

## Galenus herontdekt

### Sportgeneeskundig beleid: verleden, heden en toekomst.

Claudius Galenus had Griekse ouders en werd in Pergamon, nu in het huidige Turkije Bergama genoemd, in 129 na Christus geboren. Dit deel van de wereld behoorde toen tot het Romeinse Rijk. Galenus, die pas vanaf de middeleeuwen wordt getooid met de voornaam Claudius, studeerde filosofie en geneeskunde. Het laatste in Smyrna. Galenus heeft door zijn onderzoek en geschriften grote invloed gehad op de ontwikkeling van de geneeskunde tot ver in de Middeleeuwen. Met Hippocrates behoort hij tot de meest invloedrijke artsen uit het verleden. Voor de sportgeneeskunde is Galenus van belang omdat hij vanaf 161 in Rome arts is van de gladiatoren. Sportarts avant la lettre en begeleider van professionele topsport. Ook van belang omdat hij sport niet alleen een hygiënische betekenis toeschrijft, maar ook meende sportbeoefening als geneeswijze, als therapie te moeten voorschrijven, omdat naar zijn mening voor bepaalde ziektes die gymnastiek, waartoe in de tijd zowel lichaamsoefeningen, wandelen, hardlopen en krachtsporten werden gerekend, een helende werking kon hebben. Hij kwam tot deze mening na uitgebreid “wetenschappelijk” onderzoek aan zowel mens als dier. Ik parkeer deze eerbiedwaardige collega, vanaf 163 ook de lijfarts van de Romeinse keizer Marcus Aurelius Antonius en zijn zoon, die op 83-jarige leeftijd overleed in 211.

De moderne sportgeneeskunde begint bij de start van de Olympische Spelen in Athene in 1896. Reeds daar brengen de eerste deelnemers hun artsen mee om hen bij te staan. De FIMS ( Fédération Internationale de Médecine Sportive) heeft haar eerste congres onder leiding van Buytendijk in 1928 in Amsterdam. Internationaal leeft de sportgeneeskunde kennelijk, maar in Nederland is er slechts incidenteel aandacht voor in de wetenschap. Sportgeneeskundige praktijk is net als de sport een vrije tijdsbesteding voor een groot deel gepraktiseerd binnen de bureaus voor sportmedische keuringen. Van den Bergh is in 1906 een eenzame uitzondering met zijn Utrechtse proefschrift “Over de invloed van het wielrijden op de werking van het hart”.

Medio jaren vijftig van de vorige eeuw komt er, wederom vanuit Utrecht, wetenschappelijk onderzoek op gang, waaraan vooral de naam van Jongbloed is verbonden, de fysioloog die eerder gevechtsvlieger was. Samen met het overleden erelid van de VSG<sup>1</sup> Jongh laat hij in 1955 het eerste Nederlandse leerboek over Sportgeneeskunde het licht zien. Interessant voor ons vandaag is zijn definitie van sportgeneeskunde: “de wetenschap die zich bezig houdt met alle medische aspecten van sportbeoefening, zowel basaal wetenschappelijk als van preventieve en curatieve aard”. Mosterd<sup>2</sup> en van Gooswilligen<sup>3</sup> zijn in respectievelijk 1961 en 1965 twee van Jongbloed’s promovendi.

---

<sup>1</sup> VSG: Vereniging voor Sportgeneeskunde

<sup>2</sup> Mosterd W.L. Stuwkrachtmeting en slaganalyse bij getrainde zwemmers, 1961.

<sup>3</sup> Gooswilligen J.C. van Onderzoek naar de invloed van de training op de fysieke conditie van een groep militairen, 1965.

Na een mislukt initiatief van de NSF<sup>4</sup> om in Nijmegen in 1963 sportmedisch wetenschappelijk onderzoek op te zetten, komt er toch enig schot in de ontwikkeling door het onderzoek van Biersteker naar sport op grote hoogte als voorbereiding op de Olympische Spelen van Mexico City in 1968. Het onderzoek blijft vooral fysiologisch van aard en blijft nog verre van de medische praktijk.

