigheden.

Behalve dat sportmedische begeleiding en advisering in de opleiding tot basisarts meer gewicht dient te krijgen, zal in de beroepsopleiding van de huisarts aan voornoemde functievoorwaarde meer aandacht besteed dienen te worden. De zittende huisartsen dienen zich verder te kunnen bekwamen op het gebied van sportmedische begeleiding en advisering door middel van na- en bijscholingscursussen.

Over dit streven wordt in het veld verschillend gedacht. De algemene gezondheidszorg (NRV, LHV, KNMG, ZfR) en de lagere overheden (VNG, LC, IPO) staan er positief tegenover, terwijl koepelorganisaties ten behoeve van de sport (NSF, NOC, IOS, NISGZ) sceptisch staan ten opzichte van het uiteindelijk sportmedische functioneren van de huisarts. Het rijksbeleid is echter op dit streven gericht omdat meer dan in het verleden aan een aantal belangrijke randvoorwaarden wordt voldaan, zoals belangstelling voor sport in de gezondheidszorg gekoppeld aan een blijvend grote belangstelling voor ongeorganiseerd sporten en accentverlegging in de eerste lijn van curatie naar preventie.

Het wordt voorts toegejuicht indien poliklinieken ten behoeve van het optimaal functioneren van sportblessurespreekuren een consultatieve functie creëren voor sportartsen zodat een meer aan de specifieke sportsituatie gerelateerde diagnose-stelling en nazorg mogelijk wordt.

In hoeverre er in de toekomst behoefte blijft bestaan aan specifieke sportmedische voorzieningen wanneer basiszorg en eerste- en tweede-lijnsvoorzieningen op dit vlak preventieve taken verrichten, is behalve van de kwaliteit van de zorg vooral afhankelijk van het beleid van de landelijke sportorganisaties. Het eventueel door de grotere landelijke sportorganisaties laten wegvallen van de verplichting tot lichamelijk sportmedisch onderzoek (bij aangewezen voorzieningen) zal zeker gevolgen hebben voor het economisch draagvlak van met name de PSMO-bureaus,

hetgeen zal kunnen leiden tot een sanering van dit voorzieningenstelsel door het particulier initiatief. Een en ander zal mede afhankelijk zijn van de uitkomsten van onderzoek dat dient te worden verricht naar het effect van het recent ontwikkelde PSMO op de preventie van gezondheidsschaden ten gevolge van sportbeoefening en met name het effect op blessurepreventie.

Ook het voortbestaan van SMA's wordt medebepaald door het beleid van de georganiseerde sport. Thans geniet het stelsel van SMA's nog aanzienlijke (financiële) steun van de lagere overheden. Het beleid van de provinciale overheid, dat zijn basis vindt in standpunten die vanaf 1978 zijn ingenomen, laat zien dat deze steun, al dan niet geleidelijk, afneemt.

De algemene voorzieningen van gezondheidszorg zijn echter de komende jaren niet in staat om de preventieve sportmedische functies rond welke de specifieke sportmedische voorzieningen zijn ontstaan, uit te oefenen. Het bestaan van deze functies staat op zich niet ter discussie. Een ieder die deze preventieve sportmedische functies belangrijk vindt dient zijn verantwoordelijkheid te nemen en al het mogelijke in het werk te stellen om deze functies te behouden. Zeker zolang de reguliere gezondheidszorg op dit vlak nog niet optimaal functioneert, zal door de overheden het voortbestaan van de financiële bijdrage aan SMA's uit de middelen van de Stichting de Nationale Sporttotalisator worden bepleit.

3.2.2. *Verzekering tegen de kosten sportletsels*

De vraag is of de extra risico's die sportbeoefening met zich meebrengt een aparte ziektekostenverzekering rechtvaardigen. Het gevolg zou zijn dat sportbeoefening hierdoor in een uitzonderingspositie wordt geplaatst ten opzichte van andere risicovolle activiteiten die ook tot het dagelijkse patroon behoren maar sterk in de privésfeer liggen. Dat terwijl sportbeoefening in het algemeen toch als een overwegend gezonde activiteit wordt beschouwd, op grond waarvan ook de invoering van premiekortingen voor regelmatige sportbeoefenaren die minimale preventieve maatregelen treffen bepleit zou kunnen worden. Om principiële en praktische redenen wordt daarom een aparte ziektekostenverzekering voor sportbeoefening in het algemeen niet voorgestaan.

Anders is het geval indien sprake is van incidentele georganiseerde evenementen op sportgebied, zoals marathons, elfstedentocht etc., waarvoor een vergunning door Burgemeester en Wethouders of de provincie is verleend. Het gaat in deze gevallen vaak om situaties waarin ongetrainden zich bloot stellen aan fysieke inspanningen waarvan zij zelf de risico's niet kunnen overzien. Deze evenementen zijn duidelijk te traceren. In het algemeen zijn hier inschrijfgelden aan verbonden. Een aparte verzekering tegen ziektekosten voor deze sportgebeurtenissen valt te overwegen. Niettemin wordt beseft dat hiertegen dezelfde bezwaren kunnen worden aangevoerd als tegen een algemene verzekering. Een van de eisen die aan het organiseren van zulke evenementen kunnen worden gesteld is dat men zo'n verzekering afsluit, hetgeen kan geschieden gelijktijdig bij de inschrijving. Rechten op grond van deze verzekering zouden dan moeten prevaleren boven die van de eigen ziektekostenverzekering.

3.2.3. *Begeleidingsstructuur in de sport*

Met «begeleidingsstructuur» wordt bedoeld op de voorzieningen en activiteiten in de sport die bedoeld zijn om de directe begeleiders van sporters te ondersteunen. Bij de onder 2.5 genoemde «ondersteuningsstructuur» gaat het om voorzieningen die nodig zijn om nieuwe inzichten, kennis en informatie beschikbaar te krijgen voor toepassing binnen de begeleidingsstructuur.

Vrijwel iedere organisatie die betrokken is bij sport, sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg benadrukt de belangrijke rol die moet worden toegekend aan trainers, coaches, verzorgers, jeugd- en recreatiesportleiders, alsmede leerkrachten lichamelijke oefening bij de preventie van sportblessures en de bescherming van de gezondheid van de sporters.

