

Visies op de toekomstige ontwikkeling van de sportarts

Een onderzoek naar de positie van de sportarts vanuit
verschillende perspectieven

Sophie Aapkes
Elize Vis
Linda Flinterman
Anne Brabers
Willemijn Meijer
Marloes Meijer
Ronald Batenburg



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Maart 2025

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2025 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In deze rapportage worden de uitkomsten beschreven van een onderzoek naar de positie van de sportarts in het Nederlandse zorglandschap vanuit verschillende perspectieven. Daarbij gaat het om de huidige positie van de sportarts, de ontwikkelingen die nu spelen, en hoe de toekomstige positie van de sportarts er gegeven deze ontwikkelingen uit zou kunnen zien. Dit is onderzocht vanuit het perspectief van de beroepsgroep zelf, zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt, werkgevers van sportartsen, verzekeraars en burgers en patiënten.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Sportgeneeskunde Nederland (SN). Sportgeneeskunde Nederland bestaat uit de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), de Stichting Beroepsopleiding tot Sportarts (SBOS), de Stichting Opleidingen in de Sportgezondheidszorg (SOS) en de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI). Hun gezamenlijke doel is de positionering en profilering van de sportgeneeskunde in de volle breedte in Nederland. Met hun ondersteuning kon gebruik worden gemaakt van bestaande literatuur en data, is nieuwe data onder burgers verzameld, en zijn focusgroepen en interviews voor dit onderzoek georganiseerd. Naast onze dank aan SN en de begeleidingscommissie gaat ook dank uit naar iedereen die heeft deelgenomen aan de focusgroepen, interviews en uitgezette enquêtes.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	10
1.1 Doel en onderzoeksvragen	12
1.2 Leeswijzer	13
2 Methoden van dit onderzoek	14
2.1 Literatuuronderzoek	14
2.2 Het perspectief van sportartsen zelf	14
2.3 Het perspectief van werkgevers	16
2.4 Perspectief van zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt	18
2.5 Perspectief van de zorgverzekeraar	19
2.6 Perspectief van burgers	20
2.7 Samenvatting methoden	21
3 De positie van de sportarts vanuit het perspectief van de beroepsgroep zelf	22
3.1 Een cijfermatige analyse van de demografische factoren, werkzame positie en werkweek van sportarts	22
3.2 Expertisegebieden van de sportarts	29
3.3 Focusgroepen met sportartsen: huidige positie, kansen, stimulerende factoren en belemmeringen	35
3.4 De visie van aio's sportgeneeskunde op de huidige positie, kansen, stimulerende factoren en belemmeringen	40
3.5 Verdieping: de visie van opleiders en een hoogleraar sportgeneeskunde op de huidige positie, kansen, stimulerende factoren en belemmeringen	43
4 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van werkgevers	45
4.1 Waar werkt de sportarts?	45
4.2 Vraag naar sportartsen	46
4.3 Visie op de sportarts van werkgevers	47
5 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van de zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt	51
5.1 Verwijscijfers naar de sportarts en andere medisch specialisten	51
5.2 Klachten en patiëntkarakteristieken van patiënten verwezen naar de sportarts en aanverwante specialismen	53
5.3 Gegevens over de huidige samenwerking met andere disciplines	56
5.4 Resultaten van interviews met zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt: huidige positie van de sportarts, kansen, belemmeringen en stimulerende factoren	57
6 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar	63

6.1	Vergoeding, inkoop- en contracteringsbeleid door zorgverzekeraars	63
6.2	De visie van de zorgverzekeraars op de sportgeneeskunde	63
6.3	Resultaten van een interview met één verzekeraar	64
7	De rol van de sportarts vanuit het perspectief van burgers	65
7.1	Peiling onder burgers en bezoekers van de website sportzorg.nl	65
7.2	Resultaten burger peiling	65
7.3	Resultaten van voorgelegde casussen aan burgers in burgerpanel en op sportzorg.nl	71
8	Synthese van visies en scenario's	74
8.1	Inleiding	74
8.2	Wat is de huidige positie van de sportarts?	74
8.3	Wat zijn de toekomstige ontwikkelingen in de vraag naar sportartsen?	76
8.4	Twee ontwikkelingen uitgewerkt	78
9	Discussie en conclusie	83
9.1	Toekomstige ontwikkelingen in de vraag naar sportartsen gezien vanuit de randvoorwaarden	83
9.2	De resultaten in het licht van actuele beleidsontwikkelingen	85
9.3	Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek	87
9.4	Conclusie	88
	Bronnen	89
	Bijlage A - Categorisering expertisegebieden	91
	Bijlage B - De top 20 verwijsoorzaken vanuit huisartsen	94
	Bijlage C - Vragenlijst uitgezet onder het Nivel Consumentenpanel en via sportzorg.nl	96

Samenvatting

Aanleiding en doel

De sportgeneeskunde is in Nederland sinds 1 juli 2014 officieel erkend als medisch specialisme. Het is daarmee één van de jongste medisch specialismen. Het zorglandschap waarin de sportgeneeskunde zich bevindt is in ontwikkeling. De sportarts is steeds meer gaan samenwerken met andere specialismen en de aandacht voor sport en preventie is toegenomen. Hoe deze en andere ontwikkelingen de huidige en toekomstige positie van de sportarts zullen bepalen, is een vraag die nog niet eerder is onderzocht. In dit onderzoek worden deze huidige en toekomstige ontwikkelingen, samen met hun kansen en belemmeringen voor de sportgeneeskunde, in kaart gebracht vanuit vijf verschillende perspectieven die belangrijk zijn in het zorglandschap van de sportarts. Onderzoek is gedaan naar en onder de sportartsen zelf, hun werkgevers, zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt, verzekeraars en burgers.

De huidige positie van de sportarts in het zorglandschap

In december 2023 stonden er 169 sportartsen geregistreerd bij de RGS hiermee is de sportgeneeskunde een van de kleinere medisch specialismen. De leeftijdsverdeling en regionale spreiding van deze sportarts is vergelijkbaar met andere medisch specialisten. Sportartsen werken wel vaker in zelfstandige behandelklinieken, en als ZZP'er. Ook hebben ze vaker meerdere werkplekken tegelijk. Dit kunnen naast ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, ook sportclubs en/of sportbonden zijn. De afgelopen jaren waren er jaarlijks 7 opleidingsplekken voor sportartsen per jaar. De uitstroom door onder andere pensionering meegenomen, nam de beroepsgroep de afgelopen jaren per jaar netto met 1-5 sportartsen toe.

Ongeveer 47% van de sportartsen werkt in een algemeen ziekenhuis, 37% bij een zelfstandig behandelcentrum en 10% bij een universitair ziekenhuis. Daarnaast verzorgen sportartsen sportmedische begeleiding van sporters voor sportbonden en -clubs. De meerderheid van de sportartsen houdt zich bezig met een specifiek lichaamsdeel (73%), een specifieke (tak van) sport (46%) en/of met inspanningsdiagnostiek- en fysiologie (43%). Ongeveer 20% van de sportartsen houdt zich daarnaast ook specifiek bezig met mensen met chronische aandoeningen, al zal dat mogelijk iets meer zijn omdat deze groep ook gezien wordt voor inspanningsdiagnostiek. Op basis van verwijscijfers van 80 huisartsenpraktijken blijkt dat het aantal verwijzingen naar de sportarts de afgelopen vijf jaar met ongeveer 40% is toegenomen. Dit in tegenstelling tot andere specialismen waar het aantal verwijzingen gelijk bleef of afnam.

Vijf visies op de toekomstige ontwikkeling van de sportarts

Visie van sportartsen zelf

Vanuit focusgroepen met sportartsen kwam naar voren dat de sportgeneeskunde zich in de toekomst nog meer zou kunnen gaan richten op de zorgvraag van mensen met een chronische aandoening. Daarbij werd ook de benadering “exercise is medicine” vaak genoemd. Er liggen ook kansen in preventie, al moet dan wel afgebakend worden wat daar voor de sportarts precies onder valt. Sportartsen geven aan dat er meer samengewerkt zou kunnen worden met de huisarts. Belangrijk hierbij is dat voor huisartsen nog beter duidelijk wordt waarvoor zij naar de sportarts zouden kunnen verwijzen. Sportartsen geven daarnaast aan dat het voor de toekomst nodig is dat meer sportartsen worden opgeleid. Over of “sportarts” een goede naam is, of dit beter “sport- en bewegarts” zou kunnen heten, zijn de meningen verdeeld.

Met name uitbreiding van de naamsbekendheid, uitbreiding van het aantal opleidingsplekken en opleidingslocaties en meer en bredere samenwerking met andere specialisten worden van belang geacht. Belemmerende factoren zijn volgens de sportartsen een vooralsnog te beperkte naamsbekendheid en financiële factoren.

Visie vanuit werkgevers

In een uitvraag onder 34 werkgevers bleek dat 20% van de werkgevers een vacature voor een sportarts open heeft staan. Op basis van deze vacatures bestaat er een tekort van 8% van de huidige capaciteit. Omdat de vacatures moeilijk te vervullen zijn, worden ze niet altijd meer uitgezet. Desgevraagd blijkt dat 56% van de werkgevers op dit moment een tekort aan sportartsen heeft, van gemiddeld 19% van de huidige capaciteit. Over vijf jaar verwachten ziekenhuizen 31% meer sportartsen en zelfstandige behandelcentra 72% meer sportartsen in dienst te hebben. Voor de continuïteit van het aanbod aan sportartsen is een vaste basis gewenst, maar werkgevers merken ook dat sportartsen zelf vaak variatie zoeken in hun werkweek. Vanuit werkgevers is er behoefte aan een duidelijk beroepsprofiel over wat de sportarts wel en niet doet. Zij zien de brede mogelijkheden van de sportarts, van sporters tot zorg voor mensen met een chronische aandoening en obesitas, maar er is ook afbakening nodig zodat de sportarts zich duidelijk kan profileren binnen het zorgveld. Tot slot geven werkgevers aan dat er meer sportartsen moeten worden opgeleid, maar ook dat het goed zou zijn als zij stages kunnen doen op andere locaties, zoals in zelfstandige behandelcentra.

Visie vanuit andere zorgverleners

Uit interviews met zorgverleners uit andere beroepsgroepen, blijkt dat sommigen de doelgroep van de sportarts meer beperkt zien tot sporters, terwijl anderen ook aan mensen met een chronische aandoening denken. Qua inhoud wordt vooral gezocht naar het onderscheid met de revalidatiearts en de fysiotherapeut. Onderscheidend voor de sportarts is volgens zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt met name dat deze expert is op het gebied van belasting-belastbaarheid, inspanningsdiagnostiek en het interpreteren hiervan. Daarnaast gaven zij aan dat de sportarts een specialist is op het gebied van het bewegingsapparaat, maar ook een generalist. Kansen voor de toekomst zouden volgens andere zorgverleners zitten in meer samenwerking in de tweede lijn, of juist in de eerste lijn, met huisartsen en fysiotherapeuten. Een meermaals genoemde belemmering op dit moment is de naamsbekendheid van de sportarts, waarvan de profilering mogelijk lastiger kan worden als de sportartsen op alle mogelijke ontwikkelingen inspelen. Financiering werd gezien als een andere belangrijke belemmerende factor.

Visie van verzekeraars

De vergoeding van de sportarts is anders geregeld dan bij andere medisch specialisten. Uit de basisverzekering wordt zorg vergoed voor mensen die klachten hebben bij sport, beweging, of inspanning en voor iedereen met een chronische aandoening die de conditionele belastbaarheid wil verbeteren. Hiervoor is wel een verwijzing nodig. Sportmedische keuringen zonder medisch indicatie, begeleiding van sporters en verplichte sportkeuringen door een sportbond worden niet uit de basisverzekering vergoed. Deze kunnen soms wel uit de aanvullende verzekering vergoed worden, of moeten anders zelf betaald worden. Voor dit onderzoek werden vijf verzekeraars gevraagd voor een interview over de sportgeneeskunde, slechts één verzekeraar ging daarop in. De geïnterviewde verzekeraar zag voor de sportarts zowel kansen in (top)sport als in het begeleiden van chronisch zieken, omdat deze zowel specialistische, als generalistische kennis heeft.