Een tweede initiatief van de NSF in 1963 haalt het wel. De applicatiecursus sportgeneeskunde wordt voor de eerste maal georganiseerd en telt 45 deelnemers, die 58 uur onderwijs genieten. In 1964 worden de Nederlandse aspirant-deelnemers aan de Olympische Spelen van Tokio voor de eerste maal uitvoerig onderzocht en in Tokio ook medisch begeleid<sup>5</sup>, waarna in 1965 de Vereniging voor Sportgeneeskunde wordt opgericht, alleen open staand voor degenen die de applicatiecursus hadden gevolgd. Reeds dan formuleert de VSG de wens om te komen tot een meer uitgebreide opleiding na het artsexamen zoals dat voor andere erkende specialisten ook het geval is. De medische keuringen en de topsportbegeleiding blijven echter hoofdaandachtspunten, ook voor het in 1965 opgerichte sportmedisch centrum van de KNVB en de in 1970 opgerichte sportmedische afdeling van de NSF op het Nationaal Sport centrum te Papendal. De VSG neemt al in 1966 de applicatiecursus over van de NSF en trekt daarmee jaarlijks vele jonge artsen, toekomstige leden van de VSG. Op initiatief van de Nederlandse Hartstichting wordt medio zeventiger jaren een arts in staat gesteld om zich in vier jaren te bekwamen in de diverse deelaspecten van de sportgeneeskunde, waardoor de eerste opgeleide sportarts een feit is.

Deze eerste fase van de VSG duurt tot 1987-88, wanneer twee mijlpalen worden bereikt. In 1987 besluit het College Sociale Geneeskunde sportgeneeskunde te erkennen als specialisme binnen de sociale geneeskunde, een aantal oud-gedienden wordt ingeschreven in het register op singuliere gaven, nieuwe inschrijvingen dienen te voldoen aan de eisen gesteld in het leerplan. In 1988 wordt de cardioloog-sportarts Dr W.L. Mosterd benoemd tot bijzonder hoogleraar Klinische Sportgeneeskunde aan de Universiteit van Utrecht.

De eerste fase van 1965-1988 kenmerkt zich beleidsmatig vooral door het streven naar erkenning en verwezenlijken van een opleidingssysteem, aandacht voor de topsport en medische begeleiding. Door het incorporeren van de sportgeneeskunde in de sociale geneeskunde wordt ook aandacht besteed aan de gezondheidsvoorlichting. Hoewel slechts 15 jaar geleden spreekt het door Mosterd in zijn oeuvre-overzicht "van inactiviteit...1988-1999, een overzicht" aangehaalde citaat van de toenmalige staatssecretaris Dees in een kameroverleg in 1988 boekdelen: "wetenschappelijk onderzoek heeft (nog) niet aangetoond dat ook zaken als stress en lichamelijke inactiviteit specifieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn".

De tweede fase van de VSG kenmerkt zich door een veelheid van ontwikkelingen, die alle op zich logisch zijn. De Sociale Geneeskunde vereist een opleidingsinstituut, leerplannen, vertegenwoordiging in de

---

<sup>4</sup> NSF: Nederlands Sport Federatie

<sup>5</sup> Medisch team 1964: Mosterd, De Jongste en Stuur

CSG<sup>6</sup> en SGRC<sup>7</sup>. De bekostiging van de opleiding – via gelden uit de Nationale Sporttotalisator- blijft voortdurend aandacht vergen. Bovendien speelt de vraag: is sportgeneeskunde nu georiënteerd op de sport en moet de subsidiestroom aldaar worden aangeboord of is het een onderdeel van de reguliere geneeskunde en moet gebruik worden gemaakt van de daar heersende ordening en gelden? Om de keuze voor de laatste gedachte te onderstrepen verhuist de VSG van Papendal naar Utrecht en wordt onderhuurd bij de KNMG<sup>8</sup>. Oprichting van het NIOS<sup>9</sup>, slapend maken van de SOS<sup>10</sup>, oprichten van de SBOS<sup>11</sup> naar analogie van de SBOH<sup>12</sup> zijn passende acties. Evenals het reactiveren van de SOS voor de opleiding van niet-sportartsen.

Vanaf 1993 vestigen de eerste sportartsen zich binnen de kliniek, een opmerkelijk feit voor een sociaal-geneeskundig arts. De bekostiging door zorgverzekeraars blijkt vaak regionaal nog wel te regelen, maar landelijke afspraken komen traag op gang en zijn vaak zeer beperkt.