Het beleid wordt erop gericht de deskundigheid van sportbegeleiders op het gebied van de blessurepreventie te verbeteren. Allereerst door middel van opleiding, waarbij de rijksoverheid een erkenningenbeleid voert:

- het vergroten van het accent op sportmedische preventie in de tak van sportgerichte opleidingen voor het sportkader. Dit is niet alleen een kwestie van toevoegen van leerstof maar voor al ook van attitudevorming c.q. -verandering, omdat sportbegeleiders veelal hun primaire interesse hebben in de sporttechniek en taktiek.
- het stimuleren van preventiegerichte na- en bijscholingen voor het opgeleid sportkader. Het leggen van een accent op blessurepreventie en gezondheidsbescherming en in verband daarmee een verscherpt toezicht op de naleving van spelregels door trainers en arbiters, zal, van veel trainers en arbiters een mentale omscholing vragen.
- met name ten behoeve van sportleiders die met groepen van hogere leeftijd werken, is het opnemen van een reanimatiecursus in het opleidingspakket van de landelijke sportorganisaties gewenst. Gedacht wordt aan een facultatief te volgen applicatie op de vrijwilligersopleiding, om de druk op de algemene opleidingsuren beperkt te houden.

De organisatie van de genoemde opleidingen en bijscholingen ligt in handen van de koepel- en landelijke organisaties op het gebied van de sport. Deze spelen ook een belangrijke rol bij de ontwikkeling van het sportmedisch gedeelte van de opleidingen. Inhoudelijke ondersteuning kan daarbij worden geboden door het NISGZ en, in het geval van de hartreanimatie, de Stichting Hart in Beweging en de Nederlandse Hartstichting.

Ten aanzien van de verzorgende functies in de sport dient bevorderd te worden dat de sportmassageopleiding zodanig wordt aangepast dat het preventieve aspect van de sportverzorging ruimere aandacht krijgt. Tevens zal de plaats van de sportmasseur in de sportstructuur nader moeten worden uitgewerkt. Bij beide aspecten kan het NISGZ een coördinerende rol spelen.

In de tweede plaats dient de deskundigheid van sportbegeleiders bevorderd te worden via voorlichting. Gedacht wordt aan een in de sport te ontwikkelen voorlichtings- en adviesstructuur, waarop het sportkader kan terugvallen voor doelgerichte advisering en informatieverschaffing over begeleidingsvraagstukken, van medische aspecten van trainingsmethoden tot de medische grenzen van jeugdtopsport en dopinggebruik in de sport. De landelijke sportorganisaties – ondersteund door het NISGZ – hebben een belangrijke taak bij de vormgeving hiervan, omdat zij de topvormen van de verticale structuur van de sport en daarmee de gehele (tak van) sport kunnen bestrijken.

Het is gewenst dat sportmedische deskundigheid ten behoeve van deze taak van de landelijke sportorganisaties beschikbaar komt, waarbij de te kiezen constructie vanwege de verschillen per tak van sport nadere studie en overleg met de georganiseerde sport vereist.

Enerzijds kunnen de landelijke sportorganisaties door middel van deze sportarts stimuleren dat informatie beschikbaar komt om op bonds- en verenigingsniveau de voorwaarden te scheppen voor een grotere mate van bewustzijn van de noodzaak van sportmedische begeleiding, ook ten behoeve van de breedtesport. Dit dient te gebeuren in nauwe samenwerking met trainersorganisaties en medisch begeleidend kader in verenigingen en bij de bond.

Anderzijds wordt voor de top- en beroepssport directe begeleiding door een sportarts gewenst geacht. Door zo nauw bij de topsportbeoefening betrokken te zijn is het mogelijk om praktijkervaring over te dragen en op directe wijze te stimuleren dat voor trainers- en begeleidingskorpsen in de (sub)topsport die informatie beschikbaar komt die noodzakelijk is om verantwoord om te gaan met het streven naar prestatieverhoging. Zo kan ook een bijdrage worden geleverd aan het ontwikkelen van praktische richtlijnen in verband met het vraagstuk van de «grenzen aan (jeugd)topsportbeoefening».

De beide landelijke sportmedische afdelingen dienen, met het oog op een verantwoorde topsportbeoefening, primair door de sportwereld in stand gehouden te worden.

In dit verband dient ook gewezen te worden op mogelijke ontwikkelingen. Er zijn indicaties dat de risicogroep die zware belastingen ondergaat in de sport de laatste jaren groeit. Als gevolg hiervan komt er steeds meer op de beide centra af, waarbij de vraag niet uitsluitend tot het ondergaan van tests beperkt blijft, maar er meer en meer een behoefte blijkt aan begeleiding bij het opbouwen van de gekozen sportactiviteit. Wanneer deze trend zich verder doorzet zouden er in de toekomst wel meer steunpunten nodig kunnen zijn. Een eventuele uitbreiding dient vooral een kwestie te zijn van coördineren, gebruik makend van reeds bestaande voorzieningen. Alsdan kan bezien worden of er voorzieningen zijn, bijvoorbeeld sportmedische militaire centra, die in dit geheel van sportmedische steunpunten van de topsportbeoefening zouden kunnen functioneren.

3.2.4. *Reglementering*

Landelijke Sportorganisaties dienen zich nadrukkelijker bewust te zijn van hun verantwoordelijkheid bij de gezondheidsbescherming van de sporter. Regels en richtlijnen en het toezicht daarop spelen daarbij een belangrijke rol.

Het is gewenst dat voor risicovolle takken van sport met het oog hierop een nadere oriëntatie plaatsvindt op mogelijke regelgeving ten aanzien van het gebruik van beschermende materialen, de veiligheid van sportmateriaal, eisen te stellen aan de (inrichting van) sportruimten e.d., en op de realiseringmogelijkheden daarvan (bijv. kostenaspect).

Van diverse kanten wordt ook de mogelijkheid genoemd tot regulering van het leidinggeven in de sport, door middel van het instellen van licenties, en van de sportdeelname, door middel van bijvoorbeeld leeftijdsgrenzen, vaardigheidsbewijzen, e.d. Licentiëring wordt vooral in sportscholen en fitness-centra voorgestaan.

Sommige sportorganisaties hebben inmiddels specifieke commissies op het gebied van de veiligheid in het leven geroepen.

Een belangrijk aandachtspunt betreft het dopinggebruik in de sport. Diverse sportorganisaties hebben op dit punt verboden ingesteld. Er moet nationaal en internationaal onder andere worden gestreefd naar meer uniforme dopingreglementen (zie § 3.2.5).

Adequate reglementering wordt voorts nagestreefd bij sportactiviteiten in georganiseerd verband waarbij een landelijke structurering (nog) ontbreekt. Gedoeld wordt op sportscholen en fitness-centra enerzijds en duursportevenementen als lokaal initiatief anderzijds. Voor sportscholen en fitness-centra zal de branche-organisatie die tot stand is gekomen onder meer de kwaliteit van leiding, begeleiding en huisvesting dienen te waarborgen.