Visie van burgers en patiënten

Op basis van een vragenlijst onder burgers die voor dit onderzoek werd uitgezet, werd een beeld verkregen van de bekendheid van de sportarts onder de algehele bevolking. Hieruit blijkt dat de sportarts op dit moment door een zeer kleine groep burgers wordt bezocht. Bij blessures of moeite met bewegen bezoeken zij voornamelijk de fysiotherapeut en de huisarts. Iets meer dan 8% is wel eens door een sportarts geholpen en dan voornamelijk na doorverwijzing. Wel zegt 66% de sportarts te kennen, maar een minderheid daarvan geeft aan 'redelijk precies' te weten wat de sportarts doet. Deze percentages liggen veel hoger bij bezoekers van de website sportzorg.nl, waar de vragenlijst ook werd uitgezet. Daarbij valt op dat deze groep juist veel vaker zonder doorverwijzing zijn geholpen door de sportarts en de grootste groep (41%) wel redelijk precies weet wat de sportarts doet. Een relevante uitkomst is daarnaast dat bijna de helft van de geconsulteerde burgers niet weet of een sportmedische keuring vergoed wordt uit de basisverzekering. Van de andere helft weet de meerderheid wel goed dat dit, over het algemeen, niet het geval is.

Toekomstige ontwikkelingen in de vraag naar sportartsen

Verschillende ontwikkelingen opgehaald in dit onderzoek

Uit de focusgroepen en interviews met verschillende stakeholders zijn een aantal vaker terugkerende ontwikkelingen opgehaald die de toekomstige positie en vraag naar sportartsen zullen gaan beïnvloeden. De sportarts zou meer ingezet kunnen gaan worden voor mensen met chronische aandoeningen en preventie, een ontwikkeling die al gaande is. Dit zou dan met name secundaire en tertiaire preventie zijn, bijvoorbeeld in de vorm van beweeginterventies voor en na operaties. Ook dit is een ontwikkeling die nu al gaande is. Tot slot werd samenwerking met nieuwe disciplines genoemd: de sportarts zou meer samen kunnen werken met de ouderengeneeskunde, psychiatrie of bedrijfsgeneeskunde. Tegelijkertijd kwam uit de verschillende focusgroepen en interviews naar voren dat de sportgeneeskunde ook baat zou kunnen hebben bij een duidelijke afbakening (bijvoorbeeld in het beroepsprofiel) van hun aandachtsgebieden.

In de verschillende onderzoeks-onderdelen kwamen twee ontwikkelingen in het bijzonder naar voren, waar door de sportgeneeskunde op in kan worden gespeeld.

Ontwikkeling 1: Meer en bredere inzet van sportarts in het ziekenhuis

Als in meer ziekenhuizen sportartsen gaan werken, kan er meer gezamenlijk worden opgeleid, kunnen gezamenlijke spreekuren worden gehouden en kunnen patiënten structureel gescreend worden op conditionele problemen voor een operatie. Om in elk ziekenhuis tenminste één sportarts aan het werk te hebben, zijn er aanzienlijk meer sportartsen nodig. Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn voldoende opleidingscapaciteit, in de vorm van opleidingscentra, sollicitanten, en opleidingsplekken. Daarnaast moeten de sportartsen zich ook aan al deze ziekenhuizen willen verbinden, zowel wat betreft locatie als wat betreft werkinhoud. Tot slot is voldoende financiering nodig om extra sportartsen aan te stellen.

Ontwikkeling 2: Meer samenwerking met huisartsen, fysiotherapeuten en andere zorgprofessionals in de eerste lijn

De tweede ontwikkeling is meer samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn, zoals huisartsen en fysiotherapeuten. Een dergelijke samenwerking is vooral relevant op (loco)regionaal niveau en sluit daarmee goed aan bij het huidige beleid de zorg meer regionaal en buiten het ziekenhuis te organiseren. In het kader van deze ontwikkeling, zouden sportartsen bijvoorbeeld spreekuren kunnen houden in huisartsenpraktijken of samen met fysiotherapeuten, participeren in (loco)regionale beweeg- en preventieprogramma's, en casemanager worden van patiënten met meerdere complexe beweeg- en/of conditieproblemen. Regionale spreiding van de sportzorg is

hierbij belangrijk, dus in regio's waar nu weinig aanbod is, zou deze uitgebreid moeten worden. Ook hier geldt dat er voldoende opleidingscapaciteit en (extramurale) financiering nodig is, en dat deze ontwikkeling moet aansluiten bij de wensen van sportartsen zelf.

Conclusie

De sportarts heeft een breed pakket aan taken, doelgroepen en werkplekken, en is sinds de erkenning als medisch specialisme in 2014 ook meer in ziekenhuizen gaan werken en mensen met chronische aandoeningen gaan zien. Op dit moment geven veel werkgevers aan dat er een tekort is aan sportartsen en dat vacatures moeilijk te vervullen zijn, terwijl zij over vijf jaar meer sportartsen in dienst zouden willen hebben. Tegelijkertijd zijn er veel ontwikkelingen gaande die de vraag naar sportartsen verder zal doen toenemen, bijvoorbeeld een toename aan verwijzingen door huisartsen. Om aan deze vraag te kunnen voldoen, moet de beschikbare capaciteit aan sportartsen hierop aansluiten. Daarbij speelt een aantal randvoorwaarden een rol, waaronder voldoende financiering en capaciteit om sportartsen op te leiden en daarna aan te stellen.

Methode

Voor dit onderzoek zijn de visies op de positie van de sportarts vanuit vijf perspectieven in kaart gebracht, namelijk vanuit sportartsen zelf, vanuit hun werkgevers, vanuit beroepen waar de sportarts mee samenwerkt, verzekeraars en burgers en/of patiënten. Hiervoor is een mix gebruikt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Kwantitatieve methoden zijn gebruikt voor het analyseren van bestaande databronnen, namelijk de Loopbaanmonitor Federatie Medisch Specialististen (FMS), data van leden-enquêtes van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), data van de Federatie voor Sportmedische Instellingen (FSMI) en data van de Nivel Zorg Registraties Eerste Lijn. Deze bronnen zijn vooral gebruikt om de huidige posities, rollen en taken van sportartsen en verwijzingen naar sportartsen in Nederland in kaart te brengen. Daarnaast zijn primaire data voor het onderzoek verzameld door vragenlijstonderzoek. Kwantitatieve methoden zijn ook gebruikt voor het analyseren van de vragenlijsten die zijn uitgezet onder werkgevers van sportartsen, onder sportartsen in opleiding en onder burgers via het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg en bezoekers van de website Sportzorg.nl. Kwalitatieve methoden zijn ingezet om de informatie en inzichten te analyseren die werden verzameld door focusgroepen te houden met sportartsen en werkgevers van sportartsen. Daarnaast werden interviews gehouden met een zorgverzekeraar en werd een reeks interviews gehouden met zorgprofessionals waarmee de sportarts samenwerkt.

1 Inleiding

De sportgeneeskunde is in Nederland sinds ruim tien jaar een wettelijk erkend medisch specialisme. Daarvoor was de sportgeneeskunde vanaf 1986 onderdeel van het 'College Sociale Geneeskunde', waarna het op 1 juli 2014 werd erkend als medisch specialisme. Vervolgens heeft ook het College voor Geneeskundige Specialismen de sportarts formeel als medisch specialist erkend. Sindsdien zijn de sportartsen opgenomen in de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). In 2023 (peildatum 31 december) stonden er 168 sportartsen bij de RGS geregistreerd.

Sinds de sportartsen erkend zijn als medisch specialisme neemt het Capaciteitsorgaan de sportarts samen met de andere medisch specialisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis, ook mee in de driejaarlijks capaciteitsramingen. Hiervoor waren de sportartsen een onderdeel van de ramingen binnen de sociale geneeskunde. Uit de ramingen volgen adviezen voor de opleidingsinstroom aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Bij de eerste capaciteitsraming van de sportgeneeskunde als medisch specialisme was in 2015 en 2016 het instroomadvies om 6 personen per jaar op te leiden. Bij de capaciteitsraming in 2019 werd dit advies verhoogd naar 7 opleidingsplekken per jaar en is dit advies gehandhaafd bij de laatste raming in 2022. Bij deze capaciteitsramingen en instroomadviezen wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met ontwikkelingen in het vakgebied en het zorglandschap waarin de sportarts zijn positie inneemt (en in de toekomst zou kunnen aannemen).

Het zijn deze ontwikkelingen in het zorglandschap van de sportarts die de behoefte en aanleiding vormen voor dit onderzoek. Op dit moment zijn er verschillende trends en ontwikkelingen die worden gezien en/of verwacht. Zo is bijvoorbeeld de samenwerking tussen sportartsen en andere disciplines de afgelopen jaren toegenomen, in termen van verwijzingen, interprofessionele teams en op bestuurlijk niveau. Een ander voorbeeld is de toegenomen erkenning van het belang van sport en beweging, de aandacht voor preventie, en veel maatschappelijke initiatieven die in dit verband worden genomen in de eerste lijn en het sociaal domein. Er zijn nog veel meer voorbeelden van relevante trends voor de sportarts en sportgeneeskunde te geven, maar een systematische inventarisatie en analyse ontbreekt vooralsnog, waarmee duidelijk wordt (1) in welk 'onderdeel' van het zorglandschap welke ontwikkelingen spelen en (2) hoe deze ontwikkelingen te duiden voor de (mogelijke) ontwikkeling van de sportarts in de komende jaren.

Het uitgangspunt van dit onderzoek is dat de toekomst van de sportgeneeskunde door vele factoren wordt beïnvloed, die op de verschillende doelgroepen, taken en werksettings van sportartsen verschillende effecten kunnen hebben (zie kader). Met andere woorden: per doelgroep, taken en werksetting, wisselen de kansen en beperkingen. Daardoor zal de toekomst van de sportgeneeskunde er ook anders uitzien als de accenten in de aandachtsgebieden worden verlegd. Bij zowel de beschrijving als de duiding van de ontwikkelingen die in dit onderzoek uitgewerkt zullen worden, gaat het om kansen en belemmerende factoren. Ontwikkelingen betekenen immers niet automatisch groei of uitbreiding, er spelen ook altijd barrières en randvoorwaarden tussen verwachting en realisatie. Zonder ook deze hier te benoemen kan gedacht worden aan de beschikbaarheid van sportartsen (in opleiding), de rol van andere specialismen die met dezelfde doelgroepen werken, financieringsvraagstukken, naamsbekendheid, en andere factoren. Zeker nu staat het zorgsysteem in Nederland zodanig onder druk dat meer dan ooit financiële mogelijkheden en personeelstekorten de mogelijke groei en kansen beperken.

Sportgeneeskunde: definitie

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, 2004/2012).

Wat doet de sportarts?

In de praktijk heeft de sportgeneeskunde met dit profiel een brede variëteit aan doelgroepen, taken en werkplekken. De sportarts ziet en behandelt (top)sporters, amateursporters, niet-sporters met problemen aan het bewegingsapparaat, mensen met inspanningsproblematiek en mensen met chronische aandoeningen waarbij sport en bewegen een positieve bijdrage kan leveren aan het ziekteproces en/of kwaliteit van leven. De sportarts werkt in ziekenhuizen, zelfstandig behandelcentra, sportmedische instellingen, maar ook bij sportclubs en sportbonden. Er wordt inspanningsdiagnostiek verricht, consulten met patiënten gevoerd en discipline-overstijgend samengewerkt.