Na een prioriteiten onderzoek voor een actieplan van de vakgroep Sportartsen in 1996 komt er enige ordening op gang: de activiteiten van de sportarts worden gedefinieerd en het kwaliteitsbeleid komt op gang. Uiteindelijk worden de statuten van de VSG aangepast en krijgen dezelfde vorm als een wetenschappelijke vereniging van klinisch specialisten met belangrijke commissies voor de beroepsbelangen en kwaliteit, alsmede de incorporatie van de Juniorkamer.

De VSG is klaar voor een aanvraag in 1999 bij het CCMS<sup>13</sup> om de sportgeneeskunde over te hevelen van het Register Sociale Geneeskunde naar het Register Medische Specialisten. De nu ruim drie jaar slepende procedure en de voorshands nog teleurstellende uitslag moge bekend zijn. Omdat de Raad van State nog geen standpunt naar buiten heeft gebracht en de zaak dus nog steeds onder de rechter is, kan en mag ik er weinig naders over zeggen.

De VSG werkte onverdroten voort aan de positie die zij voor ogen heeft: een plaats in de medisch specialistische wereld; protocollen vaststellend, DBC's<sup>14</sup> vastleggend is zij menige wetenschappelijke vereniging ruim de baas. De relatie met NOC\*NSF is gespannen, tot het moment dat NOC\*NSF als core business belangenbehartiging van de sporter definieert en zich als zorgvrager gaat opstellen en het zorgaanbod overlaat aan de zorg zelve.

Bovendien werd het eigen wetenschappelijke tijdschrift Geneeskunde en Sport in eigen beheer genomen en werd de positie van en de relatie met de Federatie Sportmedische Instellingen( FSMI) opnieuw vastgelegd.

De VSG richt zich met name op het versterken van de ontwikkeling van het kennisdomein sportgeneeskunde, het borgen en verbeteren van de kwaliteit van het sportgeneeskundige handelen, het behartigen van de

---

<sup>6</sup> CSG ; College Sociale Geneeskunde

<sup>7</sup> SGRC: Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie

<sup>8</sup> KNMG : Koninklijk Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde

<sup>9</sup> NIOS: Nederlands Instituut Opleiding Sportgeneeskunde

<sup>10</sup> SOS: aanvankelijk Stichting Opleiding Sportartsen, later Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde

<sup>11</sup> SBOS: Stichting Beroepsopleiding in de Sportgeneeskunde

<sup>12</sup> SBOH: Stichting Beroepsopleiding Huisartsen

<sup>13</sup> CCMS: Centraal College Medisch Specialisten ook CC genoemd

<sup>14</sup> DBC: Diagnose Behandeling Combinatie

beroepsbelangen van de sportartsen en het positioneren van de sportgeneeskunde in de gezondheidszorg en profileren in de maatschappij. Terwijl de FSMI zich richt op het professionaliseren van de interne organisatie, het behartigen van de externe belangen van de leden, het ordenen van de branche en het verlenen van diensten aan derden. Vakgebied en kwaliteit van de professional zijn derhalve gescheiden van de werkplek cq werkorganisatie en branche.

Van bijzonder belang zijn in deze tweede periode ook de buitengewoon goede relatie met de Directie Sport van het Ministerie van VWS, die steeds voor zover het in haar macht lag, de ontwikkelingen heeft ondersteund en de VSG heeft uitgenodigd te participeren in het mede vormen van haar beleid, zoals verwoord in kabinetsnota's.

De centrale thema's in de laatste (2000) kabinetsnota "Sport, bewegen en gezondheid" zijn "het vergroten van de gezondheidswinst" en "het verminderen van gezondheidsrisico's". Binnen het eerste thema vallen bij voorbeeld de onderbouwing van bewegingsprogramma's voor chronisch zieken. Opmerkelijk dat de activiteiten van de sportarts gedefinieerd zijn en blijven vastgesteld als consultatie, keuringen en begeleiding en revalidatie door sport en bewegen bij herhaling niet als sportartsenactiviteit expliciet in de definitie wordt opgenomen, doch ondergeschoven wordt in de term "consultatie".

