



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

0530.2015013168

Datum 30 januari 2015
Betreft Rapport Sportgeneeskunde

Onze referentie
2015013168

Geachte mevrouw Schippers,

Het doet ons genoegen u hierbij het rapport *Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet* aan te bieden. In dit rapport geven wij aan in hoeverre sportgeneeskunde onder de Zorgverzekeringswet valt. U had ons deze vraag voorgelegd in uw brief van 7 november 2012. De aanvraag tot erkenning als specialisme door de Vereniging voor Sportgeneeskunde heeft de beantwoording opgeschort en tot vertraging geleid.

Op 5 december van het vorige jaar zonden wij u al een versie van dit rapport. Hierin was ten onrechte een passage blijven staan over een beperking van de doorverwijzingmogelijkheid door de sportarts binnen de medisch specialistische zorg. De Vereniging voor Sportgeneeskunde heeft ons er terecht op gewezen dat deze beperking niet voortvloeit uit de regelgeving. Vandaar dat wij u een aangepaste versie zenden.

Het standpunt heeft in de conceptfase tot veel reacties geleid van wetenschappelijke verenigingen van medisch-specialismen met, deels, overlappende zorggebieden. Zij hebben er aandacht voor gevraagd dat de introductie van het sportgeneeskundig specialisme binnen de basisverzekering in goede samenwerking met deze verenigingen moet gebeuren, om fragmentatie in de zorg en ondoelmatigheid te voorkomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de uitwerking van de te verzekeren sportgeneeskundige prestaties in declarabele prestaties en de contractering van deze zorg door de zorgverzekeraars. Wij hebben dit vermeld in ons rapport, maar willen dit punt graag ook nog onder uw aandacht brengen.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet

Datum	4 december 2014
Status	Definitief

Colofon

Volgnummer 2014052082

Contactpersoon

Afdeling

Uitgebracht aan

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—7

- 1 Het domein van de sportgeneeskunde—9**
- 2 De criteria van de Zorgverzekeringswet en de sportgeneeskunde—10**
 - 2.1 Welke criteria spelen een rol?—10
 - 2.2 De erkenning als 'specialisme'—11
 - 2.3 Het toetsen van een domein—11
- 3 Sportgeneeskunde en het domein van de Zorgverzekeringswet—13**
 - 3.1 Sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding—13
 - 3.2 Eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling—13
- 4 Rubriceren sportgeneeskunde ten behoeve van de duiding—15**
 - 4.1 De deskundigheidsgebieden binnen de sportgeneeskunde—15
 - 4.2 Deskundigheidsgebied en zorgvragen—15
- 5 Beoordeling sportgeneeskunde aan de hand van de criteria uit de Zorgverzekeringswet—17**
 - 5.1 Aan welke criteria toetsen we?—17
 - 5.2 Vooraf: toets stand van de wetenschap en praktijk—17
 - 5.3 Beoordeling van de zorg op het gebied van de inspanningsfysiologie—17
 - 5.3.1 Inspanningsadvies bij revalidatie—17
 - 5.3.1.1 Conclusie—18
 - 5.3.1.2 Opmerking—18
 - 5.3.2 Inspanningsadvies bij preventie (cardiometabool syndroom)—18
 - 5.3.2.1 Conclusie—19
 - 5.3.3 Inspanningsonderzoek als diagnostiek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning—19
 - 5.3.3.1 Conclusie—19
 - 5.3.3.2 Opmerking—19
 - 5.4 Beoordeling zorg op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat ten behoeve van diagnostiek en behandeling—20
 - 5.4.1 Aard van de zorgvragen—20
 - 5.4.2 Diagnostiek en therapeutisch handelen—20
 - 5.4.3 Onderdelen die buiten de basisverzekering vallen—21
 - 5.4.4 Richtlijnen en standaarden—21
 - 5.4.5 De omschrijving van de te verzekeren prestaties—21
 - 5.4.6 Afbakening sportgeneeskunde en paramedische zorg (fysio-/oefentherapie)—22
 - 5.4.7 Conclusie—23
 - 5.4.8 Opmerking—23
 - 5.5 Casemanagement—23

6	De plek van de sportarts binnen de zorg in verband met verwijzing en bekostiging—25
6.1	Verwijzing—25
6.2	Eerste lijn, tweede lijn?—25
7	Consultatie—27
8	Standpunt sportgeneeskunde—33
8.1	Sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding—33
8.2	Eindpunt sportgeneeskundige behandeling—33
8.3	Inspanningsadvies, -begeleiding en -onderzoek—33
8.4	Houding- en bewegingsapparaat—33
8.5	Casemanagement—34
8.6	Verwijzing—34
9	Consequenties van het standpunt—35
9.1	Bekostiging—35
9.2	Financiële consequenties—35
9.3	Declarabele prestaties - contractering - polisvoorwaarden—36

Samenvatting

Op 7 november 2012 verzocht de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het College voor zorgverzekeringen om aan te geven of, en, zo ja, in hoeverre 'sportgeneeskunde' onder de basisverzekering valt.

De minister van VWS heeft op 8 april 2014 ingestemd met het besluit van het College Geneeskundig Specialismen van de KNMG om sportgeneeskunde aan te wijzen als geneeskundig specialisme.

In dit standpunt concludeert het Zorginstituut dat sportgeneeskunde deels zorg levert die buiten het domein van de Zorgverzekeringswet valt, omdat deze zorg niet voortvloeit uit een 'behoefte aan geneeskundige zorg'. Het gaat dan om de volgende onderdelen:

1. sportmedische onderzoeken;
2. sportmedische begeleiding.

Volgens de Vereniging voor sportgeneeskunde is de sportarts de expert op het gebied van belastbaarheid in relatie tot sport en/of bewegen. Deze deskundigheid kan de sportarts inzetten bij 'een behoefte aan geneeskundige zorg'. Zorginhoudelijk maakt de sportarts daarbij vooral gebruik van:

- 1 zijn deskundigheid op het gebied van de inspanningsfysiologie en
- 2 van zijn kennis van het houding- en bewegingsapparaat vooral waar het gaat om blessures in verband met (over)belasting.

Deze zorg heeft het ZIN getoetst aan de criteria van de Zorgverzekeringswet:

- 1 voldoet de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk;
- 2 gaat het om zorg die valt onder de omschrijving 'zorg zoals ... die plegen te bieden'.

Sportgeneeskunde is een optelsom van diagnostiek en interventies bij uiteenlopende indicaties. Het is niet doenlijk om de stand van de wetenschap van iedere afzonderlijke sportgeneeskundige indicatie-interventie-combinatie te beoordelen. Het Zorginstituut heeft daarom risicogericht gekeken of de sportgeneeskunde nieuwe indicatie-interventiecombinaties introduceert en, zo ja, of deze dan voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

In het standpunt concluderen wij dat:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject onder de basisverzekering kunnen vallen.
- diagnostiek en behandeling van blessures aan het houding-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts onder de basisverzekering kan vallen bij een aantal indicaties die in het standpunt zijn opgenomen.
- preventief inspanningsonderzoek en -advies in verband met het cardiometabool syndroom niet onder de basisverzekering vallen wegens nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit.
- inspanningsonderzoek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning niet onder de basisverzekering valt wegens nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit.

De sportartsen geven aan de rol van casemanager te kunnen vervullen voor chronisch zieken. Casemanagement kan onder de basisverzekering vallen. Of de sportarts deze rol kan vervullen, hangt af van zijn kennis en deskundigheid en de organisatie die zorgaanbieders kiezen voor de multidisciplinaire zorg.

Een sportarts kan geneeskundige zorg leveren in de zin van de Zvw, maar zijn zorg kan ook prestatieverbetering of (top)sportbegeleiding als doel hebben. Onder de basisverzekering valt geneeskundige zorg die zich richt op herstel, genezing, voorkomen van (verergeren van) een aandoening. De sportgeneeskunde vertaalt dit uitgangspunt in een behandeladvies gericht op het weer in staat stellen te bewegen conform de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm. Deze norm is bedoeld voor de totale bevolking en leent zich daarom voor gebruik binnen de context van de basisverzekering.

Sportartsen leveren vooral 'zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden'. Voor deze zorg geldt dan ook de verwijzingsplicht uit artikel 14 lid 2 Zvw.

Inleiding

Op 7 november 2012 verzocht de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het College voor zorgverzekeringen om aan te geven of, en, zo ja, in hoeverre 'sportgeneeskunde' onder de basisverzekering valt.¹

Bij de voorbereiding van dit standpunt bleek dat de Vereniging voor Sportgeneeskunde een aanvraag had ingediend bij het College Geneeskundig Specialismen (CSG) van de KNMG tot erkenning van sportgeneeskunde als specialisme. Voor de beantwoording van de vraag van de minister, was het advies van de KNMG op deze erkenningsaanvraag van belang. Immers, de regelgeving bedient zich onder andere van de formulering 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden', om een deel van de te verzekeren zorg te omschrijven. Het was dus van belang, om te weten of de 'sportgeneeskunde' de status van medisch specialisme zou krijgen, alvorens het CVZ de duidingsvraag op de juiste wijze kon beantwoorden. Het CSG heeft op 12 september 2013 zijn besluit om sportgeneeskunde als geneeskundig specialisme aan te wijzen, aan de minister van VWS gezonden. Bij dit besluit heeft het CSG aangegeven dat het een zelfstandige plek ziet voor de sportgeneeskunde in het zorgveld, waarbij de sportarts vooral complementair aan en in synergie met de bestaande vakgebieden werkt.

De minister heeft op 8 april 2014 ingestemd met dit besluit. In hoofdstuk 2 gaan we verder in op de betekenis van deze erkenning voor onze duiding.

Voor de beantwoording van de vraag of sportgeneeskunde onder de basisverzekering valt toetsen we het 'domein van de sportgeneeskunde' aan de criteria van de Zvw. Hierbij zijn de volgende wettelijke criteria relevant:

- 1 Is er sprake van een 'behoefte aan (geneeskundige) zorg'?
- 2 Is er sprake van 'zorg zoals ... die plegen te bieden'?
- 3 Voldoet het zorgaanbod van sportgeneeskundigen aan de stand van de wetenschap en praktijk?

Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd.

In hoofdstuk 1 gaan we in op het domein van de sportgeneeskunde. In hoofdstuk 2 beschrijven we de onderdelen van de regelgeving die van belang zijn voor de duiding. Hierbij gaan we ook in op de betekenis van de erkenning van sportgeneeskunde als 'specialisme'. In hoofdstuk 3 toetsen we de sportgeneeskunde aan de criteria van de Zvw zoals hiervoor genoemd. Op grond daarvan zonderen we een aantal deelgebieden van de sportgeneeskunde uit van het domein van de Zorgverzekeringswet en dus van de basisverzekering. In hoofdstuk 4 rubriceren we het domein van de sportgeneeskunde om een beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk en toetsing aan het criterium 'plegen te bieden' mogelijk te maken. In hoofdstuk 5 volgt de beoordeling. In hoofdstuk 6 gaan we in op de wettelijke verwijzingsplicht en de beschrijving van de zorg in verband met de bekostiging. In hoofdstuk 7 vatten we het standpunt samen en in hoofdstuk 8 adresseren we een aantal consequenties van ons standpunt.

¹ Zie bijlage 1

1 Het domein van de sportgeneeskunde

De Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) omschrijft het werkterrein van de sportarts als volgt:

Sportgeneeskunde is het medisch specialisme dat zich richt op het bevorderen, waarborgen en herstellen van de gezondheid van mensen die (willen gaan) sporten en/of bewegen. Ook richt het zich op het door sport en/of bewegen bevorderen en herstellen van de gezondheid van mensen met chronische aandoeningen. Bij beide facetten wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de specifieke belasting en belastbaarheid.²

De VSG vat dit als volgt samen:

De sportarts ziet zich de expert op het gebied van belasting en belastbaarheid in relatie tot sport en/of bewegen.

De doelgroepen van de sportgeneeskunde worden gevormd, aldus het beroepsprofiel, door mensen

- die sporten en/of bewegen als doel op zich of
- die sporten en/of bewegen inzetten als middel:
 - ter bevordering van het herstel of de kwaliteit van leven en/of
 - ter preventie van (verergering van chronische) aandoeningen.

Deze omschrijving vertaalt zich in zes kerntaken van de sportarts. (Een volledige beschrijving van deze kerntaken leest u in bijlage 2.) Kort samengevat houden ze het volgende in:

1. diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van blessures van het houding- en bewegingsapparaat door sport/bewegen ontstaan en/of die zich daarbij manifesteren (veelal chronische overbelastingsblessures);
2. diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van fysieke problematiek, een ander orgaansysteem dan het houding- en bewegingsapparaat betreffende, door sport/bewegen ontstaan en/of die zich daarbij manifesteert;
3. diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van (onbegrepen) algehele problematiek door sport/bewegen ontstaan en/of die zich daarbij manifesteert;
4. casemanagement of consulentschap in de zorgketen voor de chronisch zieke patiënt waarbij sport en/of bewegen als onderdeel van de behandeling wordt ingezet;
5. sportmedische onderzoeken;
6. sportmedische begeleiding.

² Vereniging voor Sportgeneeskunde: *Beroepsprofiel Sportarts*, 2012

2 De criteria van de Zorgverzekeringswet en de sportgeneeskunde

2.1 Welke criteria spelen een rol?

Onder de basisverzekering kan alleen zorg vallen die verband houdt met een 'behoefte aan geneeskundige zorg', met deze woorden wordt het domein van de Zorgverzekeringswet omschreven. Zorg die niet voortvloeit uit deze behoefte, zoals een rijbewijskeuring, reizigersvaccinatie of cosmetische ingrepen, wordt niet vergoed via de basisverzekering. De sportgeneeskunde leggen we langs deze maatlat in hoofdstuk 3.1.

Is de 'behoefte aan geneeskundige zorg' vastgesteld, dan moet de zorg nog aan een aantal criteria voldoen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en onderliggende regelgeving, wil deze inderdaad onder de basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende criteria:

1.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering beschrijft het criterium stand van de wetenschap en praktijk:

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Dit betekent dat een zorgvorm alleen onder de te verzekeren prestaties valt, wanneer de zorg bij de genoemde indicatie volgens de stand van de wetenschap en praktijk als effectief kan worden beschouwd.³

2.