3.2.5. *Dopingpreventiebeleid*

Het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg heeft begin 1986 een Beleidsstandpunt inzake Doping en Sport uitgebracht dat een

waardevolle bijdrage vormt voor de ontwikkeling van een Nederlands dopingbeleid (26). Het rapport verwoordt echter een vrij liberaal standpunt, waardoor het niet aansluit op het «European Anti-Doping Charter for Sport» dat door de Nederlandse overheid in 1985 is onderschreven. Nederland kan de ogen niet sluiten voor het internationale probleem dat dopinggebruik is. Het dopingcharter beveelt overheden aan om bepaalde activiteiten te ontplooiën ten aanzien van

- de harmonisatie van het dopingbeleid van de landelijke sportorganisaties;
- het verschaffen van preventieve voorlichting en informatie;
- effectieve regelgeving, met name om de internationale handel van en beschikbaarheid van dopingmiddelen in te perken;
- de beschikbaarheid van voorzieningen voor dopingcontrole, -analyse en -research.

Deze beleidsonderwerpen komen hierna achtereenvolgens aan de orde.

Door de Nederlandse sportorganisaties moet worden gestreefd naar uniforme dopingreglementen, met betrekking tot zowel de lijsten van verboden middelen als een optimale rechtsbescherming van sporters die verdacht worden van dopinggebruik.

Voor de dopinglijsten zou als uitgangspunt moeten gelden dat alleen middelen worden verboden die ook analytisch zijn op te sporen en middelen die schadelijk zijn bij de wijze waarop deze in de sportpraktijk worden toegepast. In dit verband dienen de dopingreglementen te worden nagelopen op stoffen waarbij zeker sprake is van een prestatieverhogend en/of gezondheid schadend effect.

De rechtsbescherming dient vooral gerealiseerd te worden door een waterdichte controle, het toepassen van het principe van hoor en wederhoor, adequate beroepsmogelijkheden en multidisciplinair samengestelde dopingcommissies. Het is van belang dat de rol van laboratoria wordt beperkt tot de analyse.

Het is van belang een open oog te houden voor de benadering van die sporters die waarschijnlijk nooit tegen enige controle aanlopen maar toch doping (willen) gebruiken. Voorlichtingsactiviteiten en medische advisering ten aanzien van de gevaren van gebruik van (bepaalde) dopingmiddelen, kunnen een preventief effect hebben.

Beroepsethiek en gedragscode mogen bij de medische behandeling en advisering evenwel niet onbesproken blijven. Bezien moet worden of het medisch tuchtrecht een grotere rol kan spelen ten aanzien van het door artsen begeleiden van dopinggebruikers. Daartoe kunnen de gedragsregels ter zake, die de KNMG formuleert, een bijdrage vormen.

Om artsen voor een adviseringstaak bij zowel zieke als gezonde sporters toe te rusten is het noodzakelijk dat dezen inzicht wordt verschaft in de (genees)middelen die in de sport niet als doping worden aangemerkt, in de dopinglijsten zelf en in de bijwerkingen van de in de sportpraktijk toegepaste doses van middelen.

In overleg met de sport zou een regeling moeten worden getroffen op grond waarvan zieke sporters het recht wordt verleend op een optimale medische verzorging, ook als deze verzorging het noodzakelijk maakt dat medicamenten worden toegediend die stoffen bevatten welke op een lijst van verboden middelen staan. Mocht dit laatste het geval zijn, dan zou door de behandelend arts vooraf een rapport hierover opgemaakt dienen te worden en aan de betreffende sportorganisatie moeten worden toegezonden. Desgewenst zou uitsluitend aan geaccrediteerde (sport)artsen toegestaan kunnen worden deze medicamenten voor te schrijven.

De regionale inspecties voor de volksgezondheid zouden bij het toezicht op de begeleiding en advisering van sporters in de medische praktijk een belangrijke taak kunnen vervullen. Deze taak behoeft zich niet te beperken tot artsen maar kan zich ook uitstrekken tot paramedici.

Eerstverantwoordelijken voor (de uitvoering van) het dopingbeleid zijn de sportorganisaties. Voor specifieke dopingwetgeving om controle uit te oefenen op het dopinggebruik in de sport zelf wordt, op grond van het feit dat dergelijke wetgeving in het buitenland niet effectief is, vooralsnog niet gekozen. Wel kan en dient overheidstoezicht ter onderdrukking van «het illegale circuit» van dopingmiddelen plaats te vinden. De handel in en distributie van met name anabolica moet worden tegengegaan door daarop toegesneden wetgeving die nauwgezette controle ter beheersing van de zwarte markt mogelijk maakt. Hierbij is samenwerking vereist tussen de inspectie- en opsporingsapparaten van diverse departementen.

De georganiseerde sport moet worden gestimuleerd om middelen vrij te maken voor dopingcontrole bij internationale evenementen in Nederland in zoveel mogelijk takken van sport. Op gemiddeld wedstrijd-niveau is een programma van beperkte omvang gewenst voor onaangekondigde dopingcontroles; in verband met anabolicagebruik ook bij trainingen. Bevordert moet worden dat de landelijke sportorganisaties hiertoe overeenkomsten sluiten met het op te richten landelijk dopingcentrum, betreffende frequentie, omvang en procedure van dopingcontrole. Een aan het dopingcentrum gelieerde onafhankelijke commissie zou kunnen bepalen waar en wanneer op dopinggebruik gecontroleerd moet worden en door wie.

Tenslotte is het noodzakelijk om instellingen op analytisch farmacologisch of toxicologisch gebied aan te wijzen om onderzoek naar doping te verrichten, vooral naar de schadelijkheid van (veel) gebruikte dopingmiddelen en naar analysemogelijkheden van dopingmiddelen. Deze instellingen zouden werkverbanden kunnen aangaan met het op te richten dopingcentrum in Nederland. Bij het ontwikkelen van kwaliteitsnormen voor de dopingcontrole en -analyse kan het RIVM een coördinerende rol gaan spelen (vgl. § 3.1.4).

Ook is meer inzicht in de mate van het gebruik in diverse sporten gewenst. Daartoe is gericht onderzoek nodig, waarbij de anonimiteit van de betrokken sporters moet zijn gewaarborgd.

3.2.6. *Ondersteuningsstructuur*

Ondersteunende inhoudelijke werkzaamheden bij het ontwikkelen van de geplande opleidings- en voorlichtingsactiviteiten kunnen worden geboden door een brede ondersteunende koepelstructuur, met accent op de kwaliteitsbevordering. In dit verband kan worden gesproken van «knowledge transfer centre»: een kennisoverdrachtsysteem tussen wetenschap en praktijk.

Het NISGZ zou in deze rol kunnen bijdragen aan:

- het verbeteren van de deskundigheid van jeugdartsen en huisartsen op sportmedisch gebied via na- en bijscholing en bijstelling van de opleiding;
- het in samenwerking met de Nationale Sport Academie (NSA) verbeteren van de sportmedische deskundigheid van sportbegeleiders, leerkrachten lichamelijke oefening en gezondheidskunde en gvo-functie-narissen door middel van voorlichting, cursussen en bijstellen van de opleiding;
- het in overleg met betrokken organisaties in de gezondheidszorg ontwikkelen van kwaliteitseisen voor de diverse voorzieningen met een sportmedische functie;
- het ontwikkelen van mogelijke samenwerkingsvormen tussen deze voorzieningen;
- het samen met de beleidspartners op landelijk niveau ondersteuning bieden bij de dopingvoorlichting ten behoeve van sportbegeleiders, sporters en eventueel begeleidende artsen op nationaal en lokaal niveau.