De goede verhouding met de Directie Sport staat in schril contrast met de houding van de "volksgezondheid"-poot van hetzelfde Ministerie. De Directie Curatief Somatische Zorg ontbeert inzake de sportgeneeskunde kennis, initiatief en creativiteit, is ook verstrikt in de relatie met KNMG, CCSM en CSG, gaat gebukt onder interne onrust en schuift ieder besluit op de lange baan, ondanks de herhaalde kamervragen en een kamerbreed gedragen positieve houding betreffende de sportgeneeskunde. Het laatstelijk instellen van het Platform Sportgezondheidszorg, waarvan het advies medebepalend is voor de support van VWS aan het streven naar erkenning als medisch specialist, is weer een voorbeeld van een overbodig en onnut initiatief, waaraan de VSG ruimhartig en openminded deelneemt. De keten sportgeneeskunde is immers al helder. De huisarts verwijst naar de sportarts. De fysiotherapeut krijgt verwijzingen uit 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en de sportmassage behoort niet tot segment reguliere zorg, maar tot de private zorg. Niet voor niets subsidieerde VWS toch het langlopende project "Huisarts en Sport" en gaf het TNO opdracht tot het rapport "Sportartsen in Nederland, verleden, heden en toekomst", waarin zowel de regionale ordening en samenwerking als de toekomstige behoefte aan sportartsen wordt beschreven? De Minister heeft vanaf het verschijnen van het rapport in november 1997<sup>15</sup> steeds en tot heden, afgezien van een reactie. En met nieuwe vragen en nu met het instellen van het Platform uitstel van reactie ook willen verklaren.

De tweede periode wordt dit jaar, per vandaag afgesloten. Kenmerk: professionaliseren, veel aandacht voor kwaliteit, ordening van initiatieven en het streven tot het verwerven van erkenning als klinisch medisch specialist. De sportgeneeskunde wendt zich tot de geneeskunde, meer dan tot de sport. De praktijkuitoefening in de kliniek komt op vele plaatsen op gang in diverse organisatievormen, waarbij de

---

<sup>15</sup> Ooijendijk WTM, Stiggelbout M, de Loor M, Sportartsen in Nederland: verleden, heden en toekomst. TNO Preventie en Gezondheid, november 1997

sportgeneeskunde zich ontwikkelt tot een tweedelijns specialisme. Desondanks blijft er veel aandacht uitgaan naar begeleiding van professionele sport en topsport, is wetenschappelijk werk nog schaars en wordt eerder aandacht besteed aan voor de hand liggende en lucratieve contacten met bij voorbeeld de keuringen in de bedrijfsgeneeskunde dan aan verbreding en verdieping van het eigen vakgebied. De tweede periode kan worden afgesloten als de cruciale bestuurlijke plaatsen in de sportgezondheidszorg door sportartsen worden ingenomen. Vandaag is de laatste van die stappen gezet bij de VSG. Binnenkort volgt het NIOS.

Alvorens ik me waag aan een toekomstscenario, verbreed ik kort de blik in de richting van de sporter, de bewegende mens en de wetenschap. De sporter verandert. Teamsport met al zijn verplichtingen kent in de individualiserende maatschappij relatief afnemende aantallen aanhangers. De sport wordt individueler bedreven in zelf gekozen omgeving en zelf gekozen verbanden. De benadering van deze sporter voor het meten van gezondheidseffecten en voorlichting is moeilijk. Internet kan hierbij een goed hulpmiddel zijn. Omdat slechts 40% van de bevolking normactief is volgens de definitie "vijf dagen per week tenminste een half uur bewegen", blijft de overheid sport en bewegen stimuleren, daarmee de gezondheidswaarde van sport en bewegen uitdragend.

Steeds meer sporters voelen zich aangetrokken tot het echte werk: halve en hele marathons, lange fietstoeren, triathlons in diverse vormen. De Zevenheuvelenloop in Nijmegen – 10 engelse mijlen, heeft dit jaar het deelnemersaantal gelimiteerd tot 17.500; de van Dam tot Damloop verwacht zelfs 22.000 deelnemers. Golf dat aan de individuele keuzemogelijkheid verregaand tegemoet komt, maakt een hausse door en dat geldt evenzeer voor alle mogelijke vormen van krachttraining, steps en fitness, waarbij naast algemene gezondheidseffecten, algehele of lokale figuurcorrectie wordt nagestreefd en dat op de inspirerende tonen van moderne muziek, gekleed naar de laatste fitnessmode en lurkend aan een sportdrank naar keuze. Het wandelende of fietsende echtpaar bestaat nog wel, maar sport moet vooral iets extra's hebben, passend bij het individu en diens imago versterkend. Je bent wat als golfer, je bent iets als bodypumper, stepper of kick bokser.