Als de effectiviteit van de interventie is vastgesteld, toetsen we of de interventie onder de omschrijving van de te verzekeren prestaties in het Besluit zorgverzekering valt. In dit geval gaat het erom of de interventie bij de genoemde indicatie valt onder de omschrijving van de 'geneeskundige zorg' in artikel 2.4, eerste lid, Besluit zorgverzekering:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...)

Dit betekent, kortweg, dat in ieder geval één van de genoemde

³ Zorginstituut Nederland heeft zijn werkwijze om de stand van de wetenschap en praktijk te bepalen, beschreven in het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*.³ We onderzoeken dan of er wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de zorgvorm. Daarbij volgen we de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal.' Het ZIN beoordeelt de te onderzoeken zorgvorm in vergelijking met de gebruikelijke behandeling. Als deze zorgvorm net zo goed is als, of beter is dan de gebruikelijke behandeling is er sprake van effectieve zorg conform stand van de wetenschap en praktijk. Verder is ons algemene uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing over de effectiviteit medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht beschikbaar moeten zijn. Mochten dergelijke gegevens niet beschikbaar zijn dan kunnen we beargumenteerd van dit vereiste afwijken en eventueel genoeg nemen met gegevens van een lagere bewijskracht.

beroepsgroepen de zorgvorm rekent tot zijn professionele arsenaal aan zorg.

De omschrijving 'plegen te bieden' verwijst naar het gehele 'arsenaal aan zorg' dat de beroepsgroep van huisartsen tot het zijne rekent. Onder de basisverzekering hoeft deze zorg dan niet per se geleverd te worden door de genoemde beroepsgroep. Iedere zorgverlener die hiertoe bevoegd en bekwaam is mag deze zorg leveren.

3.

Als deze vragen bevestigend zijn beantwoord, moet tenslotte nog bezien worden of er overige wettelijke voorwaarden van toepassing zijn die van invloed kunnen zijn op de conclusie (bijvoorbeeld een expliciete uitsluiting).

2.2 De erkenning als 'specialisme'

Zoals we in de *Inleiding* aangaven heeft de minister van VWS besloten sportgeneeskunde te erkennen als 'geneeskundig specialisme'. Dit betekent dat 'sportarts' een wettelijk beschermde titel is. Deze titel kan gevoerd worden door degenen die als 'sportarts' zijn ingeschreven in het register van sportartsen. De 'sportarts' voert echter niet de titel van 'medisch specialist'. Dit betekent dat het arsenaal van de sportarts niet automatisch, uit hoofde van de *kwalificatie* als medisch specialist, onder de omschrijving 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' valt.⁴ Dit betekent ook dat we moeten toetsen of de sportgeneeskunde misschien wel *zorginhoudelijk* aan de omschrijving 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' voldoet (of een andere beroepsgroep die in het Bzv in verband met 'geneeskundige zorg') wordt genoemd.

2.3 Het toetsen van een domein

Een zorgdomein in zijn geheel, zoals sportgeneeskunde, toetsen aan de criteria van de Zvw is een lastige opgave, gegeven de systematiek van de

⁴ In de Wet BIG is de regelgeving rond titelbescherming, deskundigheden en bevoegdheden van de individuele beroepsbeoefenaar binnen de gezondheidszorg en de toepasselijkheid van het medisch tuchtrecht neergelegd. De titelbescherming wordt geregeld via de instrumenten van de erkenning en register. De Wet BIG kent de KNMG een aantal taken en bevoegdheden toe op dit gebied. De afgelopen jaren zijn er een aantal wijzigingen aangebracht in de regelgeving en de uitvoering van de erkenningen.

De KNMG kent op grond van artikel 14 lid 2 (aanhef en onder e.) van de Wet BIG een orgaan dat is belast met het besluit tot instelling van een specialistenregister: het College Geneeskundig Specialismen. In dit College zijn het voormalige Centraal College Medisch Specialismen, het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuiskunde en medische zorg verstandelijk gehandicapten en het College voor Sociale Geneeskunde opgegaan (2010). Uitvoering van en het toezicht op de regelgeving van het College vindt plaats via de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen. Tot 1 januari 2013 bestonden er drie registratiecommissies belast met uitvoering en toezicht, namelijk de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC), de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) en de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC). In navolging van de samenvoeging tot het College Geneeskundig Specialismen zijn deze drie registratiecommissies per 1 januari 2013 samengevoegd tot één registratiecommissie: de genoemde Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

De drie kaderbesluiten die ten grondslag lagen aan de drie registratiecommissies bestaan nog wel; in het relevante kaderbesluit zijn de algemene en specialismegebonden competenties vastgelegd. Er wordt nog wel getoetst aan, bijvoorbeeld, het kaderbesluit CCMS, maar een erkenning als 'medisch specialisme' is niet meer voorzien; de erkenning is nu als 'specialisme'. De bestaande 27 registers van medisch specialismes worden nog wel gecontinueerd. Via de erkenning als 'specialisme' worden toekomstige erkenningen in lijn gebracht met de terminologie uit de Wet BIG. De Wet BIG rept immers van 'specialisme' en niet van 'medisch specialisme' (artikel 17).

Het voornemen bestaat om mettertijd ook de drie kaderbesluiten samen te voegen tot één besluit. Hierdoor zou het begrip 'medisch specialisme' verdwijnen. Wat dat betekent voor de formulering 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' binnen de Zorgverzekeringswet en de daarmee samenhangende afbakening van te verzekeren zorg, zal nog bezien moeten worden.

regelgeving. Een zorgdomein is immers een totaal van diagnostiek en interventies. Wil het Zorginstituut een uitspraak doen over het totale arsenaal van een beroepsgroep (zoals de sportgeneeskunde), dan zou ieder onderdeel van dit domein apart getoetst moeten worden aan de criteria. Dat is een ondoenlijke opgave. Dit geldt nog steeds als het te beoordelen domein is onderverdeeld in bijvoorbeeld profielen, kerntaken enz., want ook deze zijn een optelsom van diagnostiek en interventies.

Om een uitspraak te kunnen doen over het domein van de sportgeneeskunde, moeten we dus een benadering zoeken die recht doet aan de inhoud van het domein, maar die ook voorkomt dat we iedere interventie binnen dit domein apart moeten beoordelen. In hoofdstuk 3 geven we aan hoe we dit aanpakken.

3 Sportgeneeskunde en het domein van de Zorgverzekeringswet

3.1 Sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding

Kunnen we wel al in het algemeen iets zeggen over het domein van de sportgeneeskunde in samenhang met het domein van de Zvw? Ja, een aantal kerntaken richt zich namelijk op vragen die sowieso niet onder de basisverzekering vallen. Het gaat dan om de activiteiten die vermeld staan onder de kerntaken E en F in het beroepsprofiel van de sportarts:

- sportmedische onderzoeken
Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houding- en bewegingsapparaat, het cardiovasculair systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven.
- sportmedische begeleiding
sportmedische begeleiding heeft als uitgangspunt het bewaken c.q. optimaliseren van de gezondheid en/of het prestatievermogen van de (top)sporter in het kader van sportbeoefening.

De Zvw gaat uit van een 'behoefte aan zorg': een zorgvraag. Bij sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding is (nog) geen sprake van een zorgvraag. Bij het sportmedisch onderzoek gaat het eerder om een 'check' van de Ausgangssituatie; bij sportmedische begeleiding gaat het om het voorkomen van gezondheidsproblemen en/of verbetering van de gezondheid in het kader van de sportbeoefening.⁵

Het sportmedisch onderzoek en de sportmedische begeleiding vallen dan ook niet onder de basisverzekering. Vervolgens geldt wel, dat de bevindingen uit het sportmedisch onderzoek aanleiding kunnen zijn tot verdere diagnostiek en/of behandeling. Deze activiteiten kunnen dan wel onder de basisverzekering vallen. Het sportmedisch onderzoek heeft dan geleid tot een zorgvraag die een beginpunt vormt voor zorg onder de basisverzekering.

3.2 Eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling

De Zorgverzekeringswet verzekert de 'gehele bevolking' tegen 'de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg'.⁶ In het algemeen geldt dat de geneeskundige zorg onder de Zvw gericht is op herstel of genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening. Dit doel wordt geïnterpreteerd binnen de context van 'de gehele bevolking'. Dit uitgangspunt is inherent aan de basisverzekering en over het algemeen is het dan ook niet nodig om dat te expliciteren. Voor de sportgeneeskunde is het echter wel nodig, omdat deze zorg zich zowel kan richten op een algemene populatie als op een specifieke (top)sportpopulatie. We moeten binnen het sportgeneeskundig domein dan ook aangeven waar de zorg voor

⁵ Het is mogelijk dat iemand een advies wil hebben over beweeg-/sportmogelijkheden juist omdat hij wel een zorgvraag heeft (bijvoorbeeld kortademigheid; knieproblemen). In dat geval is er een zorgvraag en wordt een regulier zorgtraject doorlopen van klacht naar diagnostiek naar behandeling. De huisarts zal dan de eerste stap zijn in dit proces; de sportarts kan daarop volgen afhankelijk van de specifieke klacht en de beoordeling daarvan door de huisarts.

⁶ Zie de overwegingen bij de Zorgverzekeringswet: '(...) dat het wenselijk is dat de gehele bevolking onder voor ieder gelijke sociale voorwaarden verzekerd is tegen de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg.'

een algemene populatie ophoudt en waar de specifieke *sport*-zorg begint. Om het voorbeeld van een sportblessure te noemen: een blessure aan een knie ten gevolge van een voetbalwedstrijd is een zorgvraag die binnen het domein van de Zorgverzekeringswet behandeld kan worden. Voetballen is immers niet voorbehouden aan een kleine groep 'topsporters', maar een gebruikelijke recreatieve tijdsbesteding en onder de Zorgverzekeringswet maakt het niet uit hoe een zorgvraag ontstaat.⁷ De behandeling van deze zorgvraag wil de betrokkene in staat stellen, zoveel als mogelijk, weer te gaan bewegen. De behandeling is er echter niet op gericht om de verzekerde weer per se te laten voetballen, en zeker niet om hem beter te laten voetballen dan voorheen. De verzekerde kan ook niet verlangen dat koste wat het kost zorg vergoed wordt die hem in staat stelt weer het oude niveau van presteren te bereiken. Deze noties moeten wij vertalen in het eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling. Wij hanteren hiervoor in dit standpunt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm, overeenkomstig de opvatting van de sportartsen hierover.⁸ De sportarts geeft een patiënt een behandeladvies om hem in staat te stellen, zoveel als mogelijk, (weer) te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm. Deze norm geldt voor de gehele bevolking en kan uit dien hoofde het eindpunt van zorg onder de basisverzekering aangeven. Voor sommige aandoeningen die de sportarts kan behandelen, is de norm Gezond Bewegen/Fitnorm misschien minder geschikt. Dan geldt nog steeds dat de zorg onder de basisverzekering zich richt op herstel, genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening binnen de context van de 'gehele bevolking'.

Wat doel en eindpunt betreft kan een sportgeneeskundig behandeladvies dus binnen het domein van de basisverzekering vallen. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, wat de inhoud van de interventie betreft, hangt af van de overige voorwaarden van de Zvw. In de volgende hoofdstukken gaan we op deze vragen in.

Samengevat

Het domein van de sportgeneeskunde hebben we hiermee via twee invalshoeken beperkt:

1. alleen zorg die samenhangt met een zorgvraag kan onder de basisverzekering vallen. Sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding (kerntaken E en F) vallen dus buiten de basisverzekering;
2. activiteiten van de sportarts die gericht zijn op het bereiken van sportniveau of op het verbeteren van prestaties, vallen niet onder de basisverzekering. Voor de sportgeneeskunde wordt het eindpunt van de behandeling vertaald in het geven van behandeladviezen die als doel hebben een verzekerde in staat te stellen (weer) zoveel als mogelijk te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm. Mocht deze norm minder geschikt zijn om het eindpunt van de behandeling aan te geven bij de specifieke aandoening/blessure, dan geldt nog steeds dat zorg onder de Zorgverzekeringswet gericht is op herstel, genezing of het voorkomen van (verergering van) een aandoening.

⁷ Zie artikel 14 lid 1 Zvw :

De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

⁸ *Nederlandse Norm Gezond Bewegen*: Om een goede gezondheid te behouden is het gewenst tenminste vijf dagen per week matig intensieve lichaamsbeweging te hebben. (Voor kinderen, jongeren en mensen met overgewicht is het gewenste aantal minuten per dag tenminste 60.)

Fitnorm: Om een goede conditie van het hartvaatstelsel te bewerkstelligen is drie maal per week tenminste 20 minuten intensieve lichaamsbeweging nodig (bijvoorbeeld door te sporten.)

4 Rubriceren sportgeneeskunde ten behoeve van de duiding

4.1 De deskundigheidsgebieden binnen de sportgeneeskunde

In het vorige hoofdstuk hebben we het domein van de sportgeneeskunde dat onder de basisverzekering kan vallen, ingeperkt. Het resterende deel is het onderwerp van onze toetsing aan de criteria stand van de wetenschap en praktijk en zorg zoals ... die plegen te bieden. Dit deel is nog steeds een optelsom van uiteenlopende diagnostiek en interventies. Het is niet doenlijk om iedere vorm van diagnostiek en iedere interventie apart te beoordelen. We hebben dan ook gekeken of we een indeling van de sportgeneeskundige zorg kunnen maken die een handvat biedt voor een beoordeling. Wij zijn tot de volgende aanpak gekomen op basis van de opleidingseisen, beroepsprofiel en kerntaken van de sportarts.⁹

4.2 Deskundigheidsgebied en zorgvragen

Sportgeneeskunde kent twee belangrijke deskundigheidsgebieden:

1. kennis op het gebied van de inspanningsfysiologie;
2. kennis rond het houding- en bewegingsapparaat.

De deskundigheid op het gebied van de *inspanningsfysiologie* kan de sportarts op meerdere terreinen inzetten:

- *preventie* : bijvoorbeeld inspanningsconsult/-advies bij cardiometabool syndroom;
- *diagnostiek* : bijvoorbeeld inspanningsonderzoek als diagnostiek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning;
- *revalidatie* : inspanningsconsult/-advies ter optimalisering van het inspanningsvermogen na hart-/long-/oncologische aandoeningen.

De deskundigheid rond het houding- en bewegingsapparaat zet de sportarts vooral in bij zorg (diagnostiek en behandeling) bij blessures op dit gebied.