Financiering van de sportgeneeskunde

In tegenstelling tot bij de meeste andere specialismen, is de financiering van de sportartsen, ook na de erkenning in 2014, anders geregeld. Uit de basisverzekering wordt zorg vergoed voor mensen die klachten hebben bij sport, beweging, of inspanning en voor iedereen met een chronische aandoening die de conditionele belastbaarheid wil of moet verbeteren. Hiervoor is wel een verwijzing nodig. Daarnaast komen ook vragen bij de sportarts terecht, die alleen door een aanvullende verzekering of door de patiënt zelf bekostigd worden. Dit betreft onder andere sportmedische keuringen zonder medisch indicatie en de begeleiding van sporters en verplichte sportkeuringen door een sportbond.

Bij elke mogelijke toekomstige positie van de sportarts horen dus specifieke kansen en beperkingen. De sportarts en sportgeneeskunde bevinden zich in een zorglandschap dat door verschillende partijen wordt gevormd. Naast de sportartsen zelf, gaat het dan onder andere om de organisaties waar de sportartsen werken, andere zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt, verzekeraars en burgers en patiënten. Die laatste is met name relevant, omdat niet alle zorg bij de sportarts uit de basisverzekering vergoed wordt, maar soms alleen vergoed wordt vanuit de aanvullende verzekering, of niet vergoed wordt. De burger of potentiële patiënt, moet daarom wel zijn weg kunnen vinden naar de sportarts. In dit onderzoek worden de perspectieven van deze verschillende partijen samengebracht. Zo maken we een strategische en brede analyse van de beroepsgroep. De afzonderlijke onderzoeksvraagstellingen die bijdragen aan dit doel worden gespecificeerd in de volgende paragraaf.

1.1 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van alle relevante ontwikkelingen die de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland (kunnen gaan) bepalen. Deze doelstelling houdt daarbij rekening met (1) de diversiteit van de rollen, taken, bevoegd- en bekwaamheden van de sportarts in het zorgsysteem, (2) en de belangrijkste stakeholders die een centrale rol in het zorglandschap van de sportarts spelen. Het onderzoek resulteert daarmee in een strategische beschrijving van de relevante kansen en ontwikkelmogelijkheden voor de sportgeneeskunde op korte en lange termijn, maar ook de randvoorwaarden en belemmerende factoren daarvoor.

Het onderzoek is verdeeld in vijf onderzoeksvragen, waarmee ten eerste de perspectieven van de vijf belangrijkste actoren/stakeholders van de sportgeneeskunde worden betrokken:

1. Bezien vanuit de **beroepsgroep zelf**, wat zijn de belangrijkste kansen en bedreigingen voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland?
2. Bezien vanuit **werkgevers van de beroepsgroep**, wat zijn de belangrijkste kansen en bedreigingen voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland?
3. Bezien vanuit de **beroepsgroepen waar de sportarts mee samenwerkt**, wat zijn de belangrijkste kansen en bedreigingen voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland?
4. Bezien vanuit de **zorgverzekeraars**, wat zijn de belangrijkste kansen en bedreigingen voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland?
5. Bezien vanuit **burgers en patiënten**: In hoeverre kennen zij de sportarts en weten zij deze te vinden, en wat verwachten zij dat de sportarts doet?

Hoe deze onderzoeksvragen worden beantwoord wordt hierna beschreven in hoofdstuk 2, waar de verschillende onderzoeksmethoden, behorende bij de verschillende perspectieven, worden uitgelegd. Al wordt steeds een andere (mix van) methoden gebruikt, de structuur die wordt aangehouden is telkens vergelijkbaar – zodat de resultaten vanuit verschillende perspectieven vergeleken kunnen worden en synthese mogelijk is. Dit laatste vormt de twee laatste onderzoeksvragen voor dit onderzoek:

6. De uitkomsten uit de vijf voorgaande onderzoeksvragen samengenomen, wat zijn overeenkomsten en verschillen die de actoren benoemen met betrekking tot de belangrijkste kansen en bedreigingen voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland?
7. De uitkomsten synthetiserend, welke mogelijke scenario's kunnen opgesteld worden voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland, en welke implicaties hebben deze voor opleiding, de beroepsontwikkeling en het stakeholderbeleid van Sportgeneeskunde Nederland en aangesloten partners?

Alle onderzoeksvragen hebben uiteindelijk ook het doel om Sportgeneeskunde Nederland als opdrachtgever van dit onderzoek input te geven voor verder beleid en strategische positionering van de beroepsgroep.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden voor dit onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 t/m 7 worden de onderzoeksvragen met betrekking tot de visies van verschillende actoren beantwoord (sportartsen zelf, zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt, werkgevers, verzekeraars en burgers en patiënten). In hoofdstuk 8 worden de uitkomsten van dit onderzoek samengenomen en wordt ingegaan op de kansen voor de sportgeneeskunde voor de toekomst. Hierbij worden twee scenario's verder uitgewerkt. Tenslotte volgt in hoofdstuk 9 de discussie en conclusie. Hierin worden de randvoorwaarden beschreven die nodig zijn om de genoemde kansen te verwezenlijken en de beleidsontwikkelingen die relevant zijn in het kader van dit onderzoek toegelicht, gevolgd door een korte conclusie.

2 Methoden van dit onderzoek

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden om de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden. Allereerst is algemeen literatuuronderzoek verricht, en daarna zijn voor elke onderzoeksvraag specifieke methoden gebruikt om deze te beantwoorden. Hierbij werd gebruik gemaakt van bestaande data, nieuwe data verzameld middels vragenlijsten, en er werden focusgroepen en interviews gehouden. De gehouden focusgroepen en interviews hadden een vergelijkbare opbouw rondom vier hoofdthema's, zodat de uitkomsten samengenomen kunnen worden in het laatste deel van dit onderzoek (de synthese van visies en het opstellen van scenario's). De precieze invulling werd toegespitst op de betreffende doelgroep maar generiek waren vier gehanteerde hoofdthema's die aan de deelnemers werden voorgelegd:

1. Wat zijn de huidige kerntaken en positie van de sportarts in het zorglandschap ten opzichte van andere beroepsgroepen?
2. Wat zijn de kansen voor de toekomstige positionering van de sportarts in Nederland?
3. Wat zijn belemmerende en stimulerende factoren voor de positionering van de sportarts?
4. Welke stappen zijn nodig om verdere positionering van de sportarts in de toekomst mogelijk te maken?

2.1 Literatuuronderzoek

Ten eerste is literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij gebruik is gemaakt van openbare (wetenschappelijke, maar met name grijze) literatuur, als achtergrond voor dit onderzoek. Het gaat hierbij om beleidsplannen, opleidingsplannen, documenten van werkgroepen en samenwerkende partners binnen de sportgeneeskunde. Daarnaast zijn literatuur en web-bronnen gebruikt van bestuurlijke organisaties en zorgverzekeraars die gaan over vergoedingen van sportgeneeskundige zorg.

2.2 Het perspectief van sportartsen zelf

Voor de onderzoeksvraag vanuit het perspectief van sportartsen zelf, is gebruik gemaakt van bestaande data, focusgroepen en interviews. De focusgroepen werden gehouden met twee groepen sportartsen die zoveel mogelijk representatief zijn voor de hele beroepsgroep. Er werd specifiek voor focusgroepen gekozen, omdat daarin ruimte is voor discussie tussen verschillende sportartsen over verschillende onderwerpen, en interactie. Omdat voor mogelijk werd gehouden dat de visie van hoogleraren of opleiders op sommige punten anders zou kunnen zijn, werden als aanvulling op de focusgroepen interviews gehouden met een hoogleraar en met twee opleiders. Tot slot werd een vragenlijst uitgezet onder aio's sportgeneeskunde, omdat zij slechts zeer beperkt vertegenwoordigd werden in de georganiseerde focusgroepen, en hun perspectief wel belangrijk is voor de toekomst van de sportgeneeskunde.

Analyse van bestaande data

Een goed beeld van het huidige aantal geregistreerde sportartsen (in opleiding), hun demografische en baankenmerken en de werkgevers waar zij werken, geeft de Loopbaanmonitor Federatie

Medische Specialisten. Deze gegevens zijn voor dit onderzoek benut, naast de publicaties van het Capaciteitsorgaan over de beroepsgroep en data vanuit het RGS en het CBS.

Daarnaast is gebruik gemaakt van data die beschikbaar is gesteld door de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). In 2023 werd data onder leden verzameld door in gestructureerde, telefonische interviews op basis van een vast interviewschema uit te vragen welke aandachtsgebieden, werkplekken en samenwerkingen de sportarts of aio's had. Deze data is gebruikt om een overzicht te geven van de expertisegebieden waar de sportartsen zich op dit moment mee bezig houden.

Voor het vaststellen van de expertisegebieden van de sportarts, werd ook gebruik gemaakt van data vanuit de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Hiermee konden het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar de sportarts en andere medisch specialisten en de verwijfsreden in kaart gebracht worden. Deze data werd ook gebruikt voor het perspectief van beroepen waar de sportarts mee samenwerkt. In paragraaf 2.4 staat daarom meer over deze data vanuit de Nivel Zorgregistraties.

Focusgroepen met sportartsen

In september 2024 zijn er twee (parallel) focusgroepen gehouden met werkzame sportartsen die gecombineerd konden worden met de ledenbijeenkomst van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) in Bilthoven. Aan de ene groep namen 14, en aan de andere groep namen 11 sportartsen en aio's deel.

De twee focusgroepen hadden een gevarieerde samenstelling qua geslacht, werkervaring (startende sportartsen tot sportartsen van bijna pensioengerechtigde leeftijd) en werksetting (algemeen ziekenhuis, universitair ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, sportbond/sportclub). Beide focusgroepen werden geleid door twee gespreksleiders van het Nivel en in beide focusgroepen werd hetzelfde programma behandeld.

Tijdens de focusgroepen met de sportartsen werd met name ingegaan op kansen en belemmeringen die er bestaan voor de huidige en toekomstige positie van de sportarts in Nederland. De discussie werd telkens gestart door een vraag of stelling in een Mentimeter, waar deelnemers real-time met hun telefoon op konden reageren. Vervolgens werd de discussie uitgediept door in te gaan op de gegeven antwoorden en verschillen en overeenkomsten daartussen. De gebruikte vragen om in te gaan op kansen, stimulerende factoren en belemmeringen voor de positie van de sportarts waren de volgende:

1. Waar, in welke taken, behandelingen of doelgroepen, liggen volgens jullie vooral de kansen voor het beroep van de sportarts?
2. Bij welke zorgprofessionals liggen volgens jullie kansen voor samenwerking?
3. Denkend in stellingen, hoe/waarmee zou de positionering van de sportarts in het zorgveld verbeterd kunnen worden?
4. Wat stimuleert en wat belemmert volgens jullie de positie van de sportarts? Wat heeft prioriteit om de positie te verbeteren?

De specifieke stellingen die bij vraag 3 zijn voorgelegd zijn weergegeven in figuur 1.

Figuur 1 Stellingen rondom de vraag “Wat zou volgens jullie moeten veranderen om tot een ideale positionering van de sportarts in het zorgveld te komen?”

<i>De sportarts moet meer in de eerste lijn gaan werken</i>
<i>Meer sportartsen moeten fulltime gaan werken</i>
<i>De sportarts zou eigenlijk de beweegarts moeten gaan heten</i>
<i>Sportartsen moeten minder op ZZP-basis gaan werken</i>
<i>Er moeten meer sportartsen worden opgeleid</i>
<i>Sportartsen moeten alleen medisch noodzakelijke zorg gaan leveren</i>
<i>Sportartsen moeten ook dingen niet (meer) gaan doen, namelijk...</i>
<i>Sportartsen zijn te weinig op de toekomst voorbereid</i>

Interviews met een hoogleraar en twee opleiders

Tenslotte is naast de focusgroep onder sportartsen ook verdiepend informatie opgehaald met interviews onder hoogleraren en opleiders sportgeneeskunde. In totaal zijn één hoogleraar en twee opleiders geïnterviewd.

De structuur die voor deze drie interviews is gebruikt was vergelijkbaar met de interviewopzet voor de verzekeraars en vertegenwoordigers van de zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt.