Zorg voor het lijf wordt mode met positieve effecten en ook negatieve kanten: extreme diëten, gebruik van stimulantia, overbelasting en blessures. Het watergebruik rukt op. Voedseladditiva zijn alom verkrijgbaar en een suikervrij zoet drankje heet in Nederland nog "Light", maar in Duitsland al een "Bleib in Form"- Getränk.

En toch, een minderheid sport en beweegt en overig Nederland vervet.

Sport neemt wel een pregnante plaats in de maatschappij. Passieve sportbeoefenaren zijn er genoeg. Prestaties van "onze" sporters worden breed uitgemeten en gewaardeerd zowel door de Koningin, natuurlijk door de Kroonprins, door de ministerraad als door de man in de straat. De Koninklijke Luchtmacht escorteert de thuiskomende medaillewinnaar met F-16's. Op maandag lijkt het in de dagbladen of de wereld heeft stilgestaan en er uitsluitend nog gesport is. De effecten van dit al op de deelname aan sport en bewegen zijn marginaal en zo al meetbaar, slechts tijdelijk. Stimulering van breedtesport en vooral van schoolsport of naschoolse sport – jong geleerd is oud gedaan - blijft noodzaak om de gezondheidswinst door sport en bewegen voor grote groepen te

bereiken. Overigens geen expliciete taak voor de sportarts; gezondheidsvoorlichting loopt in ons land via de algemene gezondheidszorgkanalen, via huisartsen en de media en is een impliciete taak voor iedere arts.

Chronisch zieken lijken inmiddels wel overtuigd van het feit dat zij door gerichte sport – en bewegingsprogramma's gunstige effecten kunnen bereiken. Vergroting van de aerobe capaciteit, verlaging van het lichaamsgewicht, het plezier in het bewegen zelf, de sociale contacten etc, alle factoren samen leiden tot een forse gezondheidswinst. Ook hier geen bewegen in traditioneel clubverband, maar veelal in health en fitnessclubs op muziek, een vlotte outfit en zodra dat verantwoord is tezamen met "niet-zieken". Een stimulerende omgeving.

Eenzelfde setting wordt gevonden voor verzuimende werknemers. Nu door inperking en afschaffing van de reïntegratiesubsidies de grote rug- en rsi-programma's niet meer te betalen zijn voor de werkgever, kan binnen de fitnesswereld snel en adequaat een aantrekkelijk alternatief gevonden worden.

En toch, behoren de terugkeer-naar-het-werkcijfers van chronisch zieken, waaronder mede begrepen de hartinfarctpatiënten, – ondanks het uitstekende werk van oa. Schep - binnen de EU nog steeds tot de laagste. Het moet dus nog beter en systematischer.

Dat brengt me bij de academische wereld. De prekliniek heeft lange tijd gedomineerd in het onderzoek, op afstand gevolgd door epidemiologische studies. Voor meer klinisch onderzoek moest het oog lange tijd worden gericht op de buitenlandse literatuur. Gelukkig komen eind jaren negentig ook klinische proefschriften tot stand.

Op verzoek van de Minister van VWS brengt het RGO<sup>16</sup> in 2001 het Advies onderzoek Sportgezondheidszorg, Sport en Bewegen uit, waarin een kader wordt gegeven en gelden worden toegezegd voor het realiseren van zowel hoogleraarplaatsen in de sportgeneeskunde als voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op een aantal terreinen. De VSG bracht de universiteiten bijeen voor afstemming van de programma's en thans loopt een door de vier deelnemende universiteiten zelf gecoördineerde aanvraag van gelden voor onderzoek. De kansen op een wetenschappelijk onderzoeksprogramma zijn nu aanwezig, al zijn er nog veel onzekerheden over de toegezegde gelden door de ingevallen recessie.

Fase drie start morgen. Er volgt daarna geen fase IV meer. De fase waarin de sportgeneeskunde definitief haar plaats verwerft in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem; geneeskunde bedrijft voor een specifieke doelgroep: de sportende en bewegende mens; geneeskunde in volle omvang waarin zowel curatieve als preventieve elementen blijvend aanwezig zijn; er meer dan nu aandacht is voor wetenschappelijk onderzoek door de (aankomend) specialisten zelf, gevolgd door eigen oorspronkelijke publicaties en klinische lessen. Sportgeneeskunde is een vast onderdeel binnen het curriculum basisarts. Waarmee de Trias Academica ook voor de Sportgeneeskunde opgaat.