In het volgende hoofdstuk leggen we deze deelgebieden langs de meetlat van de Zvw.

⁹ Zie opleiding tot sportarts: <http://www.sportgeneeskunde.com/opleiding-tot-sportarts>

5 Beoordeling sportgeneeskunde aan de hand van de criteria uit de Zorgverzekeringswet

5.1 Aan welke criteria toetsen we?

In hoofdstuk 3 beschreven we kort de beoordelingscriteria uit de Zorgverzekeringswet. In dit hoofdstuk gebruiken wij deze criteria om de deelgebieden van de sportgeneeskunde uit het vorige hoofdstuk te beoordelen. Wij toetsen het volgende:

1. het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk': wat is bekend over de 'effectiviteit' van de interventies binnen de deelgebieden die wij in hoofdstuk 4 onderscheiden binnen de sportgeneeskunde;
2. vallen de 'effectieve' interventies ook onder de omschrijving van te verzekeren prestaties binnen het Besluit zorgverzekering. Met andere woorden is er sprake van 'zorg zoals, bijvoorbeeld, huisartsen, medisch specialisten, fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden'?
3. Zijn er overige voorwaarden van toepassing rond de vergoeding van de zorg?

5.2 Vooraf: toets stand van de wetenschap en praktijk

Belangrijk punt voor de toets van de stand van de wetenschap en praktijk is de vraag of de sportgeneeskunde nieuwe interventies zou introduceren binnen de basisverzekering of dat sportgeneeskunde zich bedient van een aanvaard arsenaal aan zorg. Met 'aanvaard arsenaal' bedoelen wij dat de zorg van de sportarts onderdeel uitmaakt van zorg die al beschreven en onderbouwd is in bijvoorbeeld (multidisciplinaire) richtlijnen en standaarden. Als deze zorg daarnaast al op brede schaal wordt toegepast en er geen twijfels zijn rond toepassing en/of gepastheid, dan gaan we ervan uit dat deze zorg 'beproefd en deugdelijk' is. De sportarts brengt bij de uitvoering weliswaar zijn specifieke kennis en deskundigheid in, maar hiermee introduceert hij geen nieuwe zorg die onderworpen moet worden aan de toets van de stand van de wetenschap en praktijk. Het zou ook ondoenlijk zijn om de stand van de wetenschap en praktijk te beoordelen van alle interventies binnen het sportgeneeskundig domein. In de navolgende beoordeling van de deelgebieden binnen de sportgeneeskunde zullen we expliciet aangeven of het om zorg gaat die beschreven is in richtlijnen en standaarden.

5.3 Beoordeling van de zorg op het gebied van de inspanningsfysiologie

Op het gebied van de inspanningsfysiologie, gaat het deels om zorg die al is neergelegd in richtlijnen en standaarden en deels om 'nieuwe' zorg.

5.3.1 *Inspanningsadvies bij revalidatie*

Optimalisering van het inspanningsvermogen vormt een onderdeel van bijvoorbeeld hart-, long- of oncologische revalidatie. Voor deze zorg zijn multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar, waarin de zorg is beschreven. In de relevante richtlijnen worden een 'inspannings-advies' en begeleiding bij verbeteren van het inspanningsvermogen expliciet genoemd.¹⁰

¹⁰ Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011, Utrecht: NVVC, 2011, p. 45: 'optimaliseren inspanningsvermogen';

Optimaliseren van het inspanningsvermogen met behulp van een inspanningsadvies en -begeleiding rekenen wij tot het aanvaarde arsenaal van zorg van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de revalidatiezorg zoals revalidatieartsen, cardiologen, longartsen. Een toets van de stand van de wetenschap en praktijk is dan ook niet meer aan de orde. Daarvoor verwijzen wij naar de betreffende richtlijnen. De sportarts kan in deze multidisciplinaire zorg participeren en daarbij zijn specifieke kennis en deskundigheid in op het gebied van de inspanningsfysiologie inbrengen. In termen van de Zvw scharen wij het inspanningsadvies en -begeleiding bij revalidatie onder de 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.

5.3.1.1 Conclusie

Inspanningsadvies en -begeleiding door de sportarts om het inspanningsvermogen te optimaliseren als onderdeel van revalidatie en conform de relevante richtlijnen, valt onder de basisverzekering.

5.3.1.2 Opmerking

De orgaanspecialist blijft de hoofdbehandelaar. Revalidatie zoals hart-, long- of oncologische revalidatie vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de betrokken hoofdbehandelaar. Een eventuele inbreng van de sportarts in de revalidatieketen verandert niets aan deze verantwoordelijkheidsverdeling. Onze conclusie strekt zich alleen uit tot het omschrijven van de te verzekeren prestaties: als een sportarts zijn deskundigheid op het gebied van inspanningsfysiologie inbrengt in een revalidatieketen, dan valt deze inbreng onder de basisverzekering. Het is aan zorgaanbieders om, overeenkomstig de relevante richtlijnen en zorgstandaarden, de revalidatiezorg te organiseren en een sportarts daarbij desgewenst in te schakelen.

Ook voor dit onderdeel geldt natuurlijk wat wij in hoofdstuk 3.2 schreven over het eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling. Binnen de Zvw is de bijdrage van de sportarts aan revalidatiezorg gericht op 'herstel' (weer, zoveel als mogelijk, kunnen voldoen aan de norm Gezond Bewegen/Fitnorm) en niet op 'prestatieverbetering' of (weer) kunnen sporten.

5.3.2 *Inspanningsadvies bij preventie (cardiometabool syndroom)*

De sportartsen geven aan dat een inspanningsadvies een bijdrage kan leveren bij (preventie van) cardiometabool syndroom. Op het gebied van preventieve zorg is de bijdrage van een inspanningsadvies echter nog niet duidelijk. Een gezonde leefstijl levert een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van (verergeren van) hart- en vaatziekten en andere gerelateerde aandoeningen. Een gezonde leefstijl richt zich op voeding, eetgewoontes, bewegen, stoppen met roken.

Preventieve zorg kan onder de basisverzekering kan vallen, als er (tenminste) sprake is van een hoog risico op een aandoening. De

Multidisciplinaire Richtlijn Oncologische Revalidatie 2011, IKNL: '*Bepaling van trainingsdoelen en -intensiteit alsmede de vorm van begeleiding, zullen mede moeten worden vastgesteld op basis van individueel sportverleden, huidige activiteitsniveau en persoonlijke doelen op het niveau van activiteiten en participatie.*'

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD, maart 2010, <http://www.diliguide.nl/document/2487/copd-diagnostiek-en-behandeling-van.html>

preventieve zorg valt dan onder de noemer geïndiceerde preventie.

In hoeverre een inspanningsadvies het gezonde gedrag kan optimaliseren en daarmee bijdraagt aan de preventie van (verergering van het) cardiometabool syndroom, is nog onduidelijk. De beroepsgroep zou moeten streven naar een deugdelijke wetenschappelijke onderbouwing van de 'effectiviteit' (en bij voorkeur ook de kosteneffectiviteit) van dit advies. Voor het (preventieve) inspanningsconsult is dit een belangrijke voorwaarde, wil een dergelijk advies onder de basisverzekering kunnen vallen.¹¹

5.3.2.1 Conclusie

Het (preventieve) inspanningsadvies bij een (hoog risico op) cardiometabool syndroom valt niet onder de basisverzekering, omdat een deugdelijke wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van het inspanningsadvies (nog) ontbreekt.

5.3.3 *Inspanningsonderzoek als diagnostiek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning*

Een inspanningsonderzoek zou, aldus de sportartsen, een bijdrage kunnen leveren bij de diagnosticering van fysiologische aandoeningen ter verklaring van onbegrepen klachten tijdens inspanning. Klachten betreffen bijvoorbeeld een onbegrepen prestatiedaling; beperkte belastbaarheid; (chronische) vermoeidheid. (zie : Kerntaak C in het *Beroepsprofiel*).

De plek en betekenis van het inspanningsonderzoek bij de diagnostiek van de onbegrepen klachten zijn echter nog niet beschreven in een (multidisciplinaire) richtlijn.¹² Een evidence based onderbouwing is ook niet in andere documenten beschikbaar. Ook voor dit onderdeel van de sportgeneeskunde concluderen wij dat de wetenschappelijke onderbouwing nog tekortschiet.

5.3.3.1 Conclusie

Als de beroepsgroep een deugdelijke wetenschappelijke onderbouwing levert, zou het inspanningsonderzoek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning onder de basisverzekering kunnen vallen. Vooralsnog is dit niet het geval.

5.3.3.2 Opmerking

Het inspanningsonderzoek valt overigens buiten het domein van de Zvw als het gaat om prestatieverloop bij een, al of niet professionele, (top)sporter. Als een gemiddelde verzekerde een onbegrepen prestatiedaling ervaart tijdens bewegen of het recreatieve sporten, dan kan er een indicatie zijn voor een dergelijk onderzoek (mocht het 'effectief' blijken). De prestatiedaling kan immers een symptoom zijn van een onderliggende aandoening. Of deze indicatie er dan daadwerkelijk is, is afhankelijk van de uiteindelijke beschrijving en onderbouwing van het onderzoek. Bij 'gebleken effectiviteit' is het verder aan de huisarts (of een andere arts die als 'poortwachter' optreedt), om te bepalen wanneer een verwijzing naar een

¹¹ Vergelijk in dit verband het standpunt van het CVZ rond het Preventieconsult Cardiometaboolsyndroom, d.d. 26 oktober 2011, <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2011/1110-het-preventieconsult/1110-het-preventieconsult/Het+PreventieConsult.pdf>

¹² bijvoorbeeld Richtlijn SOLK; multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, 2010

dergelijk onderzoek is aangewezen. (zie voor 'verwijzing': hoofdstuk 6.1)

5.4 Beoordeling zorg op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat ten behoeve van diagnostiek en behandeling

De deskundigheid op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat komt tot uiting in de kerntaak A in het *Beroepsprofiel van de sportarts*. De kerntaak wordt als volgt omschreven:

Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van blessures van het houding- en bewegingsapparaat die door sport of bewegen zijn ontstaan en/of zich daarbij manifesteren. Het merendeel van deze blessures betreft chronische overbelastingsblessures.

Het *Beroepsprofiel* geeft ook aan om wat voor soort blessures het gaat, bijvoorbeeld:

- spier-, fascie- en peesstelsel;
- skelet;
- gewrichten;
- combinaties van het bovenstaande;
- varia: frictiesyndromen, bursitiden en apofysitiden bij kinderen.

5.4.1 Aard van de zorgvragen

De sportarts buigt zich over zorgvragen op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat. De sportgeneeskunde voegt op het gebied van blessures aan het houding- en bewegingsapparaat geen nieuwe zorgvragen toe aan de vragen die hun weg al vinden naar de zorg binnen de basisverzekering. Ook het feit dat een (groot) deel van de zorgvragen van de sportarts veroorzaakt wordt door 'sporten' doet hier niets aan af. Dat is immers nu ook al het geval en voor de Zvw is irrelevant hoe een zorgvraag is ontstaan.¹³ (zie ook: hoofdstuk 3.2, *Eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling*)

5.4.2 Diagnostiek en therapeutisch handelen

De sportgeneeskunde heeft een specifieke deskundigheid op het gebied van de diagnostiek bij genoemde blessures.

Het therapeutisch handelen van de sportarts bij deze blessures wordt als volgt omschreven:

1. indicatiestelling tape, bandagering en bracing;
2. injectietherapie, medicatie ten behoeve van pijnbestrijding en herstel en eventueel andere nieuwe bewezen therapieën;
3. begeleiding en procesbewaking bij hersteltrajecten teneinde het herstel te bespoedigen, een recidief te voorkomen en progressie alsmede secundaire schade te vermijden;
4. gerichte en sportspecifieke oefeningen voorschrijven (met instructies of in complexere gevallen gericht aangestuurd via de (sport)fysiotherapeut);
5. geven van een gericht beweeg- en/of sportadvies, aanpassing trainingsschema;
6. voorschrijven van aanpassingenmateriaal (bijv. schoeisel);
7. overleg/afstemming met trainers/begeleiders over o.a. aanpassing trainingsschema, aanpassen sportmateriaal.

¹³ Zie artikel 14 lid 1 Zvw :

De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

5.4.3 *Onderdelen die buiten de basisverzekering vallen*

De onderdelen 1 t/m 4 en deels 5 behoren tot het arsenaal van bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten. Een aantal onderdelen van het therapeutisch handelen vallen echter buiten het domein van de Zvw, omdat ook hier geen sprake is van een 'behoefte aan geneeskundige zorg':

- aanpassing trainingsschema, voorzover dit verder gaat dan een advies over de optimalisering van het herstel en maximale belasting, maar meer gericht is op de verbetering van de sportprestatie. Deze uitsluiting volgt uit het eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling voor de basisverzekering, zoals wij in hoofdstuk 3 beschreven.
- overleg/afstemming met trainers/begeleiders over o.a. aanpassing trainingsschema, aanpassing sportmateriaal. Deze onderdelen kunnen wij niet kwalificeren als geneeskundige zorg, zoals verzekerd binnen de basisverzekering.

5.4.4 *Richtlijnen en standaarden*

Op dit gebied heeft de VSG ook verschillende (mono-/multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld):

mono-disciplinaire richtlijnen:

- mono-disciplinaire richtlijn *Patellofemorale pijn syndroom*;
- mono-disciplinaire richtlijn *Het mediaal tibiaal stress syndroom bij sporters*;
- mono-disciplinaire richtlijn *Chronisch compartimentsyndroom van het onderbeen*;
- mono-disciplinaire richtlijn *Chronische liesklachten bij sporters*;
- mono-disciplinaire richtlijn *Hamstringblessure bij sporters*;
- mono-disciplinaire richtlijn *Fasciopathia/fasciosis plantaris bij sporters*;

en de multidisciplinaire richtlijnen:

- *Chronische achillesendinopathie, in het bijzonder de tendinosis bij sporters*
 - Oefeningen
 - Stroomschema
- *Acute inversietrauma van de enkel*;
- *Iliotibiale Band syndroom (ITBS)*.