Vragenlijst onder sportartsen in opleiding

Omdat bij de focusgroep met sportartsen slechts één aio's aanwezig was, zijn dezelfde Mentimeter-vragen die zijn voorgelegd in de focusgroepen ook uitgezet onder de aio's sportgeneeskunde. De groepsapp van sportartsen in opleiding is hiervoor benut in het najaar van 2024. Hierbij was dus geen gelegenheid tot discussie, maar zo konden de antwoorden van sportartsen en aio's wel vergeleken worden.

2.3 Het perspectief van werkgevers

Om het perspectief vanuit werkgevers in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van bestaande data van de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI), data die middels een uitvraag onder werkgevers werd verzameld en een focusgroep met werkgevers.

Analyse van bestaande data

Door de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI) werd data beschikbaar gesteld wat betreft de aangesloten werkgevers van sportartsen, zoals het aantal sportartsen, aio's en anio's sportgeneeskunde werkzaam bij deze werkgevers. Dit overzicht is gebruikt om over capaciteitscijfers van werkgevers te rapporteren en een representatieve groep werkgevers te selecteren voor een focusgroep met werkgevers (zie hierna).

Vragenlijstonderzoek onder werkgevers van sportartsen

Om specifiek de huidige inzet en de huidige vraag naar sportartsen vanuit werkgeversperspectief in kaart te brengen, is eind 2024 een korte enquête (5 vragen) uitgezet onder alle leden van de FSMI en alle niet-leden die sportartsen in dienst hebben. Hierin werd gevraagd naar het aantal fte dat op dit moment in dienst is, hoeveel extra fte aan sportartsen in dienst zouden kunnen zijn als vacatures meteen vervuld werden, het aantal openstaande vacatures, hoe moeilijk of makkelijk het is vacatures te vervullen en hoeveel fte aan sportartsen idealiter over 5 jaar in de organisatie zou werken.

Focusgroep met werkgevers van sportartsen

In januari 2025 is voor het onderzoek een afsluitende focusgroep gehouden met een selectie van werkgevers van sportartsen in Nederland. Daarvoor is uitgegaan van een overzicht van de FSMI-leden zijnde 43 werkgevers van sportartsen in 2024. Deze werkgevers zijn voor de focusgroep gecategoriseerd naar soort organisatie en naar het aantal fte aan sportartsen dat er werkzaam is. De vier soorten organisaties waren (1) universitaire ziekenhuizen, (2) algemene ziekenhuizen, (3) zelfstandige behandelklinieken (ZBC's) en (4) sportbonden (ook één hogeschool waar sportartsen in dienst zijn). Het aantal fte's werd gecategoriseerd in drie categorieën: <1 fte, 1-3 fte en >3 fte aan sportartsen werkzaam. Op die manier werd uit elke combinaties van beide dimensies tenminste één werkgever uitgenodigd, en zo nodig meer, om ook qua aantallen een representatieve groep te vormen. Zo is er binnen de FSMI bijvoorbeeld één hogeschool met sportartsen in dienst die werd uitgenodigd, terwijl binnen de andere categorieën een selectie plaats vond. Als gevraagde deelnemers niet konden, werden zoveel mogelijk nieuwe deelnemers uit dezelfde categorie aangeschreven om de groep aan te vullen. Bij dit onderdeel werden geen ZZP'ers uitgenodigd omdat zij al vertegenwoordigd werden in de focusgroepen met sportartsen zelf.

Eén deelnemer kon uiteindelijk niet bij de focusgroep aanwezig zijn. Omdat deze deelnemer ook één belangrijke categorie vertegenwoordigde, is deze werkgever na de focusgroep kort geïnterviewd om de resultaten aan te vullen.

Tijdens de focusgroep werd (conform de interviews en andere focusgroepen) ook bij de werkgevers ingegaan op de huidige positie van de sportarts, kansen, en stimulerende en belemmerende factoren. Wel werd anders ingegaan op aspecten waar bij uitstek de werkgever een beeld bij heeft, zoals de selectie en allocatie op de arbeidsmarkt van sportartsen, de keuze om tot een bepaalde beroepsmix te komen, financiële aspecten van het aannemen van sportartsen in relatie tot andere zorgverleners, etc. De discussie werd telkens gestart door een vraag of stelling in de Mentimeter voor te leggen, waarop deelnemers real-time met hun telefoon of laptop konden reageren. Vervolgens werd de discussie uitgediept door in te gaan op de gegeven antwoorden, en de verschillen en overeenkomsten daartussen. De vragen die werden voorgelegd om in te gaan op kansen, stimulerende factoren en belemmeringen voor de sportarts waren de volgende:

1. Hoe ziet of ervaart u als werkgever de huidige arbeidsmarkt voor sportartsen?
2. Hoe ziet u als werkgever de positie van de sportarts binnen uw organisatie?
3. A. Hoe zou idealiter de toekomstige positie van de sportarts in de eigen organisatie er uit zien? Denk aan het aantal sportartsen, maar ook aan rolverdeling of inhoudelijke werkzaamheden.
B. Wat doet u als organisatie zélf om dit te bereiken? En wat zouden anderen moeten doen? In andere woorden: welke kansen en belemmeringen ziet u hierbij?

De stellingen die bij vraag 1 in de Mentimeter tijdens de focusgroep zijn voorgelegd aan de sportarts-werkgevers worden gepresenteerd in figuur 2.

Figuur 2 Stellingen rondom de vraag “Hoe ziet of ervaart u als werkgever de huidige arbeidsmarkt voor sportartsen?”

<i>Het is op dit moment voor mijn organisatie makkelijk om sportartsen te werven en aan te nemen</i>
<i>Over 5 jaar wil ik in mijn organisatie meer sportartsen in dienst hebben</i>
<i>Er is op dit moment <u>geen</u> landelijk tekort aan sportartsen</i>
<i>Er moeten meer sportartsen worden opgeleid</i>
<i>Er moeten door meer verschillende instellingen sportartsen worden opgeleid</i>
<i>Meer sportartsen moeten fulltime gaan werken</i>
<i>Sportartsen moeten minder op ZZP-basis gaan werken</i>

2.4 Perspectief van zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt

Om het perspectief van zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van bestaande data op basis van een eerdere ledenenquête verricht door de VSG, en bestaande data vanuit de Nivel Zorgregistraties Eerste lijn, waarin de verwijzingen in aantal en reden naar de sportarts, orthopeed, reumatoloog en revalidatiearts vergeleken werden. Daarnaast werden interviews gehouden met verschillende disciplines, zowel medisch specialisten als paramedici, waar de sportarts mee samenwerkt.

Analyse van bestaande data vanuit de VSG

Om te onderzoeken met welke specialismen het meest wordt samengewerkt, is gebruikt gemaakt van data die beschikbaar is gesteld door de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). In 2023 werd data onder leden verzameld door in gestructureerde, telefonische interviews op basis van ene vast interviewschema uit te vragen welke aandachtsgebieden, werkplekken en samenwerkingen de sportarts of aio's had. Deze data is gebruikt om een overzicht te geven van de samenwerkingen die sportartsen vanuit hun werk, vanuit hunzelf, of allebei hebben.

Analyse van bestaande data vanuit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data vanuit de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn om het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar de sportarts en andere medisch specialismen in kaart te brengen. Nivel Zorgregistraties is een landelijke registratie met informatie over de geleverde zorg in de eerste lijn. Voor deze studie zijn gepseudonimiseerde gegevens uit elektronische patiëntendossiers (EPDs) van ongeveer 500 huisartsenpraktijken. Hierin werd gekeken naar het aantal verwijzingen en de verwijfsredenen naar de sportarts en drie aanverwante specialismen: orthopedie, revalidatiegeneeskunde en reumatologie. Er is gekozen voor een vergelijking met de orthopedie omdat de sportartsen momenteel in een aantal ziekenhuizen al samen de poli doen met de orthopedie. Met name patiënten die door de orthopeed gezien worden, maar niet worden geopereerd, zouden in sommige gevallen ook gezien kunnen worden door de sportarts. De revalidatiearts is als vergelijkend specialisme gekozen om twee redenen, enerzijds is het ook een relatief nieuw en relatief klein specialisme, anderzijds zijn het allebei medische specialismen met relatief veel generalistische kennis. De reumatologie is net als de orthopedie gericht op het bewegingsapparaat en ziet daarmee een mogelijk zelfde doelgroep als de sportarts.

Van alle verwijzingen naar deze vier specialismen vanuit de huisarts, werd het aantal verwijzingen in de periode 2019-2023 onderzocht. Omdat de verwijzingen bij alle onderzochte specialismen

veranderden tijdens de jaren van de covid-19 pandemie, werden alleen gegevens van huisartsenpraktijken gebruikt die volledige data hadden over de gehele periode 2019 (voor covid-19) tot en met 2023. Bij de verwijzingen in 2023 werden ook verwijfsredenen vastgesteld op basis van de ICPC-code die op de dag van verwijzing in het huisartsendossier werd geregistreerd. In het overgrote deel van de gevallen zal deze ICPC code ook de verwijfsredenen weergeven. Op basis van deze informatie konden (geaggregeerde) cijfers over het aantal verwijzingen naar deze specialismen en de redenen voor deze verwijzingen worden gegenereerd. Daarnaast kon het aantal verwijzingen per huisartsenpraktijk per 1.000 patiëntjaren naar de sportarts worden berekend, om te zien hoeveel verschil er zit in verwijsaantallen tussen verschillende huisartsenpraktijken. Deze range in verwijsaantallen per 1.000 patiëntjaren werd vergeleken met de verwijsaantallen per huisartsenpraktijk per 1.000 patiëntjaren naar de orthopeed, omdat de orthopedie een dusdanig groot en bekend specialisme is, dat verwacht wordt dat het aantal verwijzingen per 1.000 patiëntjaren relatief vergelijkbaar zal zijn tussen huisartsen.

Interviews met zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt

Om de visie van zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt te onderzoeken, zijn 10 interviews gehouden met een professional die één van de beroepsgroepen 'vertegenwoordigt'. Hierbij zijn de beroepsgroepen gekozen waar de sportarts het meest mee samenwerkt, of die inhoudelijk het meeste raakvlak hebben met de sportgeneeskunde. De interviews vonden plaats in de periode augustus tot december 2024. In de meeste gevallen was dit een praktiserend medisch specialist of paramedicus, die affiniteit had met de sportgeneeskunde om op hun positie te kunnen reflecteren. De gespreksthema's lagen in lijn met de eerdergenoemde hoofdsthema's. In het interview is gevraagd wat volgens hen:

1. De huidige kerntaken van de sportarts en huidige positie van de sportarts is ten opzichte van andere beroepsgroepen;
2. De kansen, toekomstige beroepsontwikkeling en toekomstige positionering van de sportarts zijn;
3. Belemmerende en stimulerende factoren zijn voor de beroepsontwikkeling van sportartsen;
4. Wat scenario's zijn om bepaalde toekomstbeelden voor de sportarts te realiseren en de eerste stappen die nodig zijn om hiertoe te komen.

De vertegenwoordigers van de beroepsgroepen die geïnterviewd zijn, zijn gekozen in samenspraak met Sportgeneeskunde Nederland. Sportgeneeskunde Nederland stelde personen voor die naast kennis over hun eigen beroep, ook kennis over de sportgeneeskunde hadden en daarbij ook breed konden reflecteren op samenwerking tussen de beroepsgroepen. Hieruit maakte het Nivel een selectie en werden deze personen uitgenodigd voor een interview.

2.5 Perspectief van de zorgverzekeraar

Interviews met verzekeraars

Om ook de visie van verzekeraars in beeld te brengen, zijn interviews voorbereid met inkoopmanagers van diverse grote en kleine zorgverzekeraars. In de praktijk bleek dit echter lastig, omdat veel verzekeraars geen aanleiding vonden om een interview te geven, aangaven geen specifiek inkoopbeleid te voeren voor de sportgeneeskunde of door tijdsgebrek of belangstelling niet bereid waren deel te nemen aan een interview. Wel werd een interview gehouden met twee vertegenwoordigers een van de grootste verzekeraars in Nederland.