Positief gevolg is dan ook dat zowel de toekomstige huisartsen als medisch specialisten de mogelijkheden van de sportgeneeskunde kennen,

---

<sup>16</sup> RGO: Raad voor Gezondheidsonderzoek

als verwijzer gaan optreden en daarmee de keten sportgeneeskunde activeren.

Maar er is meer. Een plaats in de gezondheidszorg vereist een goed lopende wetenschappelijke vereniging. Die staat er en die moet worden behouden en mogelijk verder ontwikkeld. Dat vereist consensus en conformeren door de leden, en evenzeer inzet van de sportarts voor bestuurlijke taken. Niet van slechts een kleine groep bestuurders, maar in principe van allen. Alle ontwikkelingen van het vakgebied komen tezamen in de VSG. Deelname aan processen binnen de VSG dient vanzelfsprekend te zijn en financieel onvergoed te blijven. Door het medisch wetenschappelijke karakter van de VSG zal het ledental afnemen door afname van het aantal leden dat geen sportarts is en zal de contributie opgetrokken moeten worden tot niveaus die ook bij de wetenschappelijke zusterverenigingen gebruikelijk zijn.

Dat behoeft geen probleem te zijn als de sportgeneeskunde gerekend wordt tot de reguliere zorg, en dus de WTG<sup>17</sup> en de WZV<sup>18</sup> op haar van toepassing gebracht zijn en tarieven door het CTG<sup>19</sup> zijn vastgesteld. Het erkennen van het vak als medisch klinisch specialisme is niet zonder meer voldoende om ingedeeld te raken in de reguliere zorg. Het CVZ<sup>20</sup> zal daarover dienen te besluiten; ZN<sup>21</sup> zal volgen. Nu is het al tijd om tariefstructuren te bedenken, verrichtingen te harmoniseren, regionaal en landelijk te spreiden en de setting waarin gewerkt wordt zo in te richten dat met zo laag mogelijke tarieven kan worden volstaan. Gelet op de ruimte die de Overheid nu wil geven, is, bij het ontbreken van de noodzaak om de hotelfunctie van een ziekenhuis te gebruiken, een privékliniek model in verbinding met een ziekenhuis mogelijk het meest aantrekkelijk voor de financiers.

Een plaats in de gezondheidszorg vereist ook een goed zicht op de doelpopulatie: de bewegende mens. Onderscheid in gezonden, chronisch zieken en gehandicapten is niet op zijn plaats. De sportarts is er voor allen. De rode draad is "sport- en bewegingsvragen in samenhang met de gezondheid" voor alle doelgroepen op te lossen, opdat allen gezondheidswinst kunnen behalen. Vanuit deze gedachte is meer aandacht voor de chronisch zieke en gehandicapte op zijn plaats en zou sportgeneeskunde zich per definitie voor 99% op de breedtesport dienen te richten. De aandacht voor topsport, aanleiding voor de oprichting van de vereniging, moet proportioneel zijn. Op de 16 miljoen inwoners van ons land, kennen we een ruime duizend professionele en gekwalificeerde topsporters. Natuurlijk zijn er soms grote, financiële of sportieve belangen in het geding en hangt vorm en topvorm van het laatste procent van het prestatievermogen af. De plaats in de gezondheidszorg vereist enige distantie, ook in de begeleiding. De traumatoloog wacht ook niet op het gevaarlijke kruispunt op de volgende patiënt. De goed opgeleide ambulancebroeder reikt die aan. Een effectieve sportgezondheidsketen steunend op een goede bekendheid in de eerste lijn, maakt dat de sportarts als tweedelijns clinicus zijn werk kan inrichten.

---

<sup>17</sup> WTG: Wet Tarieven Gezondheidszorg

<sup>18</sup> WZV: Wet Ziekenhuisvoorzieningen

<sup>19</sup> CTG: College Tarieven Gezondheidszorg

<sup>20</sup> CVZ: College van Zorgverzekeringen

<sup>21</sup> ZN: Zorgverzekeraars Nederland

En een goede tweede lijn leidt uiteindelijk ook om een roep naar een goede derdelijn, waar topklinische zorg gegeven wordt. Niet alleen voor topsporters, maar voor al die sportmedische problematiek die slechts op academisch niveau oplosbaar is. Een drietal over het land gespreide centra is dan gewenst. Een ervan zal Utrecht zijn, de bakermat waar een gezamenlijke initiatief van de Universiteit, de KNVB, NOC\*NSF en VWS kansrijk is indien het focus gericht wordt op de klinische sportgeneeskunde van topklinisch of academisch niveau voor alle sporters. Initiatieven in Groningen en Maastricht dienen in dezelfde zin ondersteund te worden.