In het subsidiebeleid van de rijksoverheid zal voornoemde ondersteunende rol van het NISGZ ten aanzien van de sportmedische begeleiding en advisering nader worden geaccentueerd. Een vereiste is wel dat het in 2.5. bedoelde brede draagvlak op landelijk niveau ontstaat, door middel van samenwerkingsverbanden met instituten en organisaties die de sportmedische deskundigheid van het NISGZ aanvullen met een meer generale of anders gerichte deskundigheid op het gebied van bijvoorbeeld voorlichting en educatie, zoals het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO en de Stichting Consument en Veiligheid.

Deze ondersteunende functie dient een goede basis te hebben in wetenschappelijk onderzoek. Het is met het oog hierop noodzakelijk dat er een gecoördineerd onderzoeksbeleid op sportmedisch terrein wordt ontwikkeld, waarbij de volgende onderzoekswensen gelden:

- experiment met de sportmedische functie van basisgezondheidsdiensten;

- evaluatie van het preventief effect van het PSMO;

- onderzoek naar effectieve methoden van sportmedische voorlichting;

- onderzoek naar de oorzaken van sportblessures in takken van sport.

Het is gewenst dat er een prioriteitenstelling voor beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek op sportmedisch terrein komt, dat er universiteiten worden aangewezen die op bepaalde onderdelen gespecialiseerd kunnen werken (onderzoekszwaartepunten) en dat geldstromen hierop worden afgestemd. Het NISGZ kan via zijn Wetenschappelijke Raad hierbij wellicht een adviserende rol vervullen.

De eerder in paragraaf 2.5. beschreven complexiteit van het beleidsterrein maakt het nodig dat een kader voor beleidsafstemming tussen de meest besproken beleidspartners op landelijk niveau tot stand wordt gebracht, in de vorm van een landelijk beraad.

3.2.7. Internationale aspecten van het beleid

Het sportmedisch beleid heeft een duidelijke internationale component. De landelijke sportorganisaties zijn voor wat betreft de boven-nationale wedstrijden en de erkenning van sportprestaties (records) gebonden aan de reglementering die door de internationale sportorganisaties en -federaties wordt gehanteerd. De internationale reglementering bepaalt over het algemeen de gehele regelstructuur, en daarmee het gezicht, van de Nederlandse wedstrijdsport; natuurlijk aan de top, maar feitelijk ook aan de basis (de jeugdsport).

Samenhangend met deze internationale structurering van de sport en de wens tot coördinatie hebben de landelijke overheden ook ten aanzien van sportbeleid, op internationaal niveau samenwerking gezocht en zich verenigd in werkgroepen van de Raad van Europa. Op dit niveau behoort het tot de mogelijkheden om nationale en internationale sportorganisaties aan te spreken op hun verantwoordelijkheden, ook op sportmedisch vlak. Daarnaast vormt de Europese Gemeenschap (EG) een kader om internationale samenwerking op het gebied van het sportmedisch beleid te realiseren. Dit wordt onderstaand uitgewerkt.

In het kader van de Raad van Europa is in 1984 op initiatief van Nederland een Europees samenwerkingsproject gestart, waarbij de ontwikkeling van een gecoördineerd programma voor onderzoek naar sportblessures en blessurepreventie centraal staat. Over het epidemiologisch en aetiologisch onderzoek in de lidstaten is inmiddels gerapporteerd. Onderzoek naar de opzet en evaluatie van preventieprogramma's in takken van sport wordt thans in diverse landen bevorderd, waarbij het de bedoeling is dat de landen verschillende zwaartepunten leggen. De eerste resultaten hiervan worden in 1988 verwacht.

Tijdens de 5de conferentie van sportministers te Dublin werd een resolutie aangenomen, waarmee aan het gecoördineerde onderzoeksproject, vanuit het sportbeleid steun werd betuigd. Daarmee is overeengekomen om in Europees verband een gecoördineerd preventiebeleid te voeren, door activiteiten ter vermindering van het aantal sportblessures, zoals het aanpassen van spelregels, het bevorderen van sportief gedrag, het bevorderen van het dragen van beschermende materialen etc., welke activiteiten vaak via gvo-programma's verwezenlijkt zullen worden, op elkaar af te stemmen.

Vastgesteld kan worden dat het blessureprobleem op Europees niveau als een wezenlijk probleem wordt gezien, dat nationale en internationale beleidsmatige aandacht vereist. De komende jaren zal bezien moeten worden op welke wijze het Nederlandse blessurepreventiebeleid in de sport, voor wat betreft de prioriteiten op het gebied van interventie-onderzoek en voorlichtingsprogramma's, kan worden afgestemd met ontwikkelingen ter zake in andere Europese landen.

Het is wenselijk om vanuit het landelijk beleid een thematische aanpak te realiseren, waarbij wordt gestreefd naar de organisatie in Nederland van een jaarlijks of tweejaarlijks sportpreventiecongres van internationaal niveau. Op deze wijze wordt aan het Raad van Europa project blessurepreventie een blijvende follow-up gegeven. Het NISGZ kan, gezien de daar bestaande ervaring met jaarthema's vanuit haar Wetenschappelijke Raad voorbereid, hierbij een belangrijke organisatorische rol spelen. Voorwaarde is wel dat de keuze van de NISGZ-jaarthema's zich niet los van het beleid en afspraken in de Raad van Europa ontwikkelt.

Een eveneens op Europees niveau onderkend probleem is dat van de dopingbestrijding in de sport. Nog sterker dan bij blessurepreventie geldt bij dit onderwerp het belang van internationale samenwerking.

De reden daarvan is dat bij doping naast gebruik van dopinggeduide middelen – dat overigens niet direct waarneembaar is maar door steekproeven moet worden aangetoond – ook een handels- en distributieaspect in het geding is.

Nederland neemt deel aan de Raad van Europa werkgroep die het «European anti-doping Charter for Sport» heeft voorbereid. Daarin is steeds als belangrijk aspect ingebracht, naast gezondheidsbescherming van de mens, dat van de rechtsbescherming van de sporter, hetgeen ook in het dopingcharter is opgenomen.