Voor de goede orde, mochten er binnen het domein van de sportgeneeskunde nieuwe indicatie-interventiecombinaties ontwikkeld worden en mochten deze bij partijen twijfels over de effectiviteit oproepen, dan geldt dezelfde procedure als voor de overige geneeskundige zorg binnen de Zvw: men kan een onderbouwd voorstel doen aan het Zorginstituut om de indicatie-interventiecombinatie te beoordelen, of, het Zorginstituut adviseert in het kader van een geschil de SKGZ.

5.4.5 *De omschrijving van de te verzekeren prestaties*

Verschiedende groepen zorgaanbieders houden zich bezig met blessures op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat bijvoorbeeld fysio- en oefentherapeuten, orthopeden, revalidatieartsen en traumachirurgen. Naar het professionele arsenaal van deze beroepsgroepen wordt verwezen in artikel 2.4 respectievelijk 2.6 van het Besluit zorgverzekering: zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden respectievelijk zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden. De sportarts introduceert niet een nieuw professioneel arsenaal op het gebied van de diagnostiek en

behandeling van genoemde blessures. Hij heeft wel een specifieke deskundigheid op dit gebied met name als het gaat om blessures die voortkomen uit bewegen of overbelasting. De sportarts diagnosticeert en geeft een behandeladvies (zie ook hierboven : *therapeutisch handelen*). De diagnostiek en het behandeladvies van de sportarts bij deze blessures scharen wij onder de 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Gezien de analogie verwijzen wij nog naar het standpunt dat het CVZ innam in 2009 rond de orthoptische zorg.¹⁴ De orthoptisten behandelen een aantal aandoeningen op het gebied van de oogheelkunde, zoals dubbelzien en scheelzien. Op dit gebied heeft de orthoptist een specifieke deskundigheid ontwikkeld. De oogarts schakelt vaak een orthoptist in voor behandeling van deze aandoeningen. Het CVZ concludeerde dan ook dat de orthoptische zorg bij enkele genoemde aandoeningen onder de 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' viel en daarmee onder de basisverzekering.

De huisartsen hebben ook aangegeven de deskundigheid van de sportartsen op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat op prijs te stellen. In een brief van de Landelijke Huisartsen Vereniging aan de VSG:

'De patiënt en diens huisarts hebben behoefte aan een verwijsmogelijkheid voor evidence based advisering over sportletsels (...) Tevens is er baat te verwachten van goede advisering en begeleiding van conservatieve behandeling van diverse (gewrichts)-aandoeningen, waarvoor nu vaak een ingreep als enige optie wordt gepresenteerd. (...)'¹⁵

Daarbij is ook van belang dat de sportarts actief is op het gebied van de niet-acute geneeskunde. Over het algemeen wordt de sportarts ingezet na een periode van ca 3-6 weken, dus als het eerste beloop van de klacht achter de rug is.

In bijlage 3 hebben wij een overzicht van de VSG opgenomen van verwijsindicaties voor de huisarts op het gebied van klachten van het bewegingsapparaat.

5.4.6 *Afbakening sportgeneeskunde en paramedische zorg (fysio-/oefentherapie)*

De afbakening tussen sportgeneeskunde en fysio-/oefentherapie is van belang omdat de fysio-/oefentherapie voor volwassenen op het gebied van blessures aan het houding- en bewegingsapparaat grotendeels buiten de basisverzekering valt.¹⁶

Het behandeladvies van de sportarts kan meerdere zaken behelzen:

- een advies aan verzekerde dat deze vervolgens zelf uitvoert (bijvoorbeeld oefeningen; aanpassing bewegen);
- een advies met een verwijzing naar een (sport)fysiotherapeut voor begeleiding (bij oefeningen);
- verwijzing naar medisch specialist, bijvoorbeeld voor orthopedie of chirurgie.

¹⁴ Vergelijk het CVZ-standpunt rond de orthoptische zorg:

<http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2008/0809-orthoptische-zorg-bij-amblyopie-strabismus-diplopie-asthenopie-en-refractie-afwijkingen>

¹⁵ Landelijke Huisartsen Vereniging aan de VSG, d.d. 15 februari 2012, geciteerd in VSG Beroepsprofiel huisarts

¹⁶ Voor vergoeding van fysio-/oefentherapie voor volwassenen geldt de voorwaarde van vermelding van de aandoening op de *Chronische lijst fysio- en oefentherapie* (bijlage 1 bij het Bzv). De eerste 20 zittingen zijn generiek uitgesloten van vergoeding.

Wij concludeerden hierboven dat de diagnostiek en het behandeladvies van de sportarts onder de basisverzekering vallen. Bij een verwijzing naar een (sport)fysiotherapeut voor begeleiding wordt deze zorg vergoed overeenkomstig de voorwaarden die hiervoor gelden in het Bzv, zoals vermelding van de aandoening op de zgn. *Chronische Lijst* en het niet vergoeden van de eerste 20 zittingen. (Hetzelfde geldt natuurlijk als het advies een verwijzing naar een medisch specialist behelst, maar daarvoor gelden minder restricties)

De sportartsen geven zelf aan dat zij geen rol zien bij de begeleiding van een oefen-/hersteltraject na het geven van het behandeladvies (los van een eventueel herhaalconsult om het beloop van de aandoening en herstel te volgen).¹⁷ Mochten zij zich in de toekomst eventueel toch op het gebied van deze begeleiding gaan begeven, dan leveren zij op dat moment zorg zoals fysio-/oefentherapeuten die plegen te bieden en zullen de daarvoor geldende voorwaarden van toepassing zijn.

5.4.7

Conclusie

De sportarts zet zijn deskundigheid op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat in bij blessures die zijn ontstaan door of in relatie met bewegen en/of overbelasting. Deze zorgvragen behoren tot (het te verzekeren risico van de) Zvw. De specifieke deskundigheid bij diagnostiek en behandeling van deze blessures scharen wij, in termen van de Zvw, onder de 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'

De zorg van de sportarts op dit gebied kan dus onder de basisverzekering vallen, voorzover het gaat om zorg beschreven in richtlijnen en standaarden. De sportarts ziet voor zichzelf geen rol bij de begeleiding van een oefen-/hersteltraject (los van een herhaalconsult om het beloop van aandoening en herstel te volgen). Deze begeleiding kwalificeren wij als 'zorg zoals fysio-/oefentherapeuten die plegen te bieden' en daarvoor gelden de vergoedingsvoorwaarden uit artikel 2.6 van het Bzv, ook als eventueel in de toekomst de sportarts deze begeleiding wil gaan leveren.

5.4.8

Opmerking

In hoofdstuk 6 gaan we in op de vraag of de wettelijke verwijzingsplicht uit artikel 14 lid 2 Zvw van toepassing is op de zorg die de sportarts levert. Vooruitlopend op conclusies die we daar zullen trekken rond deze toepasselijkheid, willen we hier al vermelden dat de zorgverzekeraar via specifieke polisvoorwaarden een doelmatige inzet van de sportgeneeskunde kan bevorderen, bijvoorbeeld door te vermelden bij welke indicaties de sportarts geconsulteerd kan worden op verwijzing door de huisarts

5.5

Casemanagement

Onder Kerntaak D beschrijft het beroepsprofiel de rol die de sportarts kan vervullen als casemanager of consulent in de zorgketen voor de chronisch zieke patiënt waarbij sport en/of bewegen als onderdeel van de behandeling wordt ingezet. Het gaat hierbij om zorg die wij deels al in een voorgaande paragraaf beschreven, namelijk hart-, long- en oncologische revalidatie. Ook een aantal andere patiëntengroepen worden genoemd (DM I en II; mensen met een lichamelijke beperking; postoperatieve patiënten met

¹⁷ Volgens de gegevens van de VSG bedraagt thans het gemiddeld aantal zittingen bij een sportarts 1,6.

(orthopedische) endoprothesen).

Casemanagement is, vanuit de Zvw bekeken, niet een aparte prestatie, maar een functie die vervuld wordt ten behoeve van de samenhang en optimalisering van de multidisciplinaire zorg. Coördinatie en regie zijn inherent aan multidisciplinaire zorg. Als de multidisciplinaire zorg onder de basisverzekering valt, dan vallen ook de kosten die met de coördinatie en regie samenhangen (bijvoorbeeld via casemanagement) onder de basisverzekering.

Als de sportarts als onderdeel van multidisciplinaire zorg de rol van casemanager vervult, dan vallen de kosten die met deze rol samenhangen onder de basisverzekering. Of de sportarts deze rol vervult, wordt bepaald door zijn kennis en deskundigheid en door de wijze waarop de betrokken zorgverleners de zorg organiseren.

6 De plek van de sportarts binnen de zorg in verband met verwijzing en bekostiging

6.1 Verwijzing

Voor 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' geldt het wettelijke voorschrift van de verwijzing.¹⁸ De sportarts is geen medisch specialist, maar levert vooral zorg die valt binnen de categorie 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Geldt voor de zorg geleverd door de sportarts dan ook het wettelijk voorschrift van de verwijzing?

Het Zorginstituut rekent in dit verband de zorg van sportartsen tot de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. Dit betekent dat voor de inzet van de sportarts inderdaad de verwijzingsplicht zoals genoemd in artikel 14 lid 2 Zvw zou moeten gelden. Een gerichte verwijzing door de huisarts kan een doelmatige inzet van de zorg door de sportarts bevorderen. (Voor het revalidatietraject waarin een sportarts kan participeren, is sowieso een verwijzing nodig.)

6.2 Eerste lijn, tweede lijn?

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij beschreven of en in hoeverre de sportgeneeskunde onder de Zvw valt. Wil zorg onder de Zvw geleverd en gedeclareerd kunnen worden, dan zal er ook een prestatiebeschrijving onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) moeten komen en eventueel een tarief vastgesteld.

Voor de Wmg is dan van belang in welk domein de sportarts gepositioneerd wordt: eerste of tweede lijn; intramuraal of extramuraal. Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de inzet van de sportgeneeskunde op diverse fronten plaatsvindt. De vraag naar eerste of tweede lijn, intra- of extramuraal valt dus niet eenvoudig te beantwoorden.

Er zijn wel enkele (zorg)inhoudelijke kenmerken die wij kunnen destilleren uit de voorgaande beschrijvingen. De sportarts functioneert binnen het deskundigheidsgebied van het houding- en bewegingsapparaat overwegend monodisciplinair. De zorg die op dit gebied onder de basisverzekering kan vallen, lijkt ook vooral enkelvoudige interventies te betreffen en geen zorgtrajecten. Het deskundigheidsgebied inspanningsfysiologie wordt juist ingezet bij multidisciplinaire zorg en betreft ook voornamelijk zorgtrajecten.

De rol van casemanager betreft uiteraard multidisciplinaire zorg en zorgtrajecten.

¹⁸ Artikel 14 lid 2 Zvw: De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

7 Consultatie

Zorginstituut Nederland heeft de volgende partijen geconsulteerd over dit standpunt, namelijk:

1. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
2. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
3. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
4. Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
5. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)
6. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
7. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (NVR)
8. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
9. Orde van Medisch Specialisten (OMS)
10. Vereniging van Oefentherapeuten Caesar Mensendieck (VvOCM)
11. Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
12. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

1.
In het standpunt sluit het Zorginstituut een aantal onderdelen van de sportgeneeskunde uit van de basisverzekering, zoals het sportmedisch onderzoek, sportmedische begeleiding, verbetering van prestaties, advisering over trainingsschema. De reacties scharen zich achter deze uitsluitingen. Zorgverzekeraars Nederland vreest dat de afbakening in de praktijk niet altijd makkelijk te controleren en uit te voeren zal zijn. Het Zorginstituut meent dat deze begrenzing ook tot uiting kan komen in de Wmg-prestatiebeschrijvingen.

2.
De deskundigheidsgebieden die wij onderscheiden (inspanningsfysiologie; problematiek houding- en bewegingsapparaat die verband houdt met (over)belasting) worden onderschreven.

3.
De VvOCM ziet overlap met de zorg die oefentherapeuten leveren en zou graag zien dat hierover samenwerkingsafspraken gemaakt worden. Na overleg met de VSG concludeerde het Zorginstituut dat sportartsen en oefentherapeuten en sportartsen zich weliswaar beide kunnen bezighouden met (over)belasting van het houding-/bewegingsapparaat maar dat de deskundigheden eerder complementair zijn dan overlappend. De toegevoegde waarde van de sportarts ligt bij de diagnostiek en het behandeladvies. De oefentherapeut kan begeleiden bij het herstel-/oefentraject. Overigens kunnen beide partijen natuurlijk altijd samenwerkingsafspraken maken.

4.
De LHV meent dat het inspanningsadvies een toegevoegde waarde kan hebben bij preventie van het cardiometabool syndroom en betreurt het dan ook dat het Zorginstituut de wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit nog onvoldoende acht.

5.
De Nederlandse Orthopaedische Vereniging heeft bedenkingen bij de

introductie van de sportgeneeskunde onder de basisverzekering uit oogpunt van effectiviteit, kosteneffectiviteit en gepaste zorg. De NOV onderbouwt deze twijfel met de volgende punten:

- Bij de diagnostiek, behandeling en evaluatie van blessures aan het houding- en bewegingsapparaat heeft de sportgeneeskunde een beperkte toegevoegde waarde. Een sportarts verricht geen operatieve ingrepen en meet geen orthesen aan.
- De sportarts als nieuwe aanbieder binnen de zorg verdubbelt of verdringt bestaande aanbieders.
- De maatschappelijke consequenties van de introductie van de sportgeneeskunde binnen de te verzekeren zorg zijn onvoldoende in kaart gebracht om een positief standpunt te rechtvaardigen. Hetzelfde geldt voor de kostenconsequenties. Deze constatering hangt voor een groot deel samen met de waarschuwing van de NOV rond 'verdringing' en 'verdubbeling' van bestaand zorgaanbod. Wat de kosten betreft, een toename van de kosten kan volgen uit de detectie van, anders onopgemerkt gebleven, zorgvragen via het sportmedisch onderzoek (ook al valt het sportmedisch onderzoek zelf niet onder de basisverzekering).

Het Zorginstituut meent dat de NOV terecht constateert dat de sportarts geen operatieve ingrepen doet en geen orthesen aanmeet. Deze zorg valt inderdaad niet binnen het deskundigheidsgebied van de sportgeneeskunde. Of overigens de sportgeneeskunde een beperkte toegevoegde waarde heeft, hebben wij niet getoetst. Wel hebben wij geprobeerd zo duidelijk mogelijk te maken, bij welke problemen aan het houding-/bewegingsapparaat de sportarts een verwijzingsmogelijkheid zou zijn voor de huisarts via de opsomming van relevante richtlijnen en een uitwerking hiervan door de VSG. De huisartsen zien een toegevoegde waarde in de verwijzingsmogelijkheid naar de sportarts op dit gebied.