De interviewstructuur die voor het gesprek met de verzekeraar is gebruikt was vergelijkbaar met de interviewopzet die voor de vertegenwoordigers van zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt is gebruikt (zie hiervoor), zij het dat het interview meer toegespitst is op de financiële kant en de verzekeringsaspecten rond sportgeneeskunde.

2.6 Perspectief van burgers

Vragenlijstonderzoek onder (potentiële) patiënten van sportartsen

Om een beeld te krijgen van hoe burgers en patiënten naar de sportarts kijken, zijn twee typen vragenlijsten uitgezet. Beide vragenlijsten zijn opgesteld om specifieke vragen voor te leggen aan wel- en niet-sportende burgers ten aanzien van (a) het wel of niet hebben van klachten met bewegen, (b) welke specialist de meest aangewezen behandelaar zou zijn voor deze klachten en (c) wat de bekendheid met de sportarts is en wat eventuele ervaringen met de sportarts zijn. De vragenlijst is opgenomen in bijlage C. De vragenlijst werd uitgezet via twee kanalen.

Ten eerste is de vragenlijst uitgezet via het Consumentenpanel Gezondheidszorg. De vragenlijst over sportartsen is uitgezet onder een steekproef van 1.500 personen uit dit panel in november 2024. Deze steekproef was representatief naar leeftijd en geslacht voor de volwassen bevolking in Nederland. Panelleden ontvingen de vragenlijst online of per post, afhankelijk van hun eigen voorkeur. Online zijn twee reminders verstuurd (een na een week, en een na twee weken), en schriftelijk is een reminder verstuurd (een na twee weken). In totaal vulden 723 burgers (48%) de vragenlijst in. Van de panelleden zijn achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid, opleidingsniveau en netto maandelijks huishoud inkomen bekend. De resultaten op vragen die aan alle respondenten gesteld zijn, werden gewogen naar leeftijd en geslacht om een beeld te geven dat representatief is voor heel Nederland. Vragen die alleen aan een subgroep gesteld werden, werden niet gewogen.

Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het doel van het panel is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg (Brabers & De Jong, 2022). Deze informatie wordt met name verzameld via vragenlijsten die schriftelijk of online worden afgenomen. Ten tijde van het onderzoek bestond het panel uit ongeveer 10.500 mensen van 18 jaar en ouder. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Aanvulling is nodig om het natuurlijk verloop (zoals het overlijden van panelleden of het niet doorgeven van een adreswijziging na verhuizing) te compenseren. Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Hiermee wordt voorkomen dat relatief veel mensen die boven gemiddeld geïnteresseerd zijn in of geïnformeerd zijn over de gezondheidszorg zich aanmelden voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Door deze leereffecten gelden de resultaten van ons onderzoek niet meer voor de algemene bevolking, ook al is de aangeschreven steekproef op een aantal kenmerken representatief voor de algemene bevolking in Nederland. Panelleden krijgen geen beloning voor hun deelname aan het panel en het invullen van de vragenlijsten. Wel sparen de

panelliden voor elke vragenlijst die ze invullen punten. Bij 3.000 punten ontvangen ze een Keuze cadeaukaart ter waarde van 10 euro.

Nagenoeg dezelfde vragenlijst is parallel uitgezet op de website Sportzorg.nl. Mensen die deze website bezoeken zijn geïnteresseerd in sport of zoeken advies over sport en bewegen of klachten daarbij. Zij krijgen via deze website informatie over de mogelijkheden om naar een sportarts doorverwezen te worden. Daardoor werd via deze weg een andere doelgroep bereikt, die waarschijnlijk meer affiniteit heeft met sport en beweging, en mogelijk ervaringen heeft met de sportarts.

2.7 Samenvatting methoden

Onderstaande tabel vat samen welke methoden zijn gebruikt voor elk van de vijf perspectieven.

Tabel 1 Overzicht van gebruikte methoden voor de vijf verschillende perspectieven die onderzocht zijn in dit onderzoek.

Perspectief	Methode			
	Bestaande data	Verzamelde data	Focusgroepen	Interviews
Sportartsen zelf	Loopbaanmonitor FMS Uitvraag van VSG zelf aandachtsgebieden, samenwerkingen Nivel Zorgregistraties verwijfsredenen	Uitvraag onder aio's n.a.v. focusgroepen	2 focusgroepen met sportartsen	1 interview hoogleraar 2 interviews opleiders
Werkgevers van sportartsen	Data FSMI met kenmerken werkgevers qua inzet sportartsen, aio's en anio's.	Vragenlijst van vijf vragen over (gewenste) capaciteit	1 focusgroep met werkgevers	-
Zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt	Nivel Zorgregistraties verwijfscijfers Uitvraag van VSG zelf aandachtsgebieden, samenwerkingen	-	-	10 interviews met verschillende beroepsgroepen
Zorgverzekeraars	-	-	-	Interview met 1 verzekeraar
Burgers, patiënten en cliënten	-	Vragenlijst over de bekendheid van de sportarts		-

3 De positie van de sportarts vanuit het perspectief van de beroepsgroep zelf

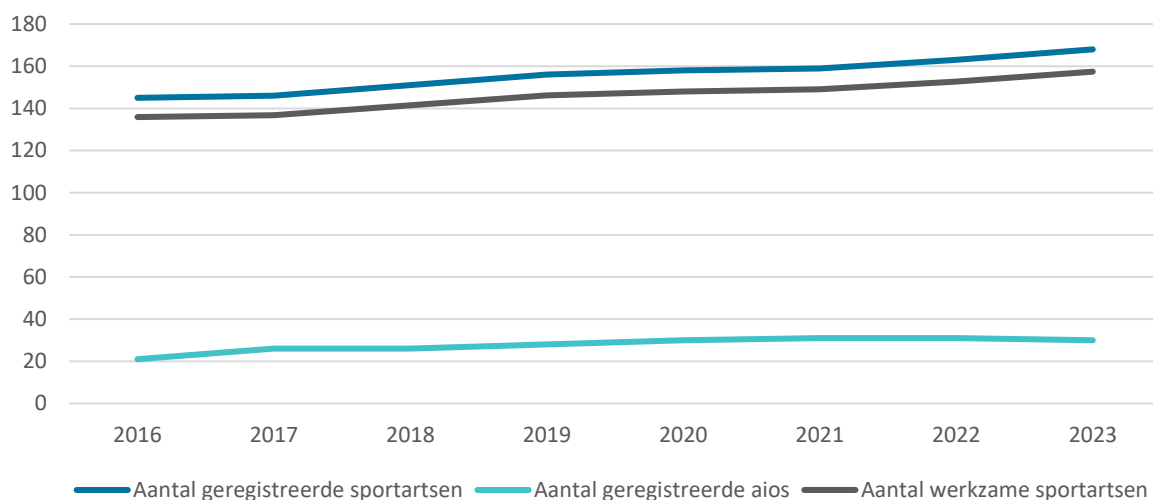
3.1 Een cijfermatige analyse van de demografische factoren, werkzame positie en werkweek van sportarts

3.1.1 Demografische gegevens

Op 31 december 2023 waren er 168 sportartsen geregistreerd bij de RGS en op dat moment volgden 30 artsen de opleiding tot sportarts. Niet alle geregistreerde sportartsen zijn ook daadwerkelijk werkzaam als sportarts. Op basis van cijfers van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan 2022) is 94% van deze geregistreerde sportartsen werkzaam. De rest is bijvoorbeeld met pensioen, of om een andere reden niet werkzaam als sportarts. Voor 2023 gaat het dan om 157 werkzame sportartsen (figuur 3).

In de periode vanaf 2016 t/m 2023 groeide de beroepsgroep netto met 23 geregistreerde sportartsen, maar deze groei fluctueerde wel per jaar. Het aantal geregistreerde sportartsen nam in deze periode met 1 tot 5 per jaar toe. In totaal nam de omvang van de beroepsgroep tussen 2016 en 2023 met 16% toe. Mannelijke sportartsen werken gemiddeld 0,83 fte en vrouwelijke sportartsen gemiddeld 0,78 fte (Capaciteitsorgaan 2022). Passen we dit toe op de aantallen, dan was in 2023 in totaal 127 fte aan sportartsen werkzaam in Nederland.

Figuur 3 Aantal geregistreerde sportartsen en aio's door de jaren heen.¹



Bron: RGS data en rapportages Capaciteitsorgaan

In de CBS Microdata is ook gekeken hoeveel sportartsen naast hun registratie als sportarts ook een andere medisch specialisten registratie hebben. Dit ging om kleine (<10) absolute aantallen waardoor de CBS Microdata daar om privacy-redenen geen data van weergeeft. Op basis van de ledenenquête onder sportartsen (paragraaf 3.2) blijken een aantal sportartsen tevens een registratie

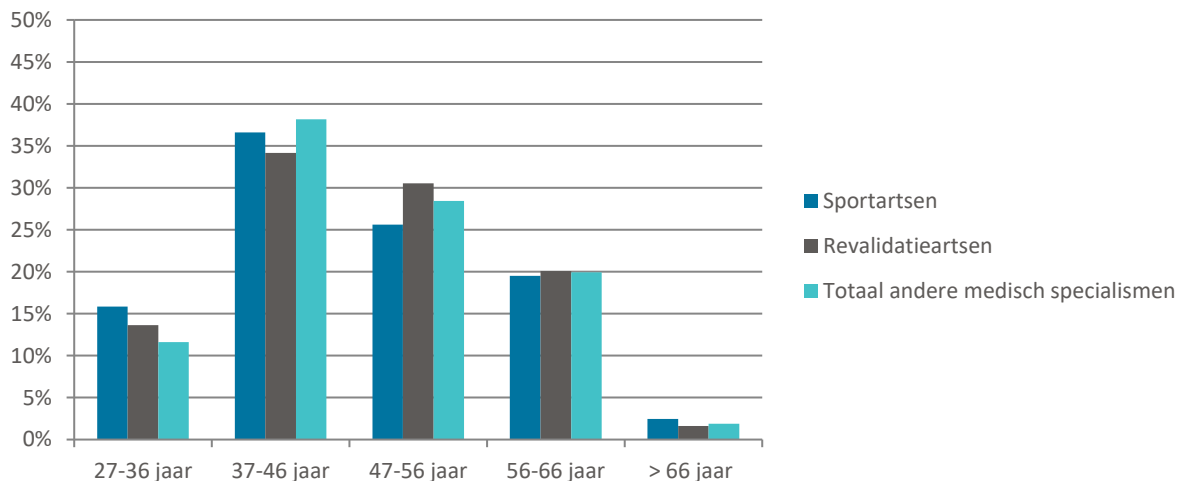
¹ De peildatum van deze aantallen is telkens op 31 december van het weergegeven jaar. De aantallen van 2024 zijn nog niet door het RGS gepubliceerd en konden daardoor niet worden vermeld.

als musculoskeletaal arts (MSK-arts) of als manueel arts te hebben, maar omdat dit geen officieel erkende specialismes zijn, zijn hier geen officiële cijfers over.