Dit Charter beveelt aan dat overheden actief zijn bij het:

- garanderen van effectieve regelgeving door middel van wetgeving of subsidiebeleid ten aanzien van reglementering door sportorganisaties;
- internationaal samenwerken om de beschikbaarheid van dopingmiddelen te verminderen en dopingcontroles verplicht door internationale organisaties mogelijk te maken;
- opzetten van dopingcontrolelaboratoria die aan de normen voor accreditatie voldoen, mogelijkheden voor de opleiding van de laboratoriummedewerkers, mogelijkheden bieden voor een goed research-programma;
- stimuleren van analytisch onderzoek;
- uitvoeren van gvo-programma's;
- medefinancieren van dopingcontroles, en stimuleren van de sportorganisaties om hun dopingbeleid te harmoniseren (regels, lijsten, straffen) en gebruik te maken van alle mogelijkheden voor dopingcontrole.

Bij de verdere ontwikkeling en uitvoering van het dopingpreventiebeleid in Nederland geldt het dopingcharter binnen de budgettaire mogelijkheden als een goede leidraad, zij het dat het daarin gelegde accent op dopingcontroles om beleidsinhoudelijke en pragmatische redenen relativering behoeft en dat onderzoek naar de gezondheidseffecten van (nieuwe) dopinggeduide middelen dient te worden bevorderd. De Nederlandse

overheid is bereid in discussies in het verband van de Raad van Europa haar opvattingen over een genuanceerde benadering van het dopingprobleem te toetsen aan die van andere landen.

Sinds kort wordt binnen EG-verband aan de preventie van ongevallen in de sport aandacht besteed, vanuit de invalshoek van de bescherming en voorlichting van de consument.

Per 1 december 1985 is voor de periode van vijf jaar een demonstratieproject opgezet, waarbij met het oog op productveiligheid en -voorlichting de instelling van een Europees ongevalleninformatiesysteem centraal staat met betrekking tot de privésfeer. Ongevallen in de privésfeer kunnen zich voordoen in en om huis, tijdens vrijetijdsbesteding, sportactiviteiten en op school. De lidstaten mogen zich in het project echter beperken tot ongevallen die zich in en om het huis voordoen.

Nederland streeft naar een zo breed mogelijk informatiesysteem voor ongevallen in de privésfeer. Het door de Stichting Consument en Veiligheid gevoerde Privé-Ongevallen-Registratie-Systeem (PORS), waarin ook sportongevallen zijn opgenomen, vormt hiervoor een goede basis.

In het concept-activiteitenprogramma van de EG-commissie betreffende de veiligheid van de consument en de preventie van ongevallen in de privésfeer wordt productveiligheid in de sport expliciet aan de orde gesteld, in welk kader technische researchprojecten ter ontwikkeling van uniforme kwaliteitsnormen voor sportuitrustingen en -materialen worden bevorderd. Voorts wil de commissie gecoördineerde bewustwordingscampagnes organiseren, waarbij een campagne voor kinderveiligheid en een voor productveiligheid reeds zijn genoemd.

De EG-voorstellen sluiten goed aan bij het Nederlandse beleid inzake ongevallenpreventie in de privésfeer. De voorstellen kunnen op de Nederlandse steun rekenen, waarbij, om het beleid gericht op blessurepreventie in de sport internationaal steviger te verankeren, een intensievere aandacht voor de preventie van sportongevallen zal moeten worden bepleit.

Op het gebied van de gezondheidszorg bestaat voorts een structuur voor internationale samenwerking en coördinatie. Nederland maakt deel uit van de World Health Organisation (WHO). De WHO heeft onder andere een wereldstrategie vastgesteld voor het bereiken van «Health for All by the year 2000» (HFA). Dit HFA-programma is in de Europese regio uitgewerkt aan de hand van 38 doelstellingen waar Nederland zich achter heeft gesteld. Twee doelstellingen hebben ook betrekking op het sportbeleid, namelijk het verminderen van het aantal ongevallen – waaronder die in de sport – met 25% in het jaar 2000 en de bevordering van gezond gedrag – waaronder lichaamsbeweging – door nationale voorlichtings- en opvoedingscampagnes.

In het kader van het WHO – HFA-programma wordt door de lidstaten elke drie jaar gerapporteerd. De eerste Nederlandse rapportage dateert van 1985 (27). In de rapportages vanaf 1988 zal uitgebreider moeten worden ingegaan op het Nederlandse beleid ter bevordering van positief gezond gedrag door middel van de juiste lichaamsbeweging en ter vermindering van sportongevallen.

4. BELEIDSVOORNEMENS

Hoewel er op sportmedisch gebied al veel tot ontwikkeling is gekomen moet deze nota worden beschouwd als het begin van een landelijk gecoördineerd beleidsproces op dit gebied als gezamenlijke verantwoordelijkheid van de algemene gezondheidszorg, de sportwereld en de gezamenlijke overheden. Naast overleg en coördinatie speelt onderzoek een belangrijke rol in dit te ontwikkelen beleid waarbij nog grote behoefte is aan kennis en informatie.

4.1. Beraadsgroep

Het toewerken naar de gewenste situatie vergt een beleidsvoering, waarin voortdurend evaluatief wordt gehandeld. Voorts is het zo, dat bij deze beleidsvoering meerdere instanties zijn betrokken. Het heeft de voorkeur de uitwerking van het beleidsplan gestructureerd aan te pakken door een beraadsgroep in te stellen, waarin in ieder geval WVC, NISGZ en NSF zijn vertegenwoordigd.

De beraadsgroep begeleidt het proces voor periodes van 4 jaar. Verdere integratie, structurering en coördinatie met betrekking tot dit nieuwe beleidsterrein zal via de beraadsgroep projectgewijs kunnen worden aangepakt.

4.2. Werkgroepen

Voor de afzonderlijke beleidsonderdelen zullen tijdelijk werkgroepen worden ingesteld met andere betrokkenen, bijv. IPO, VNG, LHV, SCV, VDB en deskundigen. De werkgroepen zullen de beraadsgroep van advies dienen.

4.3. Sportarts bij WVC

Voor de uitvoering van het project, en de inbreng van WVC in de beraadsgroep is specifieke sportmedische deskundigheid nodig, waartoe een sportarts bij WVC is aangesteld.

4.4. Bondsmedische begeleiding

In overleg met de georganiseerde sport wordt een plan ontwikkeld voor de vormgeving van de sportmedische begeleiding ten behoeve van de sportbonden. Met de verantwoordelijke organisaties in de sportgeneeskunde zal overleg plaatsvinden in verband met opleidings- en kwaliteitseisen.

4.5. Voorlichting blessurepreventie

Op korte termijn wordt een begin gemaakt met de ontwikkeling van een landelijk voorlichtingsplan ter vermindering van het aantal sportblessures, waarbij een sporttakgerichte benadering centraal staat. Bij het preventiefonds zal medefinanciering van dit plan worden bepleit.