In dit standpunt geeft het Zorginstituut aan welk deel van de sportgeneeskunde, op basis van de bestaande regelgeving, onder de basisverzekering valt. Het is mogelijk dat als gevolg van het standpunt een 'nieuwe' aanbieder zorg overneemt van bestaande aanbieders. Deze consequentie kan echter de uitkomst van onze toetsing niet veranderen.

Het sportmedisch onderzoek kan inderdaad leiden tot de detectie van zorgvragen. Deze zorgvragen kunnen dan eventueel tot een behandeling onder de basisverzekering leiden. Het is mogelijk dat zonder het sportmedisch onderzoek een zorgvraag ongedetecteerd zou blijven. De vraag is wel of dat ook, in alle gevallen, wenselijk zou zijn.

6.

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie ziet een meerwaarde voor de sportgeneeskunde bij diagnostiek en behandeling van door sport/bewegen geluxeerde problematiek.

De NVvC meent dat het ondoelmatig is om 'diagnostiek en behandeling binnen het domein van een reeds lang aanwezige expertise bij (medisch) specialisten te gaan delen met sportgeneeskundig specialisten'. De NVvC meent ook dat (preventie van) het cardiometabool syndroom en hart(falen)revalidatie niet binnen het domein van de sportgeneeskunde vallen. Zij geven ook aan de sportarts niet over voldoende deskundigheid geschikt om zelfstandig cardiologische beeldvorming en therapieën te

hanteren en uit te voeren. Zij geeft aan dat het specialisme sportgeneeskunde duidelijker afgebakend moet worden ten aanzien van overlappende werkgebieden. Suboptimale zorg zou kunnen optreden door onvoldoende deskundigheid van de sportarts rond diagnostiek en behandeling op cardiovasculair terrein. Ondoelmatigheid zou kunnen optreden door doublures in onderzoek en diagnostiek.

Over casemanagement door de sportarts bij cardiovasculaire patiënten meent de NVvC dat er reeds lang een goed functionerende hartrevalidatieketen bestaat onder verantwoordelijkheid van cardioloog en revalidatiearts.

In het standpunt geeft het Zorginstituut aan dat de sportarts een bijdrage kan leveren aan de revalidatiezorg via zijn deskundigheid op het gebied van de inspanningsfysiologie. Deze deskundigheid krijgt dan vorm in een inspanningsadvies/-begeleiding. Overeenkomstig de informatie van de VSG op dit punt, hebben wij aangegeven dat dit een bijdrage is aan de revalidatieketen, maar dat dit gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, de orgaanspecialist.

Wij hebben niet beoordeeld of de sportarts zelfstandig cardiologische beeldvorming en therapieën kan hanteren. Een dergelijk oordeel valt buiten het bestek van dit standpunt. (Overigens vragen wij ons wel af of de sportarts zelf meent dat hij hiervoor voldoende geëquipeerd is.) Wel hebben wij aangegeven dat een inspanningsadvies ten behoeve van (preventie van het) cardiometabool syndroom niet onder de basisverzekering valt door het ontbreken van een voldoende wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit van een dergelijk advies. Hetzelfde geldt voor het inspanningsonderzoek ten behoeve van diagnostiek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning.

Wat het casemanagement door de sportarts betreft. Onze conclusie is dat casemanagement in het algemeen onder de basisverzekering valt, dus ook als de sportarts deze verricht. Het is aan de betrokken zorgaanbieders om de multidisciplinaire zorg te organiseren en te bepalen wie de rol van casemanager gaat vervullen.

7.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is op verschillende punten uit het rapport ingegaan, namelijk:

- ADL-niveau als eindpunt van een behandeling binnen de basisverzekering;
- de plek van de sportgeneeskunde binnen de revalidatieketen en het onderscheid tussen 'herstel' en 'prestatieverbetering';
- inspanningsonderzoek en de samenhang met 'sport' met het oog op het domein van de Zvw;
- financiële impact van de introductie van de sportgeneeskunde binnen de basisverzekering, ook gezien de vergoeding van de 'sportarts' binnen de huidige aanvullende verzekeringen;
- de vertaling van de te verzekeren onderdelen van de sportgeneeskunde in declarabele prestaties;
- de noodzaak van samenwerkingsafspraken met bestaande specialismen die vergelijkbare zorg leveren als de sportarts (zoals traumachirurgie; orthopedie; cardiologie en longgeneeskunde).

Sportgeneeskunde en eindpunt van de behandeling

De NVvH uitte kritiek op het begrip ADL-niveau ter begrenzing van de sportgeneeskundige behandeling onder de basisverzekering. Zij acht het begrip inhoudelijk ongeschikt om deze afbakening te maken en vraagt zich ook af wat het gebruik van het begrip ADL-niveau zou betekenen voor zorg die nu al vergoed wordt onder de basisverzekering. Deze kritiek wordt onderschreven door de Orde van Medisch Specialisten in haar reactie.

Wij willen een opmerking vooraf maken. Het rapport rond de sportgeneeskunde omvat een standpunt. In een standpunt stelt het Zorginstituut vast of zorg onder de basisverzekering valt. Dit doen wij aan de hand van de regelgeving van de Zorgverzekeringswet. De term 'sportgeneeskunde' leidt makkelijk tot de conclusie dat het hierbij gaat om zorg voor, al of niet professionele, (top)sporters die zich richt op zaken als prestatieverbetering, voorkomen van prestatievermindering, trainingsbegeleiding. Als dat zo was, dan was onze duiding een eenvoudige opgave gebleken. Immers, genoemde activiteiten vallen vanzelfsprekend buiten het bestek van een sociale ziektekostenverzekering.

Bij het begrip 'sportgeneeskunde' moeten we kijken naar de zorg die in de praktijk verleend wordt. Zoals we ook in het concept-rapport aangeven, houdt sportgeneeskunde zich bezig met 'vragen rond belastbaarheid in relatie tot sporten en/of bewegen'. 'Bewegen' is een activiteit die wij allen doen, die zelfs bevorderd dient te worden tegenwoordig. Het punt waar 'bewegen' overgaat in 'sporten' is moeilijk te bepalen, nog daargelaten dat ook zorgvragen die samenhangen met 'sporten' niet onmiddellijk, uit hun aard, buiten de dekking van de basisverzekering vallen, omdat onder de Zorgverzekeringswet het irrelevant is hoe een zorgvraag ontstaat (denk bijvoorbeeld aan een blessure die een recreatieve voetballer oploopt).

Uit het beroepsprofiel van de sportartsen blijkt dat de sportgeneeskunde ook activiteiten omvat die inderdaad uit hun aard buiten het domein van de basisverzekering vallen, zoals sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding. Voor ons standpunt moesten wij bepalen of er nog andere zorg(vragen) was (waren) aan te wijzen die sowieso niet binnen het domein van de Zorgverzekeringswet kunnen vallen. In dit verband hebben we de term 'ADL-niveau' geïntroduceerd, om hiermee een algemeen toepasbaar niveau van dagelijks functioneren aan te duiden. Om dit niveau te concretiseren is in het rapport het eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling vertaald in de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm (overeenkomstig de opvatting van de beroepsgroep). Dit is een norm die immers voor de algemene populatie geldt. Dit uitgangspunt hebben we misschien niet eerder in een standpunt uitgesproken. Wij leiden deze af uit de aard en het doel van de Zorgverzekeringswet zoals hierboven omschreven.

De NVvH heeft laten weten zich wel te kunnen vinden in de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm als eindpunt. Aangezien zowel NVvH als OMS kritiek hebben geuit op het begrip ADL-niveau, hebben wij besloten dit begrip niet te hanteren. Voldoende is dat partijen zich kunnen vinden in het eindpunt dat gevormd wordt door de gezond-bewegen-/fitnorm. Waar deze norm misschien minder geschikt is (bijvoorbeeld bij een schouderblessure) geldt nog steeds dat de Zvw zich richt op herstel/genezing/voorkomen van (verergering van) een aandoening binnen de context van de gehele bevolking.

Inspanningsadvies bij revalidatie

Het uitgangspunt dat wij hierboven omschreven, geldt natuurlijk ook voor het inspanningsadvies bij revalidatie. Dit betekent dat ook de bijdrage van de sportarts binnen revalidatie gericht is op 'herstel' en niet op prestatieverbetering of kunnen sporten.

Terecht constateert de NVvH dat de sportgeneeskunde nog geen plaats heeft verworven binnen de multidisciplinaire behandeling bij revalidatie. In ons standpunt geven wij echter alleen aan dat, conform de relevante richtlijnen, een inspanningsadvies op zijn plek is binnen de genoemde revalidatie. Dit inspanningsadvies kan dan ook vergoed worden binnen de basisverzekering. Wij concluderen echter niet dat 'de sportarts' per se binnen de keten een rol moet spelen. Het is aan de betrokken zorgaanbieders om de keten te organiseren zoals hen goed lijkt, op basis van de beschrijving van de 'goede zorg' in de relevante richtlijnen en standaarden.

Inspanningsonderzoek als diagnostiek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning

Rond het 'inspanningsonderzoek als diagnostiek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning', geeft u aan dat wij in het rapport niet hebben onderzocht of dit onderzoek buiten het domein van de Zvw valt gezien zijn relatie met 'sport'. U verwijst daarbij naar de zinsnede 'klachten betreffen bijvoorbeeld een onbegrepen prestatiedaling'. Op dit onderdeel is van toepassing wat wij hierboven schreven over 'bewegen' en 'sport'. Inderdaad valt dit onderzoek buiten het domein van de Zvw als het gaat om de begeleiding van, al of niet professionele, (top)sporters. Als een gemiddelde verzekerde dit overkomt tijdens bewegen of het, recreatieve, sporten, dan kan er wel een indicatie zijn voor een dergelijk onderzoek (mocht het 'effectief' blijken). De prestatiedaling kan immers een symptoom zijn van een onderliggende aandoening. Of deze indicatie er ook daadwerkelijk is, is afhankelijk van de beschrijving en onderbouwing van het onderzoek. Bij 'gebleken effectiviteit' is het verder aan de huisarts (of een andere arts die als 'poortwachter' optreedt), om te bepalen wanneer een verwijzing naar een dergelijk onderzoek is aangewezen. Deze toelichting hebben wij opgenomen bij het betreffende onderdeel in het rapport.

Aanvullende verzekeringen

De NVvH heeft ons het Vergoeding Overzicht Sportzorg 2014 gezonden. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars binnen de aanvullende verzekeringen vergoedingen voor 'de sportarts' hebben opgenomen. Om welke zorg het precies gaat, is niet altijd duidelijk, immers, achter 'sportmedisch advies' kan een variëteit aan zorgvormen schuilgaan. Echter, uit het overzicht blijkt ook dat onder de AV de vergoeding van sportgeneeskundige zorg bij blessures mogelijk is. Deze zorg kan, gezien ons standpunt, onder de basisverzekering vallen. Dit betekent dat er een verschuiving kan plaatsvinden van AV naar de basisverzekering. Het lijkt ons terecht dit te signaleren in het onderdeel 'kostenconsequenties', ook al kunnen wij de omvang van de verschuiving niet becijferen, omdat hiervoor de gegevens ontbreken.

Declaratiemogelijkheden en samenwerking

De NVvH vraagt zich af hoe de activiteiten van de sportarts binnen de basisverzekering vertaald zullen worden in declarabele prestaties in de DOT-systematiek door de NZa. In ieder geval zal dit in nauwe samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen moeten gebeuren als het gaat over

vergelijkbare zorg, aldus de NVvH.

Het ontwikkelen van declarabele prestaties voor de sportgeneeskunde ligt op het terrein van de NZa. Wij onderschrijven dat de introductie van een nieuwe beroepsgroep binnen de basisverzekering die zorg levert vergelijkbaar met zorg door bestaande specialismen (zoals traumachirurgie, orthopedie, cardiologie en longgeneeskunde) tot onduidelijkheid en fragmentatie in de zorg kan leiden. Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid van zorg is dit onwenselijk. Wij onderschrijven dan ook de noodzaak van nauwe samenwerking tussen betrokken disciplines. Wij hebben dit opgenomen in het hoofdstuk rond de consequenties van het standpunt.

8.

De Orde van Medisch Specialisten zonden ons een reactie die op verschillende punten overeenstemt met die van de NVvH:

- kritiek op het gebruik van het begrip ADL-niveau voor de begrenzing van de sportgeneeskundige zorg onder de basisverzekering;
- twijfels of de begrenzing van de sportgeneeskunde binnen de basisverzekering voldoende helder is voor Wmg-prestatiebeschrijvingen, contractering, polisvoorwaarden;
- behoefte aan een duidelijker beeld van de kostenconsequenties. De sportarts zal immers niet alleen zorg substitueren, maar ook 'nieuwe' zorg leveren in de zin van 'aanbod creëert vraag'.

Op verschillende punten zijn wij hierboven al ingegaan. Wat de kostenconsequenties betreft het volgende. Wij onderschrijven op zich de behoefte aan een duidelijker inzicht hierin. Bij een standpunt proberen wij dit altijd zo zorgvuldig mogelijk te berekenen. In dit standpunt stuiten wij echter op het probleem dat de variabelen voor deze berekening grotendeels onbekend zijn. De prijs, de omvang van de zorg, de substitutie voor andere, wellicht duurdere zorg spelen alle een rol, maar een enigszins onderbouwde raming is lastig te maken. Ook voor dit onderdeel geldt de noodzaak van samenwerking met bestaande specialismen, zoals we hierboven ook al aangaven rond kwaliteit en doelmatigheid.

8 Standpunt sportgeneeskunde

In de voorgaande hoofdstukken kwamen wij tot de volgende conclusies rond de vraag of sportgeneeskunde onder de Zvw valt.

8.1 Sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding

Sportmedische onderzoeken en sportmedische begeleiding zoals geleverd door de sportarts vallen niet onder de basisverzekering. Een sportmedisch onderzoek kan leiden tot de detectie van een zorgvraag. De zorg in verband met deze zorgvraag kan wel onder de Zvw vallen (gegeven de reguliere Zvw-voorwaarden).