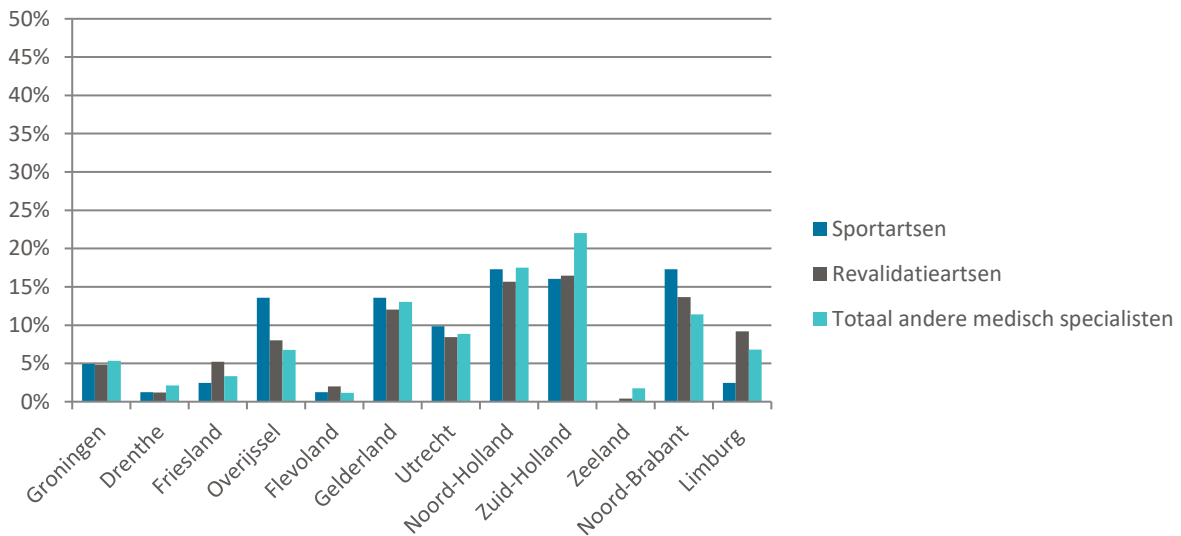
Een groot deel van de beroepspopulatie, namelijk 82 sportartsen (49%) en 31 aio's (100%) nam in 2024 deel aan de Loopbaanmonitor van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Aan deze loopbaanmonitor kunnen diverse gegevens ontleend worden. In de komende figuren worden eerst demografische gegevens (deze paragraaf) en daarna gegevens op de werkzame positie(s) van de sportartsen gepresenteerd – aio's zijn bij deze analyses geëxcludeerd. Bovendien kan een vergelijking worden gemaakt met het gemiddelde van de groep medisch specialisten in totaal (n=7884) en met de revalidatiearts (N=249).

Er werd specifiek voor de revalidatiearts gekozen omdat dat net als de sportgeneeskunde een relatief jong en relatief klein specialisme is. Daarnaast zijn het allebei medische specialismen met relatief veel generalistische kennis en wordt er in beide specialismen zowel binnen het ziekenhuis, als daarbuiten (revalidatieklinieken, sportmedische instellingen) gewerkt.

Figuur 4 Leeftijdopbouw van sportartsen vergeleken met het totaal aan andere medisch specialisten en revalidatieartsen (Loopbaanmonitor FMS, 2024).



Figuur 5 Verdeling over regio's van werkzame sportartsen vergeleken met het totaal aan andere medisch specialisten en revalidatieartsen (Loopbaanmonitor FMS, 2024)



Op basis van bovenstaande figuren, valt op dat de leeftijdsopbouw grotendeels vergelijkbaar is met die van het totaal aan medisch specialisten in Nederland. Vergelijken we de uitkomsten ten aanzien van de leeftijdsverdeling van de loopbaanmonitor (n=82) met data van het CBS van alle sportartsen, dan komt de leeftijdsverdeling goed overeen. De verwachte uitstroom door pensionering is daardoor ook vergelijkbaar met andere specialismen. Op basis van de leeftijdsopbouw zullen jaarlijks zo'n 4 sportartsen de leeftijd van 66 bereiken. In vergelijking met het totaal aan andere medisch specialismen en revalidatieartsen, zijn er iets minder sportartsen in de leeftijdscategorie 47-56 jaar. Ook de verdeling van sportartsen over Nederland is grotendeels vergelijkbaar met die van het totaal aan medische specialisten in Nederland. De sportartsen werken relatief vaker dan andere specialisten in Overijssel en Noord-Brabant, wat verklaard kan worden omdat hier twee grote sportmedische instellingen zitten. In Zuid-Holland werken juist beduidend meer andere medisch specialisten. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden omdat in deze provincie relatief veel ziekenhuizen zitten en sportartsen niet alleen in ziekenhuizen maar juist ook in andere instellingen werken, die niet persé geclusterd zijn in Zuid-Holland.

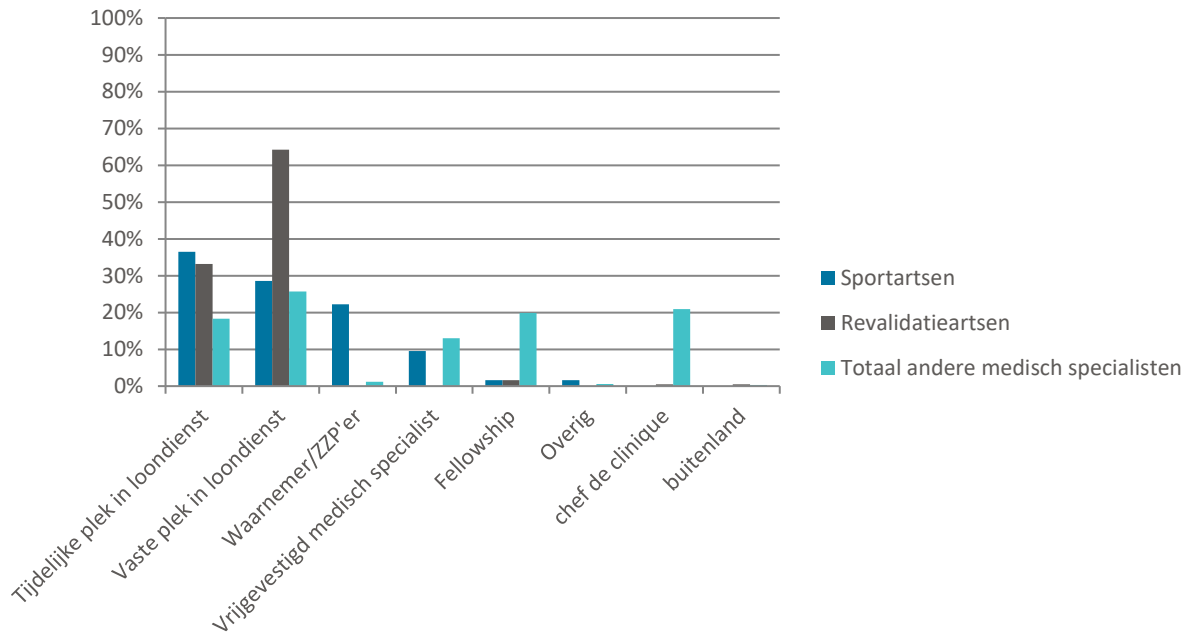
3.1.2 Werkzame positie, contractvorm en aantal banen van de sportarts

In de Loopbaanmonitor FMS zijn ook gegevens te vinden die een beeld schetsen van de arbeidsmarkt voor sportartsen vergeleken met de arbeidsmarkt voor het totaal aan medisch specialisten en revalidatieartsen. De figuren 6a t/m 9 tonen gegevens over respectievelijk de eerste baan na het afronden van de opleiding, het aantal werkgevers tot nu toe inclusief de huidige, het type instelling waar de arts op dit moment werkt, en het aantal instellingen waar de arts op dit moment werkt.

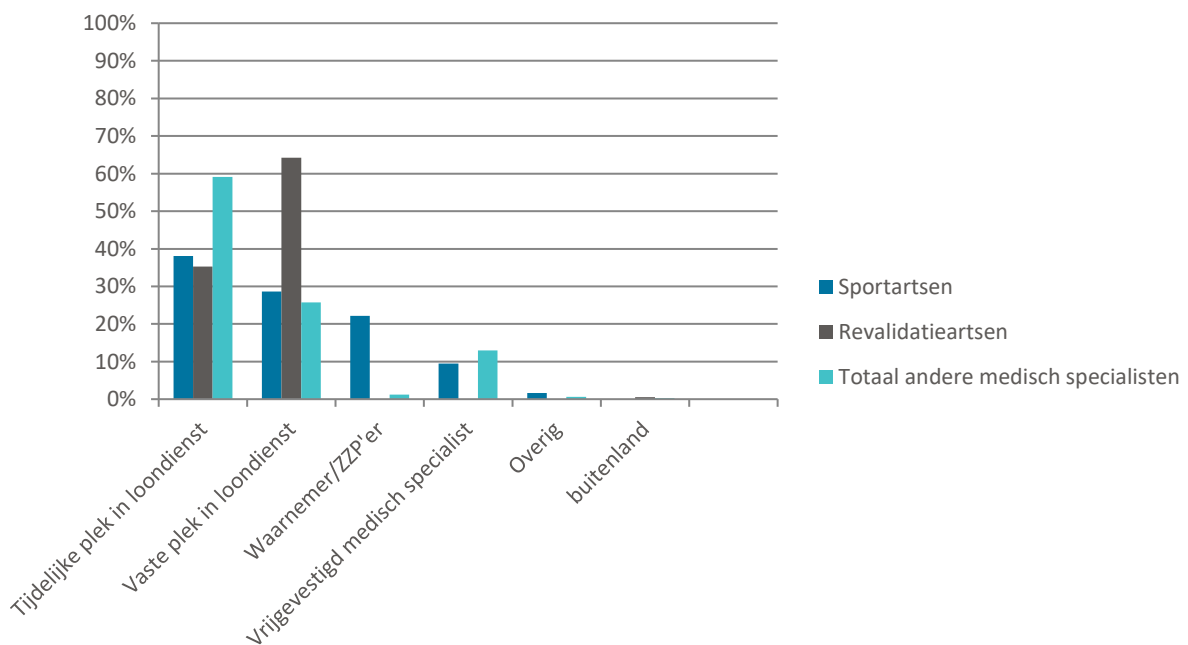
Uit figuur 6a wordt duidelijk dat dat sportartsen relatief vaker als waarnemer/ZZP'er aan de slag gaan in vergelijking met het totaal aan medisch specialisten en revalidatieartsen (22% versus respectievelijk 1% en 0%). Sportartsen beginnen relatief vaker op een tijdelijke plek in loondienst dan het totaal aan medisch specialisten (37% versus respectievelijk 18%) maar dit lijkt ook zo voor revalidatieartsen (33%). Er zijn bijna geen sportartsen werkzaam als chef de Clinique. In plaats daarvan komen sportartsen vaker gelijk in tijdelijke of vaste loondienst. Ook een fellowship komt bij de sportartsen nauwelijks voor en komt met name voor bij grotere specialismen met een langere historie. Als je om die reden het aantal tijdelijke plekken in loondienst van sportartsen vergelijkt met

het aantal tijdelijke plekken in loondienst, plus chef de Clinique en fellow plekken, dan hebben de sportartsen juist minder plekken in tijdelijke loondienst (figuur 6b).