In het subsidiebeleid van het departement van WVC zal de landelijke functie van het NISGZ op dit terrein nader worden geaccentueerd. Hierbij zal met het oog op de taakstelling van de Stichting Consument en Veiligheid inzake de veiligheid bij sport, samenwerking en afstemming tussen beide organisaties dienen plaats te vinden. Het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO kan ondersteuning bieden bij de ontwikkeling en evaluatie van het landelijk voorlichtingsplan.

4.6. Opleiding sportbegeleiders

In overleg met de betrokken sportorganisaties en de Nationale Sport Academie worden preventiegerichte bijscholingsprogramma's ontwikkeld voor het vrijwillig sportkader in de diverse takken van sport.

4.7. Onderzoek sportblessures

In opdracht van WVC wordt een twee-jarig enquête-onderzoek verricht naar de achtergronden en oorzaken van sportblessures in diverse takken van sport. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar sporten binnen en buiten het verenigingsverband.

4.8. Experimenten preventieve maatregelen

In overleg met betrokken sportorganisaties zullen experimenten worden gehouden met te ontwikkelen (programma's van) maatregelen ter vermindering van het aantal sportblessures. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een in opdracht van WVC verrichte studie van de wereldliteratuur over preventieve maatregelen in de sport (28).

Ter medefinanciering hiervan zal een beroep worden gedaan op het preventiefonds.

4.9. Sportartsen basisgezondheidsdiensten

Op experimentele basis zullen de ondersteunende sportmedische taken van de basisgezondheidsdiensten nader worden verkend, waarbij met name relevante delen van het PSMO zullen worden betrokken. Het experiment wordt gedurende maximaal 3 jaar gevoerd.

Op basis hiervan wordt beoordeeld of bij basisgezondheidsdiensten de sportmedische functie en de daarbij behorende functionarissen, gedacht wordt o.m. aan een half-time sportarts per 200.000 inwoners kunnen worden ingevoerd. In het bevestigende geval wordt gezien op welk tijdstip die functie in de richtlijnen en kwaliteitseisen van de WVG kan worden opgenomen mede gezien de noodzaak van de daartoe door het Rijk ter beschikking te stellen middelen.

4.10 Huisartsen

Aangezien huisartsen in hun normale werkzaamheden reeds veel activiteiten ontplooiën betreffende sportmedische begeleiding en advisering zal over een optimalisering hiervan overleg worden gepleegd met de betreffende beroepsorganisaties.

Tevens zal, in overleg met de bewindsman van O & W en de universiteiten, worden nagegaan hoe er aan voornoemde functievoorwaarde in de opleiding tot huisarts meer aandacht kan worden besteed.

4.11. Evaluatie PSMO

Bevorderd wordt dat door middel van onderzoek het functioneren van het PSMO met name ten aanzien van blessurepreventie kan worden geëvalueerd. In de in te stellen beraadsgroep zullen hierover afspraken moeten worden gemaakt en wordt de positie van PSMO-bureaus zo spoedig mogelijk bespreekbaar gemaakt.

4.12. Sportmedische adviescentra

De positie van SMA's – een regionale verantwoordelijkheid – zal moeten worden gezien in de nieuwe constellatie van een stelsel van

basisgezondheidsdiensten en het overige deel van de reguliere gezondheidszorg die op sportmedisch terrein zullen gaan functioneren. Dit wordt zo spoedig mogelijk in de onder 4.1. genoemde beraadsgroep alsmede in het POOS besproken.

De taak van SMA's verdient ook nadere beschouwing, mede aan de hand van de resultaten van het onderzoek van het ISL naar de effectiviteit van de sportkeuring voor boven 40 jarigen, waarbij tevens de behoeften in de kringen van de topsport worden betrokken.

4.13. Kwaliteit en kwantiteit van voorzieningen

Bevordert wordt dat er samenhang ontstaat tussen sportmedische voorzieningen. Het beleid ten aanzien van de kwaliteit en kwantiteit van sportmedische voorzieningen wordt erop gericht in goed overleg tussen de verantwoordelijke organisaties en de gezamenlijke overheden op korte termijn een werkwijze tot stand te brengen voor de «erkenning» van voorzieningen voorzover niet vallend onder de ziekenfondswet. De Wet Gemeenschappelijke Regelingen zal daarbij een referentiekader zijn.

4.14. Vergunningen

Gestimuleerd wordt dat lagere overheden (verzekerings)voorwaarden stellen aan de vergunningverlening met betrekking tot de organisatie van sportevenementen. Hierbij kan ondermeer gedacht worden aan gebruikmaking van de draaiboeken die de landelijke sportorganisaties met het oog op de veiligheid en medische aspecten hebben ontwikkeld of aan het ontwikkelen zijn. Hiertoe zal overleg met IPO en VNG worden gevoerd en met de betreffende landelijke sportorganisaties.

4.15. Verzekeringen

In overleg met de ziektekostenverzekeraars zal worden bezien of een aparte verzekering tegen ziektekosten voor bepaalde sportevenementen realiseerbaar is.

Daarbij zullen tevens de mogelijkheden worden nagegaan om verrichtingen van de sportmedische afdelingen te Zeist en Oosterbeek voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

4.16. Blessurepreventie internationaal

Binnen het verband van de Raad van Europa en de EG wordt gestimuleerd dat de ontwikkeling van een Nederlands actieplan voor interventieonderzoek en preventieprogramma's met betrekking tot sportblessures, aansluit op relevante internationale ontwikkelingen en zoveel mogelijk wordt afgestemd met de beleidsontwikkeling in andere landen.

Via ondermeer het binnen de EG te ontwikkelen informatiesysteem zal Nederland aan de gegevensverzameling omtrent sportongevallen bijdragen. Tevens zullen researchvoorstellen ten aanzien van beschermingsmiddelen en -materialen voor sportieve activiteiten in de vrijetijdssfeer in Europees verband worden ingebracht.

Over de voortgang van het Nederlands beleid ter bevordering van de juiste lichaamsbeweging en ter vermindering van sportongevallen zal in 1988 en vervolgens elke drie jaar uitgebreid worden gerapporteerd in het kader van het WHO-programma «Health for All by the year 2000».

4.17. Landelijk Dopingcentrum

In het kader van een te voeren dopingbeleid wordt bevordert dat er in Nederland op korte termijn een zelfstandig dopingcentrum tot stand komt dat relaties ontwikkelt met laboratoria die aan de voorwaarden voldoen om een erkenning van de (inter)nationale sportorganisaties te verkrijgen.

Het centrum dient de analyse en controle, alsmede de andere activiteiten op dopinggebied te coördineren en te ondersteunen, en de betrokken partijen te adviseren over het dopingbeleid. Het laatste houdt onder meer in dat er, met inachtneming van de zelfstandigheid van het dopingcentrum, een directe relatie dient te bestaan met de in te stellen beraadsgroep, bijvoorbeeld door het vastleggen van wederzijdse verantwoordelijkheden.