8.2 Eindpunt sportgeneeskundige behandeling

Ook al valt de zorg die de sportarts levert onder de Zvw, zijn inzet wordt niet vergoed via de basisverzekering als de zorg verder gaat dan herstel, genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening (bijvoorbeeld specifiek gericht op het terugbrengen naar sportniveau of verbeteren van de prestaties). Dit eindpunt wordt wat de sportgeneeskunde betreft, vertaald in een behandeladvies gericht op het (weer), zoveel als mogelijk, kunnen voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en/of Fitnorm. Mocht deze norm minder geschikt zijn, gezien de aard van de aandoening/blessure, dan geldt nog steeds dat zorg onder de Zorgverzekeringswet gericht is op herstel, genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening en niet op prestatieverbetering of terugbrengen naar sportniveau.

8.3 Inspanningsadvies, –begeleiding en -onderzoek

1.

Inspanningsadvies en begeleiding door de sportarts om het inspanningsvermogen te optimaliseren als onderdeel van revalidatie en conform de relevante richtlijnen, valt onder de basisverzekering. Het hoofdbehandelaarschap ligt bij de betrokken orgaanspecialist. Het revalidatietraject vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

2.

Het inspanningsadvies bij preventie (cardiometabool syndroom) valt niet onder de basisverzekering omdat de (kosten)effectiviteit hiervan nog onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd.

3.

Het inspanningsonderzoek bij onbegrepen klachten tijdens inspanning valt niet onder de basisverzekering omdat de effectiviteit hiervan nog onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd.

8.4 Houding- en bewegingsapparaat

De sportarts zet zijn deskundigheid op het gebied van het houding- en bewegingsapparaat in bij blessures die zijn ontstaan door bewegen en/of overbelasting. Deze zorgvragen behoren tot (het te verzekeren risico van

de) Zvw. De specifieke deskundigheid bij diagnostiek en behandeling van deze blessures scharen wij, in termen van de Zvw, onder de 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'

De inzet van de sportarts op dit gebied kan dus onder de basisverzekering vallen, voorzover het gaat om zorg beschreven in richtlijnen en standaarden.

De sportarts ziet voor zichzelf geen rol bij de begeleiding van een oefen-/hersteltraject (los van een herhaalconsult om het beloop van aandoening en herstel te volgen). Deze begeleiding kwalificeren wij als 'zorg zoals fysio-/oefentherapeuten die plegen te bieden' en daarvoor gelden de vergoedingsvoorwaarden uit artikel 2.6 Bzv, ook als eventueel in de toekomst de sportarts deze begeleiding wil gaan leveren.

Buiten de basisverzekering vallen:

- aanpassing trainingsschema, voorzover dit verder gaat dan een advies over de optimalisering van het herstel en maximale belasting, maar meer gericht is op de verbetering van de sportprestatie. Deze uitsluiting volgt uit het eindpunt van de sportgeneeskundige behandeling voor de basisverzekering, zoals wij in hoofdstuk 3 beschreven.
- overleg/afstemming met trainers/begeleiders over o.a. aanpassing trainingsschema, aanpassing sportmateriaal. Deze onderdelen kunnen wij niet kwalificeren als geneeskundige zorg, zoals verzekerd binnen de basisverzekering

8.5 Casemanagement

Casemanagement is, vanuit de Zvw bekeken, niet een aparte prestatie, maar een rol die vervuld wordt ten behoeve van de samenhang en optimalisering van de multidisciplinaire zorg. Coördinatie en regie zijn inherent aan multidisciplinaire zorg. Als de multidisciplinaire zorg onder de basisverzekering valt, dan vallen ook de kosten die met de coördinatie en regie (bijvoorbeeld via casemanagement) samenhangen onder de basisverzekering. Of de sportarts deze rol kan vervullen wordt bepaald door zijn kennis en deskundigheid en door de wijze waarop de betrokken zorgverleners de zorg willen organiseren.

8.6 Verwijzing

Voor de inzet van de sportarts binnen de basisverzekering geldt de wettelijke verwijzingsplicht uit artikel 14 lid 2 Zvw.

Het is mogelijk dat de sportarts concludeert dat de verzekerde is aangewezen op orthopedische of chirurgische zorg. De sportarts is geen medisch specialist, dus hij kan zelf niet zonder meer verwijzen naar medisch specialistische zorg. Een zorgverzekeraar kan deze verwijzingsmogelijkheid wel regelen in de polis. Ontbreekt deze, dan moet de verwijzing via de huisarts plaatsvinden.

9 Consequenties van het standpunt

9.1 **Bekostiging**

In hoofdstuk 6 gingen we al in op informatie ten behoeve van de bekostiging. Zoals gezegd, kunnen wij niet aangeven of sportgeneeskunde op zich onder de eerste of tweede lijn valt. Dat onderscheid is voor de Zvw ook maar beperkt van belang: in beide gevallen kan het gaan om te verzekeren zorg. In hoofdstuk 6 hebben we een aantal zorginhoudelijke kenmerken beschreven die voor de bekostiging van belang kunnen zijn (mono- vs multidisciplinair; enkelvoudige interventie vs zorgtraject). Partijen zullen zelf zo nodig met de NZa in overleg moeten treden over de bekostiging.

9.2 **Financiële consequenties**

De introductie van de sportgeneeskunde binnen de te verzekeren zorg introduceert geen nieuwe zorgvragen. De sportarts behandelt zorgvragen die ook nu al onder de basisverzekering vallen. Uit oogpunt van de zorgvraag is een kostenstijging niet erg waarschijnlijk.

Een kostenverhoging zou kunnen voortvloeien uit de volgende punten. Het is mogelijk dat de specifieke professionele deskundigheid van de sportarts, zijn toegevoegde waarde, een prijsopdrijvend effect heeft op bestaande zorg. Dit valt lastig te kwantificeren. Ook geldt: aanbod creëert vraag. Ook deze consequentie valt lastig te becijferen.

Anderzijds, de inzet van de sportarts kan tot substitutie leiden naar goedkopere zorg, daar waar eventueel medisch-specialistische ingrepen worden voorkomen die duurder zijn dan een behandeladvies van de sportarts. Dit kan weer tot een kostenvermindering leiden.

Het risico dat de sportarts zorg gaat leveren onder de basisverzekering die substitueert voor niet-vergoede zorg door de fysiotherapeut (bijvoorbeeld vanwege de uitsluiting van eerste 20 behandelingen hebben) lijkt ons klein. Onder de basisverzekering valt de diagnostiek en het behandeladvies van de sportarts (en eventueel herhaalconsult om beloop van aandoening en herstel te volgen). Het begeleiden bij oefen-/hersteltraject behoort niet tot het arsenaal van de sportgeneeskunde. Dit blijkt ook uit het gemiddeld aantal zittingen dat een sportarts thans produceert, namelijk 1,6. In ons standpunt hebben we ook expliciet aangegeven, dat eventuele begeleiding bij oefen-/hersteltraject door de sportarts onder de 'zorg zoals fysio- en oefen-therapeuten die plegen te bieden' valt. De vergoeding van die zorg valt in dat geval onder de voorwaarden van het Bzv die voor fysio- en oefen-therapie gelden.

Het is wel mogelijk dat er een verschuiving gaat plaatsvinden van vergoeding van zorg via de aanvullende verzekering naar vergoeding via de basisverzekering. Uit het Vergoedingen Overzicht Sportzorg 2014 blijkt dat zorgverzekeraars in hun aanvullende verzekeringen vergoedingen voor de sportarts hebben opgenomen.¹⁹ De zorgverzekeraars hanteren uiteenlopende begrippen om de te vergoeden zorg te omschrijven en het is

¹⁹ www.sportzorg.nl: overzicht_vergoedingen_sportzorg_sportarts_2014.pdf

niet altijd duidelijk welke zorg bedoeld wordt in termen van dit rapport (Wat moeten we verstaan onder een 'sportmedisch advies'?). Duidelijk is echter dat het enerzijds zorg betreft die expliciet buiten de basisverzekering valt (sportmedische keuringen; voedings-/trainingsadvies; sportmassage), maar anderzijds zorg die wel onder de basisverzekering kan vallen (blessureconsulten; behandeling en advisering voor 'sporters' met een chronische blessure; herhalingsconsult).

Welk bedrag jaarlijks gemoeid is met de zorg onder de aanvullende verzekeringen die op basis van dit standpunt onder de basisverzekering kan vallen, is niet te becijferen. Aangezien zorgverzekeraars zo breed 'de sportarts' opnemen in hun aanvullende verzekeringen zal er wel met een verschuiving rekening moeten worden gehouden.

9.3 Declarabele prestaties – contractering - polisvoorwaarden

Het ontwikkelen van declarabele prestaties voor de sportgeneeskunde ligt op het terrein van de NZa. De introductie van een nieuwe beroepsgroep binnen de basisverzekering die zorg levert vergelijkbaar met zorg door bestaande specialismen (zoals traumachirurgie, orthopedie, cardiologie en longgeneeskunde) kan tot onduidelijkheid en fragmentatie in de zorg leiden. Ook onduidelijkheid ten aanzien van contractering of omschrijving in de polis ligt op de loer. Verschillende beroepsgroepen wezen ons op dit risico. Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid van zorg (en verzekering) is dit onwenselijk. Wij onderschrijven dan ook de noodzaak van nauwe samenwerking tussen betrokken disciplines bij de uitwerking van de sportgeneeskundige zorg onder de basisverzekering.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

09-11-2012

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Raad van Bestuur van het
College voor Zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen

**Directie Wetgeving en
Juridische Zaken**
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Datum **07 NOV. 2012**
Betreft Duiding sportgeneeskunde

Kenmerk
Z-3138683

Bijlage(n)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte heer Moerkamp,

In 1986 is sportgeneeskunde erkend als sociaal-geneeskundig specialisme. In de loop der jaren heeft het specialisme zich verder ontwikkeld en is de sportarts meer curatieve verrichtingen gaan uitvoeren. Er bestaat echter nog onduidelijkheid over de positie van sportgeneeskunde. Eén van de vragen die spelen is in hoeverre de zorg verleend door sportartsen verzekerde zorg is op grond van de basisverzekering.

Om antwoord te krijgen op deze vraag verzoek ik u een duiding uit te brengen met betrekking tot de vraag of, en zo ja in hoeverre, er bij de interventies die sportartsen plegen sprake is van verzekerde zorg (Zvw). U kunt zich daarbij baseren op het beroepsprofiel dat de Vereniging voor Sportgeneeskunde heeft opgesteld, waarin de kerntaken van sportartsen zijn gedefinieerd en waaruit is af te leiden bij welke kerntaken sprake is van curatieve zorg, revalidatiezorg en/of preventie. Ik verzoek u de duiding uiterlijk begin februari 2013 uit te brengen.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de ~~Directeur~~ ~~Zorgverzekeringen~~,

drs. G.G.J. Klein Ikkink

Beroepsprofiel Sportarts



Vereniging voor Sportgeneeskunde

© *Vereniging voor Sportgeneeskunde, Bilthoven*

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de VSG.

Vereniging voor Sportgeneeskunde
Postbus 52, 3720 AB Bilthoven
Telefoon 030-2252290
E-mail VSG@sportgeneeskunde.com
Homepage www.sportgeneeskunde.com

INHOUDSOPGAVE

1. Algemene informatie over het beroepsprofiel Sportarts
2. Definitie Sportgeneeskunde
3. Doelgroepen van de sportgeneeskunde
4. Kerntaken van de sportarts
5. Werkplekken van de sportarts
6. Positionering binnen de gezondheidszorg
7. Toekomstige ontwikkelingen
8. Richtlijnen voor artsen omtrent het sportmedisch handelen

1. ALGEMENE INFORMATIE OVER HET BEROEPSPROFIEL SPORTARTS

<i>Datum</i>	19 april 2012
<i>Versie</i>	Definitief
<i>Regie</i>	Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
<i>Ontwikkeling</i>	Werkgroep Update Beroepsprofiel Sportartsen: <ul style="list-style-type: none">- S. Bredeweg- C. Dijkers- E. van Dorssen (aios sportgeneeskunde)- E. Hendriks- M. Moen- E. Stolk- M. van der Werve- D. de Winter Ondersteuning vanuit het bureau: <ul style="list-style-type: none">- C. Kanne en C. Ottevanger
<i>Brondocumenten</i>	Beroepsprofiel Sportarts (juni 2004, VSG1750) Meerwaardenotitie (juni 2011, VSG3871) Beroepsprofielen en opleidingsplannen van medisch specialisten, met name van de revalidatiegeneeskunde, orthopedie en cardiologie.
<i>Legitimering profiel</i>	Vernieuwd beroepsprofiel is geaccordeerd door de ALV van de VSG op 19 april 2012

2. DEFINITIE SPORTGENEESKUNDE

Sportgeneeskunde is het medisch specialisme dat zich richt op het bevorderen, waarborgen en herstellen van de gezondheid van mensen die (willen gaan) sporten en/of bewegen. Ook richt het zich op het door sport en/of bewegen bevorderen en herstellen van de gezondheid van mensen met chronische aandoeningen. Bij beide facetten wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de specifieke belasting en belastbaarheid (*Beroepsprofiel Sportgeneeskunde, 2004*).

Samengevat: de sportarts is de expert op het gebied van belasting – belastbaarheid in relatie tot sport en/of bewegen

De sportarts die de vierjarige specialisatie in de sportgeneeskunde heeft afgerond, bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied en past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied ethisch verantwoord, professioneel en (zo mogelijk) evidence-based toe door een effectieve behandelrelatie met zijn/haar patiënten op te bouwen. De sportarts werkt effectief en doelmatig (niet alleen in samenwerking met de patiënt maar ook met andere in- en externe professionals) en levert hoogstaande patiëntenzorg op integrale, oprechte en betrokken wijze. De sportarts draagt waar mogelijk bij aan de onderbouwing van het vakgebied door het doen van wetenschappelijk onderzoek en het delen van deze kennis door middel van publicaties, onderwijs en voordrachten.

3. DOELGROEPEN VAN DE SPORTGENEESKUNDE

De doelgroepen van de sportgeneeskunde worden gevormd door mensen die

- sporten en/of bewegen als doel op zich of
- die sporten en/of bewegen inzetten als middel:
 - ter bevordering van het herstel of de kwaliteit van leven en/of
 - ter preventie van (verergering van chronische) aandoeningen.