Figuur 6a *Eerste baan na afronden opleiding tot medisch specialist (Loopbaanmonitor FMS, 2024)*



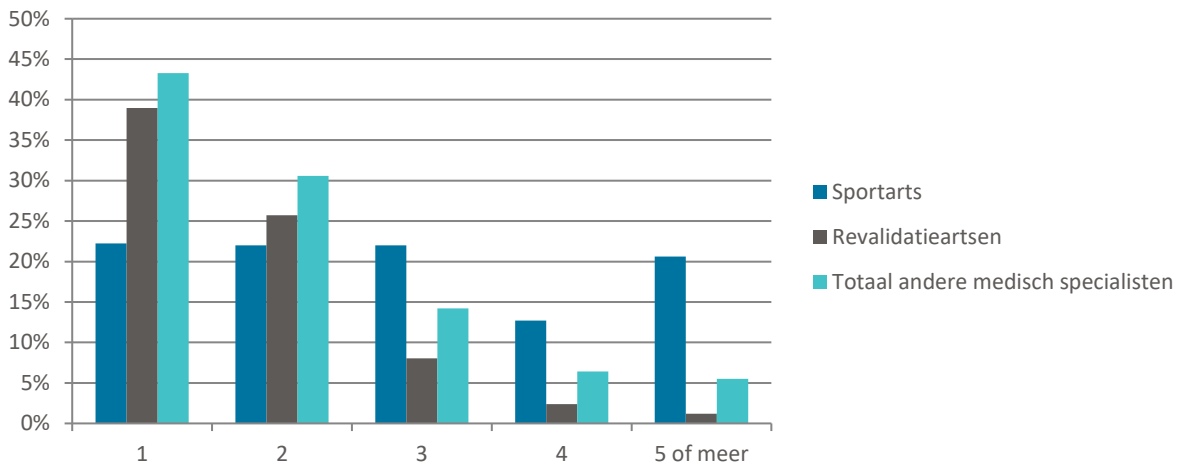
Figuur 6b *Eerste baan na afronden opleiding tot medisch specialist: “chef de clinique”, “fellowship” samengenomen met “Tijdelijke plek in loondienst” (Loopbaanmonitor FMS, 2024)*



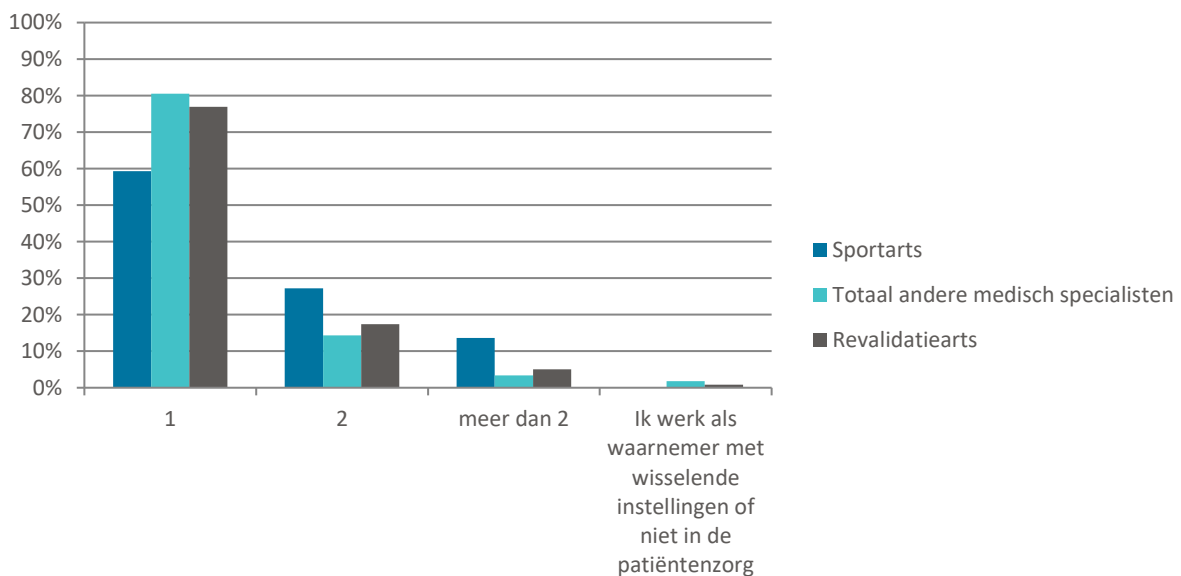
Met betrekking tot het aantal werkgevers dat sportartsen (inclusief de huidige werkgever) tot nu toe hebben gehad (figuur 7), valt op dat sportartsen relatief vaak 3, 4 en 5 of meer werkgevers hebben. Deze uitkomst kan niet verklaard worden door het feit dat de sportartsen in de Loopbaanmonitor

FMS gemiddeld al een langere loopbaan hebben afgelegd, want eerder zagen we in figuur 4 dat hun leeftijdsopbouw vergelijkbaar is met die van revalidatieartsen en medisch specialisten in het algemeen. Wat hier duidelijk wordt, is dat vaker bij meerdere werkgevers tegelijkertijd werken, en daarbij ook vaker kleinere parttime werkverbanden combineren (figuur 8).

Figuur 7 Aantal werkgevers tot nu toe inclusief huidige (Loopbaanmonitor FMS, 2024)



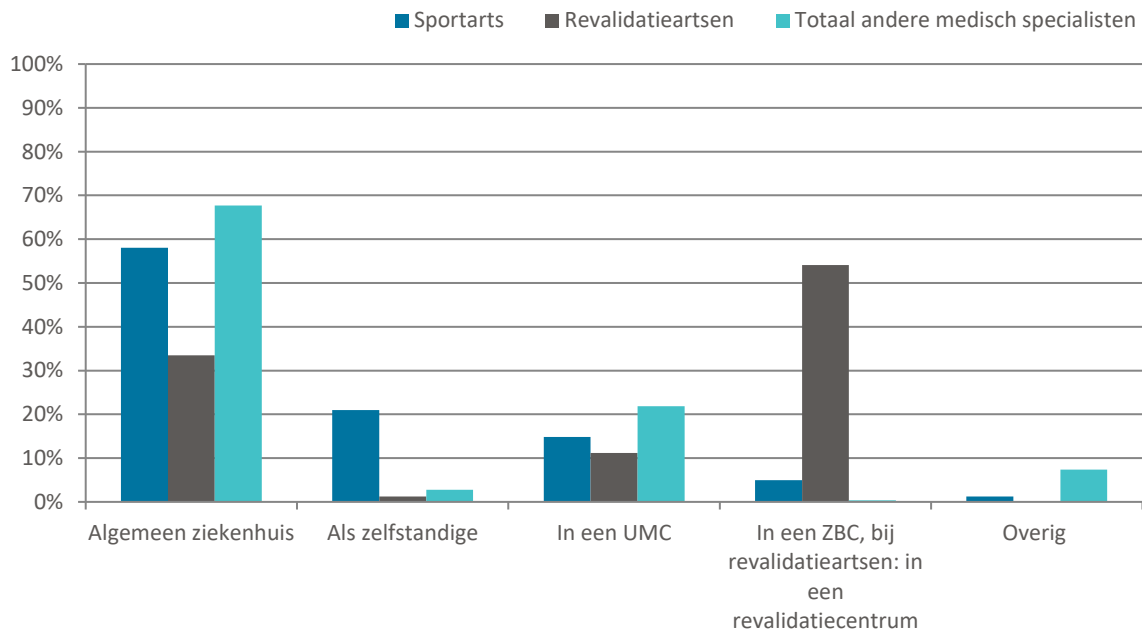
Figuur 8 Aantal instellingen waar de arts werkt op dit moment. Let op, het gaat alleen om werkzaamheden in de directe patiëntenzorg (Loopbaanmonitor FMS, 2024)



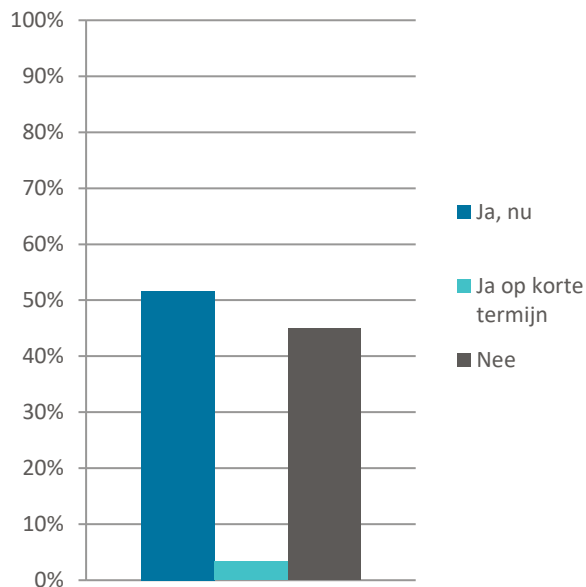
Tot slot wordt in figuur 9 weergegeven in wat voor soort instellingen de sportarts werkt. In vergelijking met andere medisch specialisten werken sportartsen vaker als zelfstandige en minder vaak in een UMC. Ze werken ook vaker in een ZBC. Revalidatieartsen werken vaak (54%) in revalidatiecentra, maar hieruit is niet duidelijk of dit dan om ZBC's gaat of centra gelieerd aan ziekenhuizen. Bij deze vraag kon maar één antwoord gekozen worden en waarschijnlijk hebben de deelnemers dan de instelling met de meeste uren gekozen. Omdat sportartsen vaak in meerdere instellingen werken (figuur 8) is het goed mogelijk dat uiteindelijk meer sportartsen ook nog als

zelfstandige of in een ZBC werken dan hier is aangegeven. Dat blijkt ook uit data van een ledenenquête uitgezet door de VSG (zie kader). Hierin geeft 52% aan op dit moment ook voor een sportbond of sportclub te werken, wat waarschijnlijk meestal als ZZP'er zal zijn (figuur 10). Dit laat zien dat het aantal ZZP'ers volgens de Loopbaanmonitor FMS (21%) door de enkelkeuze een onderschatting is. De aanstellingen bij de sportbond betreffen vaak kleine aanstellingen (0,1 – 0,2 fte) met uitzondering van de KNVB, waar meer sportartsen werken.

Figuur 9 Type instelling waar de arts op dit moment werkzaamheden verricht in de directe patiëntenzorg. Er kon één instelling gekozen worden. Onder overige vallen bijvoorbeeld een revalidatie-instelling of de GGZ (Loopbaanmonitor FMS, 2024)



Figuur 10 Percentage sportartsen dat ook werkt voor een sportbond, club, ploeg of individuele sporter. (VSG ledenenquête 2023, zie kader). N=106.



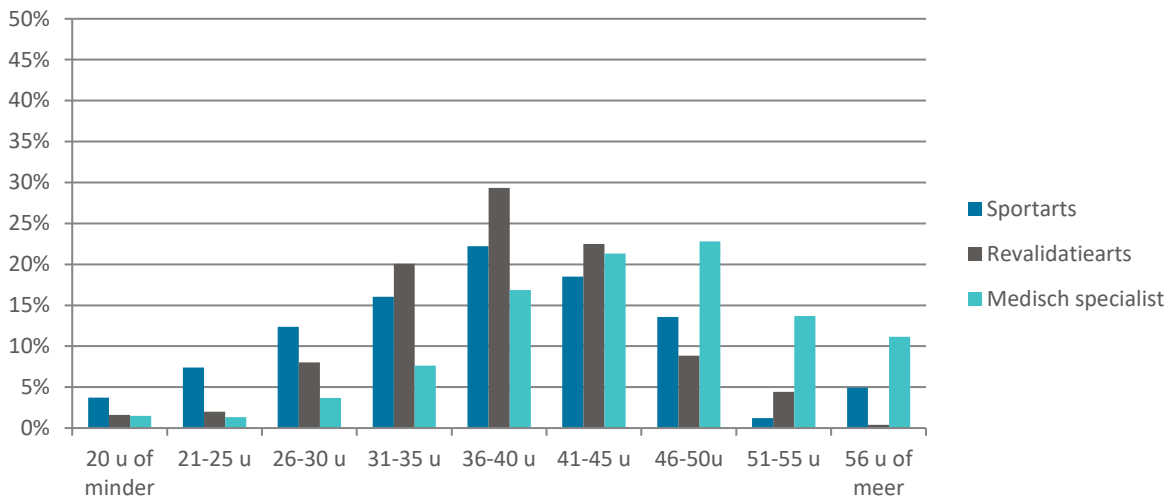
Ledenenquête van de Vereniging voor Sportgeneeskunde

De Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) heeft in 2023 een onderzoek uitgezet onder alle aangesloten leden. Zij benaderden 128 sportartsen en aio's sportgeneeskunde en vroegen in telefonische, gestructureerde interviews onder andere naar hun expertise gebieden, hun werkgevers en samenwerking met andere medisch specialisten en huisartsen. De interview richtlijn is beschikbaar bij de VSG. Meer data uit dit onderzoek wordt weergegeven in paragraaf 3.2.

3.1.3 De gemiddelde werkweek van de sportarts

In de Loopbaanmonitor FMS wordt ook gevraagd hoeveel uren er door de sportarts en andere medisch specialisten wordt gewerkt per week. Indien er sprake is van meerdere aanstellingen, gaat het om het totaal aantal uren. Op basis van deze data werkt de sportarts minder uren dan de "gemiddelde" medisch specialist. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat de sportarts geen avond-, nacht- en weekenddiensten doet, tenzij een sportarts op reis is met een sportteam. De revalidatiearts werkt meer dan de sportarts, maar minder dan de "gemiddelde" medisch specialist. Splitsen we de data uit naar carrière fase (startende sportartsen, sportartsen in het midden van hun carrière en senior sportartsen) dan zien we dat startende sportartsen iets vaker minder dan 30 uur werken dan de andere sportartsen. Omdat dit om slechts 8 sportartsen gaat (van de 82), is het niet duidelijk of dit een werkelijk verschil is. Daarnaast valt uit de data niet op te maken of deze sportartsen later nog meer uren gaan werken.