Bevorderd wordt dat langzaam maar zeker een lijst van doping te duiden middelen tot stand wordt gebracht, bestaande uit middelen waarvan vaststaat dat deze schadelijk zijn dan wel prestatieverhogend werken bij de wijze waarop zij in de sportpraktijk worden toegepast. Research is hiervoor onontbeerlijk.

Ten behoeve van het doping-preventiebeleid wordt dan ook wetenschappelijk onderzoek gestimuleerd naar het schadelijk en/of prestatieverbeterend effect van dopingmiddelen en naar de betrouwbaarheid van de gehanteerde analysemethoden.

Voorstellen voor technische dopingresearch zullen ondermeer op het niveau van de EG worden ingebracht.

4.18. Dopingcontrôle

Gestimuleerd wordt dat landelijke sportorganisaties multidisciplinair samengestelde dopingcommissies instellen ter bevordering van de toepassing van – uniforme – dopingreglementen waarmee de rechtsbescherming van de sporter gewaarborgd zal moeten zijn, en ter ontwikkeling van dopingovereenkomsten met het dopingcentrum.

Aan de NSF zal worden gevraagd samen met haar leden te komen tot een nationale dopingcode, waarin wordt geregeld dat in alle sporten onaangekondigd dopingcontroles kunnen plaatsvinden zowel binnen als buiten de competities, dat sporters en organisatoren in voorkomende gevallen hieraan medewerking verlenen, en waarin verder regels worden opgenomen aangaande verantwoordelijkheden en de procedurele gang van zaken.

Ten aanzien van het op basis van research formuleren van kwaliteitsnormen voor de dopingcontrole zal in overleg met de sportorganisaties worden gezien of bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) een taak ontwikkeld dient te worden.

4.19. Dopingvoorlichting

Bevorderd wordt dat aan sporters en hun begeleiders adequate voorlichting over doping wordt gegeven. In overleg met het NISGZ wordt een multidisciplinair samengestelde groep van deskundigen gevormd die een brochure voor sporters en hun begeleiders over dopinggebruik zal ontwikkelen.

In overleg met de KNMG zal worden nagegaan op welke wijze het medisch tuchtrecht een rol kan spelen bij de medische begeleiding van sporters die doping gebruiken. De door de KNMG in het vooruitzicht gestelde gedragsregels ter zake worden verwachtingsvol tegemoetgezien.

Daarnaast wordt met betrokkenen in de gezondheidszorg en de sport gezien of kan worden vorm gegeven aan een werkbare ontheffingsregeling in verband met de sportdeelname door – al dan niet – chronisch zieken.

De Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid zal worden verzocht de mogelijkheid na te gaan om bij het reeds bestaande toezicht op de sportmedische praktijk de ontwikkeling in de medische begeleiding van dopinggebruikers nauwlettend te bewaken.

In overleg met de KNMP, de NSF en het NISGZ wordt gestimuleerd dat toegankelijke documentatie voor artsen beschikbaar komt over farmaceutische producten die al dan niet dopinggeduide stoffen bevatten.

4.20. Marktbeheersing dopingmiddelen

Het gebruik van onder andere anabolica wordt mede tegengegaan door het nastreven van een privaatrechtelijke regeling voor de erkenning van sportscholen.

In overleg met de ministers van Justitie, van Binnenlandse Zaken en van Landbouw en Visserij wordt getracht te komen tot afspraken over samenwerking met name ter beheersing van de zwarte markt van dopingmiddelen. In dit verband zal aan de Inspectie van Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen worden gevraagd, in samenwerking met de Veterinaire Inspectie, de Algemene Inspectie Dienst van het Ministerie van Landbouw en Visserij en het politieapparaat, de bevoegdheden op grond van de bestaande wetgeving volledig waar mogelijk ten dienste van het dopingbeleid aan te wenden. Zonodig zal aangepaste wetgeving worden nagestreefd, voor zover dit niet leidt tot een onverantwoorde taakverschuiving binnen het inspectieapparaat.

Doping is grenzeloos. In internationaal verband zal daarom, met name met het oog op beheersing van het illegale circuit, daarop toegesneden wetgeving worden bepleit. Ook zal er in verband hiermee sterk op worden aangedrongen om de vrijblijvende status van het antidopingcharter alsnog te vervangen door een meer verplichtende Conventie of zonodig een EG-richtlijn.

De Nederlandse opvattingen over de aanpak van het dopingprobleem zullen in de Raad van Europa aan die van andere landen worden getoetst.

5. FINANCIERING

	1987	1988	1989	1990
1. Beraadsgroep	15 000	15 000	15 000	15 000
2. Projectorganisatie	100 000	100 000	100 000	—
3. Bondsmedische begeleiding	—	180 000	180 000	350 000
4. Voorlichting blessurepreventie	500 000+	500 000+	500 000+	250 000
5. Onderzoek	290 000+	200 000+	50 000	25 000
6. Opleiding sportkader	75 000	75 000	75 000	75 000
7. Experiment basisgezondheidsdienst	150 000	150 000	150 000	—
8. Dopingcentrum	173 000	200 000	200 000	200 000
9. Dopingvoorlichting	50 000	50 000	50 000	—
10. Dopingcommissies	30 000	30 000	20 000	10 000
	1 383 000	1 500 000	1 340 000	925 000

+ = gedeeltelijk aan te vragen bij het preventiefonds.