Meer specifiek kunnen binnen de sportgeneeskunde vijf doelgroepen worden onderscheiden, die zijn vastgesteld door het Landelijk Platform Sportgezondheidszorg (2005). Elke doelgroep heeft specifieke zorgvragen aan de sportgeneeskunde.

1. Inactieven die actief willen worden

Fysiek inactieve personen die na een (lange) periode van inactiviteit weer willen gaan sporten of bewegen of het advies hebben gekregen om weer te gaan sporten of bewegen.

2. Recreatiegerichte sporters

Sporters die sport vooral zien als een gezonde, ontspannende bezigheid. Het leveren van (steeds betere) prestaties is voor deze groep niet de primaire motivatie.

3. Prestatiegerichte sporters

Sporters die (extra) trainen om (steeds beter) te presteren. Voor deze groep is het belang van sportbeoefening (relatief) groot.

4. Maximale sporters

Maximale sporters zijn op zoek naar de uiterste grenzen van wat zij lichamelijk (en mentaal) kunnen presteren en trainen daar in de praktijk (nagenoeg) dagelijks voor. Onder deze doelgroep vallen ook sporters die op nationaal of internationaal niveau tot de besten in hun sport (willen) behoren. Dat zijn niet alleen de A- en B-sporters volgens de indeling van NOC*NSF, maar ook de talenten en beroepssporters.

5. Chronisch zieken

Sport en/of bewegen kunnen bij bepaalde chronische aandoeningen een positieve bijdrage leveren aan het ziekteproces, de levensduur en de kwaliteit van leven. De kennis van de sportarts ten aanzien van het bepalen van de individuele balans tussen belasting en belastbaarheid van chronisch zieken en de daaraan gekoppelde beweegadvisering levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg voor en kwaliteit van leven van deze groepen patiënten.

4. KERNTAKEN VAN DE SPORTARTS

De kracht van de sportarts ligt in het feit dat deze een analyse kan maken van de klacht, waarbij rekening wordt gehouden met het feit dat de ontstaanswijze vaak multifactorieel bepaald is en - in het geval van een klacht van het bewegingsapparaat - als regel gepaard gaat met problematiek in de lichaamsketen (ketenproblematiek). Dit impliceert dat het therapeutisch handelen op meerdere niveaus gericht kan zijn. In de analyse en de behandeling van het probleem worden onder andere ook materiaal- en omgevingsadvies en psychische, sociale en cognitieve factoren meegenomen.

- A. Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat die door sport of bewegen zijn ontstaan en/of zich daarbij manifesteren. Het merendeel van deze blessures betreft chronische overbelastingsblessures.
- B. Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van fysieke problematiek, een ander orgaansysteem dan het houdings- en bewegingsapparaat betreffende, die door sport of bewegen is ontstaan en/of zich daarbij manifesteert.
- C. Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van (onbegrepen) algehele problematiek die door sport of bewegen is ontstaan en/of zich daarbij manifesteert.
- D. Casemanagement of consulentchap in de zorgketen voor de chronisch zieke patiënt waarbij sport en/of bewegen als onderdeel van de behandeling wordt ingezet.
- E. Sportmedische onderzoeken
Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculaire systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven.
- F. Sportmedische begeleiding
Sportmedische begeleiding heeft als uitgangspunt het bewaken c.q. optimaliseren van de gezondheid en/of het prestatievermogen van de (top)sporter in het kader van sportbeoefening. Het is een, in de tijd, continu proces van sportmedische zorg voor individuele sporters of groepen sporters.

De kerntaken worden in het vervolg van het document nader toegelicht.

Een standaard onderdeel van de kerntaken A t/m D is het afnemen van een algemene en sportspecifieke anamnese en van een algemeen lichamelijk onderzoek en/of sportspecifiek onderzoek van het bewegingsapparaat.

Voor het stellen van de diagnose zal de sportarts op indicatie gebruik maken van:

- Inspanningsdiagnostiek; onder te verdelen in inspanningstesten uitgevoerd in het laboratorium en inspanningstesten uitgevoerd in de sportspecifieke situatie. De testen die in het laboratorium worden uitgevoerd zijn met name (maximale) inspanningstesten op een (fiets)ergometer of loopband onder ECG-controle en op indicatie aangevuld met ademgasanalyse;
- Biomechanische analyse (o.a. loopanalyse);
- Compartimentsdrukmeting.

Zo nodig wordt aanvullende diagnostiek aangevraagd:

- Laboratoriumonderzoek/bloedanalyse;
- Longfunctieonderzoek;
- Beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto, echografie, scintigrafie, CT-scan, MRI);
- EMG-onderzoek;
- Spierkrachtmeting.

Kerntaak A

Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat die door sport of bewegen zijn ontstaan en/of zich daarbij manifesteren. Het merendeel van deze blessures betreft chronische overbelastingsblessures.

Deze blessures betreffen de/het:

- Spier-, fascie- en peesstelsel (spier-, pees- en fasciestrain, tendinopathie, compartimentsyndroom en myositis ossificans);
- Skelet (zoals het mediaal tibiaal stressyndroom, stressfracturen, avulsie, apofyse/epifyseletsel en botcontusie);
- Gewrichten (intra- en extra articulaire problematiek zoals meniscus- en chondraalletsel, bandletsel (al dan niet met gewrichtsinstabiliteit tot gevolg), synovitis/capsulitis en impingement klachten van schouder, elleboog, heup en enkel);
- Combinaties van bovenstaande zoals het ‘patellofemorale pijnsyndroom’ en specifieke lage rugklachten;
- Varia: zoals frictiesyndromen, bursitiden en apofysitiden bij kinderen.

Therapeutisch handelen bij blessures van het houdings- en bewegingsapparaat:

- Begeleiding en procesbewaking bij hersteltrajecten teneinde het herstel te bespoedigen, een recidief te voorkomen en progressie alsmede secundaire schade te vermijden;
- Geven van een gericht beweeg- en sportadvies, aanpassen trainingsschema;
- Voorschrijven aanpassingen materiaal (advies m.b.t. schoeisel, inlays of ander sportmateriaal);
- Gerichte en sportspecifieke oefeningen voorschrijven (met instructies of in complexere gevallen gericht aangestuurd via de (sport)fysiotherapeut);
- Indicatiestelling tape, bandagering en bracing;
- Injectietherapie, medicatie ten behoeve van pijnbestrijding en herstel en eventueel andere nieuwe bewezen therapieën;
- Overleg c.q. afstemming met trainers/begeleiders over o.a. aanpassen trainingsschema, aanpassen sportmateriaal.

Kerntaak B

Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van fysieke problematiek, een ander orgaansysteem dan het houdings- en bewegingsapparaat betreffende, die door sport of bewegen is ontstaan en/of zich daarbij manifesteert.

Denk hierbij onder andere aan:

- Inspanningsgebonden luchtwegklachten;
- Inspanningsgebonden cardiale klachten, inclusief thoracale klachten eci.;
- Inspanningsgerelateerde maag- darmklachten;
- Inspanningsgerelateerde klachten van het urogenitale systeem;
- Inspanningsgerelateerde hoofdpijnlachten;
- Inspanningsgerelateerde vasculaire problematiek;
- Neurologische entrapmentklachten;
- Specifieke klachten die kunnen optreden bij het sporten met een chronische aandoening;
- Varia zoals: hersenletsel, ‘Female athlete triad’.

Therapeutisch handelen bij fysieke problematiek, niet het houdings- en bewegingsapparaat betreffende:

- Geven van een gericht beweeg- en sportadvies, aanpassen trainingsschema;
- (Aanpassen) medicatie;
- Gerichte en sportspecifieke oefeningen voorschrijven (met instructies of in complexere gevallen gericht aangestuurd via de (sport)fysiotherapeut);
- Overleg c.q. afstemming met trainers/begeleiders over o.a. aanpassen trainingsschema.

Kerntaak C

Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van (onbegrepen) algehele problematiek die door sport of bewegen is ontstaan en/of zich daarbij manifesteert.

Denk hierbij onder andere aan:

- Onbegrepen prestatiedaling;
- Beperkte belastbaarheid, overtraint zijn;
- (Chronische) vermoeidheid.

Therapeutisch handelen bij (onbegrepen) algehele problematiek:

- Een persoonlijk advies na het bepalen van een belastbaarheidsprofiel betreffende sport en/of bewegen, aanpassen trainingsschema, leefstijladvisering;
- Voedings- en eventueel suppletieadviezen (vitamines/mineralen);
- (Advies m.b.t.) aanpassen medicatie.

Kerntaak D

Casemanagement of consulentschap in de zorgketen voor de chronisch zieke patiënt waarbij sport en/of bewegen als onderdeel van de behandeling wordt ingezet.

De sportgeneeskundige expertise op het gebied van belasting en belastbaarheid, inspanningsdiagnostiek en trainingsleer kan optimaal gebruikt worden voor conditieverbetering. Sportartsen kunnen als consulent verbonden aan een multidisciplinair team (ketenzorg) een bijdrage leveren op het terrein van fysieke belastbaarheid voor het bereiken van revalidatiedoelen bij andere diagnosegroepen (o.a. orthopedisch, cardiaal, pulmonaal, oncologisch) waarbij vooral verminderde belastbaarheid op de voorgrond staat. De sportarts werkt in deze situatie duidelijk complementair. Bij de begeleiding van sporters met een lichamelijke beperking kan de sportarts als casemanager of als consulent een rol vervullen.

Denk hierbij aan individueel inspannings- en/of trainingsadvies bij onder andere:

- Hartrevalidatie (hartfalen en na hartinfarct);
- Longrevalidatie (COPD);
- Oncologische revalidatie (waar o.a. chronische vermoeidheid een rol speelt);
- Diabetes mellitus I / II (plus metabool syndroom);
- Mensen met een lichamelijke beperking (vanuit ADL naar sportsituatie);
- Psychiatrische aandoeningen (running therapie bij depressie);
- Postoperatieve patiënten met (orthopedische) endoprothesen.

Therapeutisch handelen bij de chronisch zieke patiënt:

- Een persoonlijk advies na het bepalen van een belastbaarheidsprofiel betreffende inspanning/training, opstellen trainingsschema, leefstijladvisering;
- Voedings- en eventueel suppletieadviezen (vitamines/mineralen);
- (Advies m.b.t.) aanpassen medicatie in overleg met behandelend arts/specialist.

Kerntaak E

Sportmedische onderzoeken

Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculaire systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven.

De exacte invulling van een sportmedisch onderzoek is afhankelijk van de belastingbelastbaarheid van een sporter, de persoonlijke wensen van een sporter en indien voorgeschreven de richtlijnen van sportbonden, -organisaties of -opleidingen en kan onder andere bestaan uit:

- Biometrie;
- Algemeen intern en neurologisch onderzoek;
- Algemeen onderzoek van het bewegingsapparaat;
- Sportgeneeskundig onderzoek van het bewegingsapparaat gericht op sporttak en op eventuele klachten;
- Cardiovasculaire screening inclusief electrocardiogram (Lausanne protocol, conform de regelgeving van nationale en internationale sportbonden danwel sportopleidingen uitgevoerd ter voorkoming van acute hartdood in de sport);
- Screenende longfunctietest;
- Bloedonderzoek (beperkt of op indicatie uitgebreid bloedonderzoek);
- Maximale inspanningstest met ECG-controle;
- Spiro-ergometrie (ademgasanalyse).

Advisering op het gebied van belastbaarheid:

- Een persoonlijk advies na het bepalen van een belastbaarheidsprofiel betreffende verantwoord sporten en/of bewegen, trainingsschema, leefstijladvies;
- Voedings- en eventueel suppletieadviezen (vitamines/mineralen);
- (Advies m.b.t.) aanpassen medicatie daarbij rekening houdend met internationale dopinglijst;
- Advies over gebruikt sportmateriaal.

Kerntaak F

Sportmedische begeleiding

Sportmedische begeleiding heeft als uitgangspunt het bewaken c.q. optimaliseren van de gezondheid en/of het prestatievermogen van de (top)sporter in het kader van sportbeoefening.

Het is een, in de tijd, continu proces van sportmedische zorg voor individuele sporters of groepen sporters. Gedurende het jaar is er sprake van meerdere contactmomenten.

Bij de sportmedische begeleiding wordt gebruik gemaakt van de kerntaken A, B, C, en E aangevuld met acute hulpverlening tijdens nationale trainingen, trainingsstages en wedstrijden en huisartsenzorg bij trainingsstages en wedstrijden in het buitenland.

Sportmedische begeleiding als zodanig wordt veelal verzorgd door een multidisciplinair samengesteld team. De sportarts treedt daarin op als coördinator van de (para)medische zorg.

5. WERKPLEKKEN VAN DE SPORTARTS

Sportartsen zijn met name werkzaam:

- In gecertificeerde Sportmedische Instellingen (SMI), waarvan er bijna 60 verspreid over Nederland zijn. Deze SMI zijn zowel gevestigd in (of verbonden aan) een ziekenhuis als daarbuiten. Iedereen met een sportmedische vraag kan terecht bij de sportarts in een SMI. Een aantal SMI voldoet bovenop de eisen die aan een gecertificeerde Sportmedische Instelling worden gesteld, nog aan een aantal extra eisen waarvoor zij het certificaat 'Topsport Medisch Samenwerkingsverband (TMS)' hebben ontvangen. Sportbonden sluiten een overeenkomst af met één of meerdere TMS-en voor het afnemen van sportmedische zorg/begeleiding. De doelgroepen waarop de TMS-en zich richten zijn A- en B-sporters, talenten en beroepssporters. TMS-en hebben aantoonbare samenwerkingsverbanden met beroepsbeoefenaren die nodig zijn voor een optimale uitvoering van het topsportmedisch-programma van de sportbond. Daarnaast kunnen TMS-en ook diensten leveren aan de 4 Centra voor Topsport en Onderwijs (CTO) die NOC*NSF heeft opgericht. Deze CTO's zorgen voor optimale randvoorwaarden voor de A- en B-sporters en talenten die deelnemen aan topsportprogramma's van bonden. Uniek aan deze centra is dat op één locatie fulltime trainen, studeren en wonen optimaal te combineren is en inzet van diverse specialisten (fysieke training, prestatiediagnostiek, voeding, mentale begeleiding, (para)medici, maatschappelijke begeleiding) binnen handbereik is, volgens gestandaardiseerde kwaliteit en procedures;
- Voor sportbonden en (professionele) sportverenigingen (zoals betaald-voetbalorganisaties).