Via de beschreven beleidslijnen staat vanaf 2015 de sportgeneeskunde blijvend op de kaart als een volwassen specialisme met een goede hechting in de academische wereld, wetenschappelijk onderbouwd, goed bereikbaar binnen de geldende regels in de gezondheidszorg. Fase III is niet eenvoudig en zal niet uit zichzelf ontplooiën. Het vereist nog veel energie om dat doel te bereiken. Kon in de eerdere fasen de vrijbuiters en het creatieve initiatief scoren, nu komt het aan op eenheid onder de beroepsbeoefenaren, structuur en consistent beleid aan de hand van een toekomstvisie.

Ook een fase waarin de VSG contacten met goede vrienden moet herzien, zoals de Directie Sport en met tot nu onbekende en onwelwillende partijen een goede relatie moet opbouwen.

Een fase waarin gedegen wetenschappelijke onderbouwing de basis is van kwalitatief hoogstaande, uniforme zorg vanuit regionale maatschappen, waardoor wetenschap bedrijven, publiceren, besturen en sportmedisch begeleiden eenvoudiger te realiseren is. Wetenschap bedrijven vereist ook een blik naar buiten. Internationale contacten zijn noodzakelijk, maar moeten vooral gefocust zijn op de inhoudelijke kant: transfer van kennis. Deelname aan de wetenschappelijke commissie van de FIMS, bijdragen en deelname aan congressen van de EFSMA<sup>22</sup> en de ECSS<sup>23</sup> zijn vanzelfsprekend en worden gevolgd door een transfer van de opgedane kennis naar de beroepsgroep.

Dit al wordt ondersteund door een hoog kwalitatief Bureau en geleid door een enthousiast bestuur, dat kan rekenen op brede support van de leden.

Ik sprak u reeds over de plaats die de sportarts naar mijn mening dient te hebben in de begeleiding van mensen met een handicap of chronische ziekte. De Nota "Sport, bewegen en gezondheid" van het Ministerie van VWS ruimt voor het onderzoek ten behoeve van de onderbouwing van bewegingsprogramma's voor deze doelgroep ook een bijzondere plaats in. Los van de lopende studie Maastricht/Veldhoven<sup>24</sup>, zijn er inmiddels tal van activiteiten opgestart waarbij de moderne sportschool begeleidt met gecombineerde programma's waarin cardiovasculaire training, bevordering van de lenigheid en coördinatie en kracht de kernelementen zijn en de setting plezier uitstraalt en zowel de cohesie van de groep vergroot en de relatie met de "gezonde" sporter versterkt.

Ik keer terug naar Galenus die van de begeleiding van zijn topsporters, de Romeinse gladiatoren leerde dat de gymnasia, bestaande uit wandelen en hardlopen - nu cardiovasculaire training genoemd -, lichaams oefeningen

---

<sup>22</sup> EFSM: European Federation of Sports Medicine Associations

<sup>23</sup> ECSS: European College of Sport Science

<sup>24</sup> E. van Breda en G. Schep



en paardrijden, die beide elementen van lenigheid en coördinatie in zich hebben en krachtsport, nu bekend onder de naam krachttraining, positieve geneeskrachtige, helende werking had, indien toegepast bij zieken. Wetenschappelijk onderzoek van de laatste jaren bevestigt Galenus in zijn denkbeelden.

We kunnen meer leren van Galenus. Reeds voorzien van een ruime medische ervaring begeleidde hij eerst topsporters om daarna zijn nieuwe ervaring vooral in te zetten in de breedtesport en voor de gezondheidswinst van zieken. Zijn talrijke onderzoeken en observaties leidden tot een groot aantal publicaties die niet alleen tijdgenoten schoolden, maar die tot in de 18<sup>e</sup> eeuw veelvuldig werden gebruikt.

Het zou de VSG en met haar de sportartsen, een lang leven kunnen opleveren als de lessen van Galenus in het beleid worden geïncorporeerd.

Bilthoven, 2 september 2003.