Literatuurverwijzing

1. Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen, 1983.
2. Advies Sportgezondheidszorg: Interdepartementale Werkgroep voor aangelegenheden op het gebied van de Lichamelijke Vorming en Sport; 's-Gravenhage, 1980.
3. Inter/View's Sport Scanner: onderzoek inzake hardlopen; Amsterdam augustus en december 1985.
Schoonderwoerd, L.: Samenhang van Sportvoorzieningen; SCP Rijswijk 1984.
4. De epidemiologie van sportletsels in de huisartspraktijk, onderzoeksverslag NISGZ; Oosterbeek 1985.
5. Dolmans, I.: plotse dood bij sport, Rotterdam 1983.
6. Dolmans, I. e.a.: plotse dood bij sport; in Geneeskunde en Sport 18(1985)3.
7. Philipsen, J. J. Joosten, J.P.M. Diederiks: Perceived Severity of offences in professional soccer.
International Congress on Sports and Health 1983. In: International Journal of Sports Medicine, supplement vol. 5, 1984.
8. Onderzoek naar doping geduide middelen in de voetbalsport, Deel I en II; KNVB: Zeist 1982.
NISGZ congres doping, 1984.
9. Van Beek, P.A. en J.A. Vos: Het dopinggebruik op sportscholen. Lezing op het NISGZ-congres «Doping en Sport», 1984.
10. Een verkennend onderzoek naar sportscholen in Nederland. TERP-Amersfoort 1984.
11. Cornelissen P.G.J. e.a.: Een empirische verkenning naar drijfveren en andere medisch psychologische aspecten van dopinggebruik – Rotterdam 1986.
12. Grenzen aan sportbeoefening, in het bijzonder aan topsport; discussiebijdrage; NSF 1981.
Sportmedische ethiek en jeugd-(top)sport, discussienota; NISGZ 1983.
13. Jaarverslag 1984, NISGZ. Oosterbeek 1985.
Jaarverslag 1985, NISGZ, Oosterbeek 1986.
14. Medische sportkeuring; fase I; onderzoek naar doelstellingen, Soest 1979.
15. Inklaar, H.: Onderzoek naar de functie van de sportmedische afdeling van de KNVB in de huidige gezondheidszorg. In: Geneeskunde en Sport 12 (1979) 4, 103–108.
16. De Wachter, M.A.M.: zonder doping? ethiek en dopinggebruik in de sport. Oosterbeek 1985.
17. De Merode: the anti-doping campaign. Results of a survey carried out by the «Clearing House» at the request of the Council of Europe «Committee for the Development of Sport». Brussel 1978. CDDS(78)20.
Rapport van de 5e bijeenkomst van de deskundigengroep voor het European Anti-doping Charter for sport, 19–20 nov. 1985, Straatsburg 1985, DS-DO(85)10.
Clearing House: Algemeen Situatie-Overzicht inzake doping in de sport. Brussel 1986.
18. Continue Morbiditeitsregistratie, Peilstations Nederland, onderzoeksresultaten 1983, publicatie 1985.
19. Privé Ongevallen Registratiesysteem (PORS), jaaroverzicht 1984. Stichting Consument en Veiligheid. Amsterdam 1985.
Aard en omvang van sportongevallen en sportblessures, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1985.
20. Uitslag enquête basisgezondheidsdiensten – sportgezondheidszorg; Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten. Eindhoven 1983.
21. De Haes, W.F.M. en J.H. Schuurman: Resultaten van het Rotterdamse drugvoorlichtingsproject; evaluatie van drie drugvoorlichtingsprogramma's. In: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 53(1975) 394–410.

21. Kamerstuk 18453, nr. 4, antwoord op vraag 24, januari 1985.
22. Botman, P.: Schade door sportletsels; een raming van de kosten t.g.v. sportletsels voor het bedrijfsleven door uitkering aan ziekteverzekeringen. Scriptie Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht 1985.
23. Wansink, J.H.: Sport: Schade en verzekering.
In: Sport en Wetgeving: NKS 's-Hertogenbosch 1979.
24. Structuren in de sportgezondheidszorg; beweging in structuren. Berenschot 1981.
25. Schoonderwoerd, L.: Ontwikkelingen in Sportbeoefening. Notitie aan het Nationaal Sport Overleg; Sociaal Cultureel Planbureau, Rijswijk 1985.
26. Beleidsstandpunt inzake Doping en Sport, Nationaal Instituut voor de sportgezondheidszorg, Oosterbeek 1985.
27. Health for all by the year 2000. Rapportage Nederland 1985. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Leidschendam 1986.
28. Hlobil, H. en W. van Mechelen: preventie van sportletsels, deel I Algemene maatregelen, deel II sportspecifieke maatregelen. Werkgroep Inspanningsfysiologie en gezondheidkunde, Interfaculteit Lichamelijke Opvoeding, Amsterdam 1985 (deel I) en 1986 (deel II).

Lijst van afkortingen

BAGD	Basisgezondheidsdienst
CIOS	Centraal Instituut voor de Opleiding van Sportleiders
DGD	Districtsgezondheidsdienst
EG	Europese Gemeenschap
GG & GD	Gemeentelijke Geneeskundige en GezondheidsDienst
GVO	GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
HFA	Health for All
IOS	Interprovinciaal Overleg Sport
IPO	Interprovinciaal Overleg
ISL	Instituut Sportgeneeskunde Limburg
IWLVS	Interdepartementale Werkgroep voor Aangelegenheden op het gebied van de Lichamelijke Vorming en Sport
KNAU	Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNVB	Koninklijke Nederlandse Voetbalbond
LHV	Landelijke HuisartsenVereniging
LC	Landelijke Contactraad voor de gemeentelijke bemoeiingen met Sport en Lichamelijke opvoeding
MDGO-SB	Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorg Onderwijs-Sport en Bewegen
NGS	Nederlands Genootschap Sportmassage
NISGZ	Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NOC	Nederlands Olympisch Comité
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NSF	Nederlandse Sportfederatie
NSO	Nationaal Sport Overleg
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
O & W	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
PGO	Periodiek Geneeskundig Onderzoek
POOS	Permanent Overheden Overleg op het gebied van de Sport
PORS	Privé Ongevallen Registratie Systeem
PSMO	Preventief Sport Medisch Onderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RRC	Road Runners Club
SCV	Stichting Consument en Veiligheid
SMA	Sport Medisch Adviescentrum
VDB	Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VSG	Vereniging voor Sportgeneeskunde
WHO	World Health Organisation
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
ZfR	ZiekenfondsRaad

Bijlage behorende bij brief DSPz/FAS-U-54533I aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende de Nota Sportmedische begeleiding en Sportgezondheidszorg

Reacties op het rapport «Sportmedische advisering in het teken van zelfstandigheidsbevordering» van de projectgroep Structuur Sportgezondheidszorg; Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, december 1983 zijn ontvangen van:

- a. – de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG);
 - de Landelijke Contactraad; Stichting voor gemeentelijke bemoeiingen met lichamelijke opvoeding, sport en recreatie (LC);
 - het Interprovinciaal Overleg voor Jeugd en Sport (IPO);
 - de Gedeputeerde Staten van de provincies:
 - Friesland;
 - Drenthe
 - Gelderland;
 - Zuid-Holland
 - Noord-Brabant en
 - Limburg;
 - de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VDB).
- b. – De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV);
 - de Ziekenfondsraad (ZFR);
 - de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
 - de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG);
- c. – de Nederlandse Sport Federatie (NSF);
 - het Nederlands Olympisch Comité (NOC);
 - het Interprovinciaal Overleg Sport (IOS);
 - een zestiental landelijke sportorganisaties, waarvan kortheidshalve de afkorting wordt gebruikt:
 - KNVB (voetbal)
 - KNAU (atletiek)
 - KNZB (zwemmen)
 - KNWU (wielrennen)
 - KNSB (schaatsen)
 - KNHB (hockey)
 - KNLTB (tennis)
 - NTTB (tafeltennis)
 - KNRB (roeien)
 - KNMV (motorrijden)
 - KNKV (korfbal)
 - NHV (handbal)
 - KNASB (schermen)
 - KNBSB (base-/softball)
 - KNS (schieten) en
 - NBF (bowling);
- d. – het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ);
 - het Instituut Sportgeneeskunde Limburg (ISL).