6. POSITIONERING BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG

Sportgeneeskunde maakt deel uit van de sportgezondheidszorg en de sportgezondheidszorg vormt een onderdeel van de algemene gezondheidszorg. Sportgezondheidszorg is door het Ministerie van VWS in 2001 gedefinieerd als: 'het geheel aan (preventieve en curatieve) medische, paramedische en aanverwante dienstverlening ten behoeve van de doelgroep sporters of potentiële sporters' (Kabinetsnota Sport, bewegen en gezondheid, 2001). De sportarts, sportfysiotherapeut en gecertificeerde sportmasseur kunnen gezien worden als de belangrijkste groepen professionals die werkzaam zijn binnen de sportgezondheidszorg en een bijdrage leveren aan het bewaken/optimaliseren van de gezondheid van iedereen die wil sporten of bewegen.

De sportarts werkt samen met andere specialisten binnen de algemene gezondheidszorg zoals de orthopeden, chirurgen, cardiologen, internisten, longartsen, revalidatieartsen en huisartsen. De meerwaarde van de sportgeneeskunde in relatie tot andere specialismen ligt vooral op het terrein van advisering op het gebied van de belasting en belastbaarheid in relatie tot bewegen en sport.

7. TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

Ontwikkelingen/trends in zorg(vraag)

Een aantal ontwikkelingen binnen de zorg kan consequenties hebben voor de vraag naar sportgeneeskundige zorg, te weten:

- Bewegen wordt steeds meer ingezet als middel ter preventie en of behandeling van chronische aandoeningen ('exercise is medicine');
- Meer mensen zullen chronische aandoeningen krijgen met meer co-morbiditeit;
- De doelgroep ouderen (die sport) wordt groter (vergrijzing);
- Patiënten willen zelf hun ziekte/aandoening regisseren (zelfmanagement);
- Werkgevers besteden steeds meer aandacht aan het fit en vitaal houden van hun medewerkers;
- Stijging van het aantal sportblessures bij kinderen.

De overheid streeft naar een fitte en vitale bevolking, met als doel dat de kwaliteit van leven voor iedereen verder omhoog gaat en de zorgkosten beheersbaar blijven. Daarnaast zet de overheid in op veilig sporten en bewegen in de buurt. Er dient voldoende sport- en beweegaanbod in de buurt te zijn dat aansluit op de behoeften en belevingswereld van verschillende doelgroepen (zoals jeugd, volwassenen, ouderen, chronisch zieken, mensen met lichamelijke beperkingen) en veilig en toegankelijk is. Veilig sporten betekent ook verantwoord sporten en bewegen, zodat schade aan de gezondheid door sporten en bewegen zoveel mogelijk wordt voorkomen of beperkt alsmede medische kosten en arbeidsverzuim worden teruggedrongen. De sportgeneeskunde speelt hier een belangrijke rol bij.

Ontwikkelingen/trends in doelgroepen

Naast sporters en mensen die (sportief) bewegen zijn er mogelijk andere doelgroepen die gebruik kunnen maken van de specifieke expertise van de sportarts op het gebied van belasting en belastbaarheid. Denk hierbij aan:

- 'Fysieke kunstenaars', zoals dansers en acrobaten. Voor deze doelgroep is de artistieke prestatie het primaire doel, wat onverlet laat dat de fysieke belasting om dit te bereiken groot kan zijn en sportmedische problemen veelvuldig (kunnen) optreden;
- Musici. Deze doelgroep heeft te maken met belasting en belastbaarheid tijdens het spelen van een muziekinstrument. Vooral voor musici die op hoog niveau musiceren, kunnen overbelastingsblessures een grote impact hebben op de uitoefening van hobby of werk.

Ontwikkelingen/trends op sportgebied

De sportbonden en NOC*NSF hebben in de Sportagenda 2016 de ambitie uitgesproken om de sportparticipatie te verhogen naar 75 procent. Dit betekent: (1) meer mensen (2) vaker (3) actief te laten sporten (4) gedurende een langere periode in hun leven.

Wanneer meer Nederlanders gaan (en langer blijven) sporten en/of bewegen, zal de vraag naar (preventieve) zorg bij (sport)blessures toenemen. Dit betreft niet alleen recreatieve en prestatiegerichte sporters, maar ook mensen zonder sportverleden (inactieven) en/of met chronische aandoeningen. Vanuit iedere doelgroep zal er een specifieke vraag naar sportgerelateerde zorg aanwezig zijn. Ook leeftijd speelt een rol. Bij het inzetten op senioren als belangrijke doelgroep is het een eerste voorwaarde dat de vraag naar (preventieve) sportmedische zorg die vanuit deze groep ontstaat, opgevangen kan worden.

In 2011 is de VSG partner van NOC*NSF geworden. Alles wat met sportmedische zorg voor breedtesporters te maken heeft (dus ook informatievoorziening) wordt door NOC*NSF doorverwezen/gedelegeerd aan de VSG. Dit betekent dat de VSG met alle daar aanwezige kennis en expertise een steeds duidelijkere en gewaardeerde positie krijgt in het veld van sportmedische zorg en informatievoorziening.

Het kabinet ondersteunt (zeker tot 2016) het streven om de Olympische en Paralympische Spelen in 2028 naar Nederland te halen. Dit betekent onder andere dat Nederland structureel in de top 10 van het medailleklassement moet staan. De sportgeneeskunde zal moeten zorgen voor optimale sportmedische zorg voor en begeleiding van A- en B-sporters en talenten en voor voldoende kwalitatief goede sportmedische voorzieningen voor deze sporters middels de gecertificeerde Topsportmedische Samenwerkingsverbanden (TMS) en betrokkenheid bij de CTO's.

8. RICHTLIJNEN VOOR ARTSEN OMTRENT HET SPORTMEDISCH HANDELEN

Begin jaren negentig werd vanuit de sport en sportmedische praktijk duidelijk dat sportmedisch handelen een dusdanig onderscheidend karakter had gekregen, dat de algemene geneeskundige richtlijnen en gedragsregels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) niet meer toereikend waren. Er was dringend behoefte aan specifieke richtlijnen omtrent sportmedisch handelen. Punten die in de sportmedische praktijk problemen kunnen opleveren zijn bijvoorbeeld privacy en publiciteit (beroepsgeheim), dopinggebruik, gebruik van pijnstillers tijdens sportbeoefening, belangenverstremming (sportclubs/behandelaar) en hoe om te gaan met (medische verzorging bij) vechtsporten.

De Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) heeft in 1995 specifieke richtlijnen ontwikkeld voor alle artsen die sportmedisch handelen. Deze artsen kunnen op de richtlijnen omtrent sportmedisch handelen terugvallen in situaties waarin van hen handelingen worden verwacht die anders zijn dan in de geneeskunde gebruikelijk.

De richtlijnen voor artsen omtrent het sportmedisch handelen zijn ook nu nog onverkort van kracht.

BIJLAGE 3

1. Indicaties rond problemen houdings-/bewegingsapparaat waarbij een verwijzing van de huisarts naar een sportarts meerwaarde heeft.

Sportartsen staan door hun kennis van sportgeneeskundige letsels dichtbij de huisarts, omdat veel patiënten/sporters in eerste instantie met hun blessure bij de huisarts terecht komen. Sportartsen kunnen de huisarts helpen bij de klinische diagnostiek en de conservatieve therapie. Tevens behandelen sportartsen na verwijzing door huisartsen de sportmedische problematiek die niet in de eerste lijn opgelost kan worden.

De LHV heeft in 2012 op papier gezet wat voor hen de toegevoegde waarde van de sportgeneeskunde is, een citaat hieruit: *'De patiënt en diens huisarts hebben behoefte aan een verwijzingsmogelijkheid voor evidence based advisering over sportletsels, maar vooral ook voor leefstijladvisering/beweegadviezen bij complexe en gehandicapte patiënten. Bij revalidatie kan sportadviesing een aanvullende rol spelen. De bestaande specialismen voorzien maar ten dele hierin.'*

De Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) is reeds in gesprek met het NHG onder andere over de plaats van de sportarts binnen de NHG-standaarden.

De VSG heeft diverse na- en bijscholingsmodules ontwikkeld voor huisartsen onder andere op het gebied van klachten aan het bewegingsapparaat.

Standaarden t.a.v. klachten bewegingsapparaat

Verwijsindicaties sportarts voor alle hieronder genoemde standaarden.

- Twijfel huisarts omtrent diagnose.
- Niet vorderend herstel conform verwachting.
- Klinische beoordeling differentiaal diagnose/ oorzaak en gevolg vanuit belasting-belastbaarheid model.
- Klinische beoordeling behandelopties.
- Aanvraag aanvullende diagnostiek (röntgen MRI (artrografie),CT).
- 40 % van radiologieverslagen 2^e keer anders (MC 2014); huisarts leest veelal alleen verslag.
- Aanvraag musculoskeletale echografie door sportarts ter uitsluiting/aantonen van.
- Belasting-belastbaarheid analyse van de klacht uitgezet tegen biomechanische belasting van de patiënt (jong/oud/prestatiegericht/topsport/chronisch zieke/ minder valide), d.w.z., wat is de invloed van de context van bewegen/specifieke belasting of levensfase op een veronderstelde diagnose.
- Opzet multidisciplinair behandelplan/ sportgerichte revalidatie.
- (Echogeleide) injectietherapie.

1. specifieke lage rugpijn

Wat doet de sportarts:

- Anamnese
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek (orthopedisch en oriënterend neurologisch) in relatie met sport en bewegen (waaronder analyse belastbaarheid versus (sport)belasting)
- Spierkracht-/functietesten

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische karakter van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling (waaronder gerichte oefentherapie, correctie beenlengteverschil)
- Fysiotherapie

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

2. enkelbandletsel

Voorbeeld: aanhoudende klachten enkel na inversietrauma. Diagnostisch verzoek ter uitsluiting van sinus tarsi syndroom, impingementklachten, osteochondraal defect talus, corpus liberum enkel etc. Deel behandeld sportarts zelf, deel zal zo nodig worden doorverwezen naar orthopedisch chirurg.

Wat doet de sportarts:

- Anamnese
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek
- Beeldvormende diagnostiek (röntgenonderzoek, AMI-opname, MRI, CT, echografie)

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische karakter van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Tape
 - Brace/spalk
 - Gips
- Fysiotherapie
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

3. epicondylitis

Wat doet de sportarts:

- Anamnese
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek in relatie met sport en bewegen (waaronder analyse belastbaarheid versus (sport)belasting)
- Spierkracht-/functietesten
- Beeldvormende diagnostiek (röntgenonderzoek, MRI, CT, echografie)(in het kader van differentiaal diagnose/afwijkend beloop soms wenselijk)

Behandelopties:

- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Brace
 - Gips
- Fysiotherapie (excentrische oefentherapie)
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

4. hand- en polsklachten

Wat doet de sportarts:

- Anamnese
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek in relatie met sport en bewegen (analyse belastbaarheid versus (sport)belasting)
- Spierkracht-/functietesten
- Functieonderzoek (EMG)
- Beeldvormende diagnostiek (röntgenonderzoek, MRI, CT, echografie)
- Bloedonderzoek

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische karakter van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Tape
 - Brace/spalk
 - Gips
- Fysiotherapie
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

5. knieproblemen bij kinderen en adolescenten niet traumatisch

Belasting(sport) – en belastbaarheid(groei, specifieke kwetsbaarheden) staat centraal

Voorbeeld: Bij verdenking patellofemorale pijnsyndroom, Osgood Schlatter, M. Sinding Larssen Johanson, patellapeestendinopathie,

Wat doet de sportarts:

- Anamnese
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek in relatie met sport en bewegen
- Functionele krachttesten (w.o. double/single leg squat, lunge, hoptest, ecc dropsquat)
- Functieonderzoek (loopenalyse)
- Beeldvormende diagnostiek (standaard röntgenonderzoek, specifieke röntgenopnamen (tangentiële opname), MRI, CT, echografie, UTC)

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische karakter van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Tape
 - Brace/spalk
 - Gips
- Fysiotherapie
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

6. knieproblemen bij volwassenen niet- traumatisch

Bv bij verdenking patellapeestendinopathie, meniscopathie

Wat doet de sportarts:

- Anamnese
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek in relatie met sport en bewegen
- Functionele krachttesten (w.o. double/single leg squat, lunge, hoptest, ecc dropsquat)
- Functieonderzoek (loopenalyse)
- Beeldvormende diagnostiek (standaard röntgenonderzoek, echografie, MRI, UTC)
- Bloedonderzoek

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische karakter van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Tape
 - Brace/spalk
- Fysiotherapie
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

7. lumbo-sacraal radiculair syndroom

Wat doet de sportarts:

- Uitgebreid lichamelijk onderzoek
- Beeldvormende diagnostiek (standaard röntgenonderzoek, MRI)
- Bloedonderzoek

Behandelopties:

- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Tape
 - Brace/spalk
 - Gips
- Fysiotherapie
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

8. schouderklachten

Voorbeeld: Zie ook richtlijn SAPS(Subacromiaal pijnsyndroom 2013); operatie zelden nodig; wel veelal noodzaak tot afgewogen diagnostiek en behandelplan.

Wat doet de sportarts:

- Uitgebreid lichamelijk onderzoek
- Kracht- en coördinatietesten schouder- en scapulothoracale musculatuur
- Beeldvormende diagnostiek (standaard röntgenonderzoek, echografie, MRI evt. met arthrografie, CT)

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische kenmerken van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Brace/spalk
- Fysiotherapie
- Operatie (orthopedisch chirurg)

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts

9. traumatische knieproblemen

Wat doet de sportarts:

- Uitgebreid lichamelijk onderzoek
- Beeldvormende diagnostiek (standaard röntgenonderzoek, MRI, echografie, CT)

Behandelopties:

- Opstellen sport- of beweegspecifiek revalidatieplan voor patiënt
- Sport- en/of beweegadvies rekening houdend met biomechanische kenmerken van de diverse sport- en beweegvormen
- Conservatieve behandeling:
 - Medicatie
 - Injectie
 - Brace/spalk
 - Gips
- Fysiotherapie

Plek in het behandelproces: direct na de huisarts