Figuur 11 Het percentage van de artsen dat een bepaald aantal uren per week werkt (in werkelijkheid gewerkte uren).



3.2 Expertisegebieden van de sportarts

Om in kaart te brengen wat de huidige positie van de sportarts is, is het belangrijk een beeld te krijgen wat op dit moment in de praktijk de expertisegebieden en doelgroepen van de sportarts zijn.

In het opleidingsprofiel van de sportgeneeskunde (VSG, 2019) wordt de sportgeneeskunde als volgt gedefinieerd: *“Sportgeneeskunde is het medisch specialisme dat zich richt op het herstellen, waarborgen en bevorderen van de gezondheid van mensen die (willen gaan) sporten/bewegen. Ook richt het zich op het door sport/bewegen herstellen en bevorderen van de gezondheid van mensen met chronische aandoeningen. Bij beide facetten wordt uitdrukkelijk rekening gehouden met de specifieke belasting en belastbaarheid. De sportarts is hierbij de expert op het gebied van de fysieke belasting– belastbaarheid in relatie tot sport/bewegen (Beroepsprofiel Sportgeneeskunde, 2012).”*

3.2.1 Klachten waar de sportarts zich mee bezig houdt op basis van verwijzingsdata van de huisarts

Op basis van data van de Nivel Zorgregistraties kon worden geanalyseerd voor welke klachten op dit moment het meest door de huisarts werd doorverwezen. Voor deze analyses was over 2023 van 287 huisartsenpraktijken informatie beschikbaar over het aantal verwijzingen naar de sportarts en andere disciplines, de verwijzreden en leeftijd en geslacht van de patiënt. Van deze 287 praktijken verwezen 25 in 2023 geen enkele keer naar de sportarts (9%).

Geclusterd naar ICPC-codes, zien we van de overige 262 huisartsenpraktijken in tabel 2 de redenen waarvoor naar de sportarts verwezen wordt. Ongeveer 73% van de patiënten die door de huisarts naar de sportarts verwezen werden, werden verwezen vanwege een klacht aan het bewegingsapparaat. Hierin valt geen onderscheid te maken of dit gaat om sportletsels, of klachten met bewegen bij niet-sporters. Wat opvalt in de data is dat de sportarts naast deze klachten aan het bewegingsapparaat ook klachten ziet uit andere ICPC-hoofdstukken, zoals het zenuwstelsel, algemeen, luchtwegen en het cardiovasculaire stelsel. Een vergelijking van verwijsaantallen en redenen met orthopeden, reumatologen en revalidatieartsen staat in hoofdstuk 5.

Tabel 2 Verdeling van verwijzingen van de huisarts naar de sportarts, gerangschikt op de ICPC-hoofdstukken die het meest voorkwamen als verwijfsreden (Nivel Zorgregistraties, 2023, n=262 huisartsenpraktijken)

Verwijzingen binnen ICPC Hoofdstuk	Aantal verwijzingen naar de sportarts	%
Bewegingsapparaat	1.249	73,1
Zenuwstelsel	133	7,8
Algemeen	112	6,6
Luchtwegen	90	5,3
Cardiovasculair stelsel	60	3,5
Bloed, Bloedvormende organen	31	1,8
Spijsverteringsorganen	16	0,9
Overig	18	1,1
Totaal	1709	100

3.2.2 Expertisegebieden waar de sportartsen zich mee bezig houden, volgens de sportarts zelf

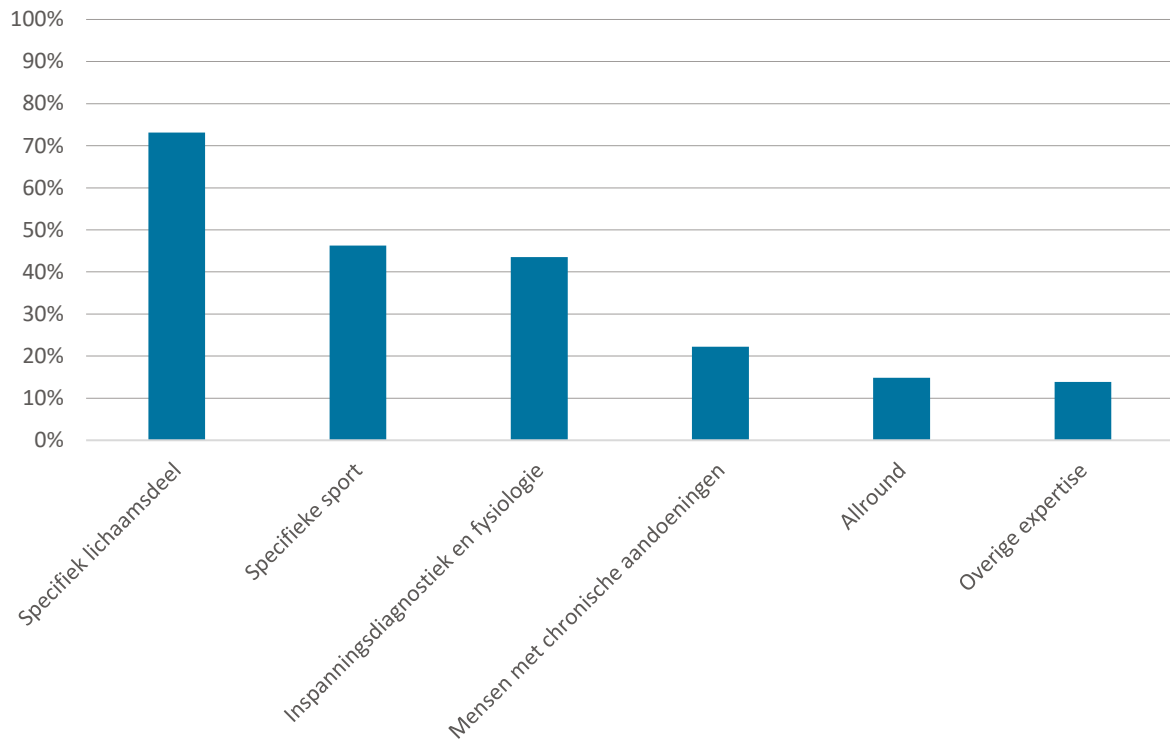
De VSG deed zelf in 2023 onderzoek onder 108 sportartsen en 20 aio's sportgeneeskunde naar wat hun expertisegebieden zijn (zie kader, paragraaf 3.2.1). De sportartsen konden open antwoorden geven op de vraag wat zij zelf als hun expertisegebieden zagen. Daardoor ontstond een brede variëteit aan het aantal en de aard van de antwoorden. Voor dit onderdeel zijn de antwoorden van de 108 deelnemende sportartsen die de opleiding hebben afgerond meegenomen. De antwoorden van de sportartsen schetsen een goed beeld over waar sportartsen zich op dit moment met name mee bezighouden. Een aantal sportartsen gaven geen aandachtsgebieden op of gaven alleen op "allround" te zijn. In bijlage A is een volledige lijst van de genoemde antwoorden te vinden, gerangschikt naar het aantal keren dat dit antwoord gegeven is. De genoemde aandachtsgebieden zijn gegroepeerd in zes clusters (tabel 3) en vervolgens weergegeven in figuur 12 t/m 15.

Tabel 3 Zes clusters waar de antwoorden van sportartsen op de vraag “wat zie je als je expertisegebied” in onderverdeeld kunnen worden

Cluster	Voorbeeld
Lichaamsdeel	Bijvoorbeeld onderste extremiteit, bovenste extremiteit, rug, wervelkolom, bekken, enkel, voet. En blessures, bijvoorbeeld musculoskeletale klachten, peesproblematiek, overbelasting blessures, klachten aan het bewegingsapparaat, hoofdletsel door sport.
Specifieke sport	Bijvoorbeeld voetbal, wielrennen, balsport, duursport, vechtsport, duiken, schaatsen, dansen, bergsport, maar ook: teambegeleiding, topsportbegeleiding etc.
Inspanningsdiagnostiek, fysiologie, fysieke fitheid	Bijvoorbeeld inspanningsfysiologie, inspanningsdiagnostiek, belasting/belastbaarheid, inspanning gebonden klachten, fysieke fitheid, sportcardiologie
Mensen met chronische aandoeningen	Bijvoorbeeld mensen met chronische aandoeningen, post-covid patiënten, hartrevalidatie, oncologische patiënten, leefstijlgeneeskunde
Allround	Indien de sportarts heeft aangegeven “allround” te zijn of “de hele breedte van het vak” uit te oefenen
Overig	Bijvoorbeeld wetenschap, AI, e-health, echogeleide puncties, gynaecologie en sport, zwangerschap en sport

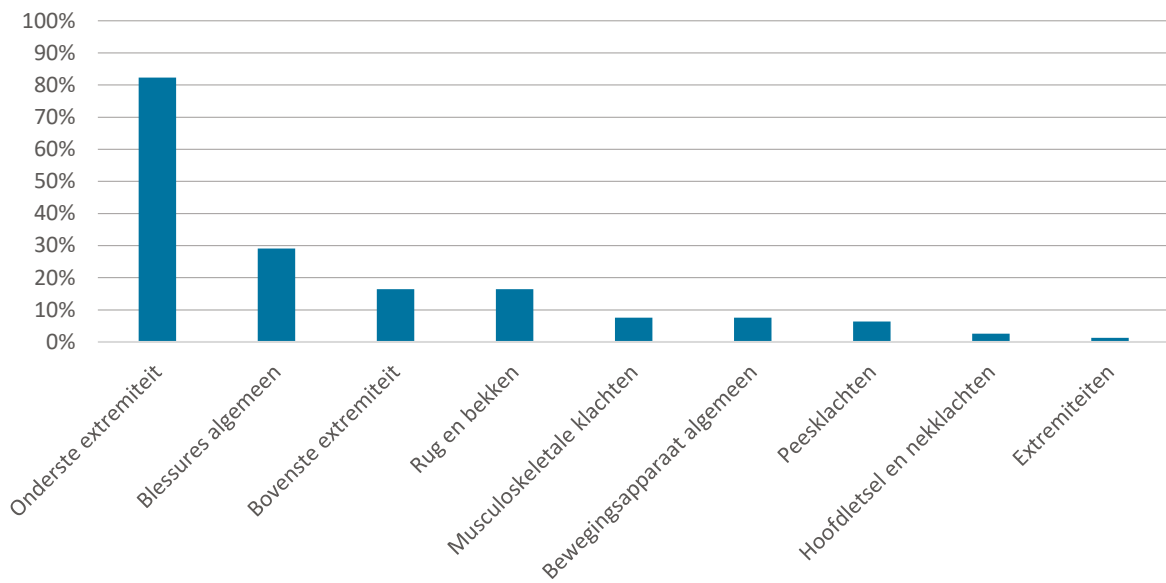
De ondervraagde sportartsen konden meerdere aandachtsgebieden aangeven, bijvoorbeeld, onderste extremiteit, voetbal, topsport en long covid. In figuur 12 wordt weergegeven hoeveel procent van de sportartsen een aandachtsgebied genoemd heeft, onderverdeeld in de clusters uit tabel 3. Dus bijvoorbeeld, als een sportarts aangaf als aandachtsgebied onderste extremiteit, bovenste extremiteit en long-covid te hebben, hield deze sportarts zich bezig met het cluster “lichaamsdeel” en het cluster “mensen met chronische aandoeningen”.

Figuur 12 *Percentage van de sportartsen dat een bepaald expertisegebied heeft genoemd (N=108) (meerdere antwoorden mogelijk).*

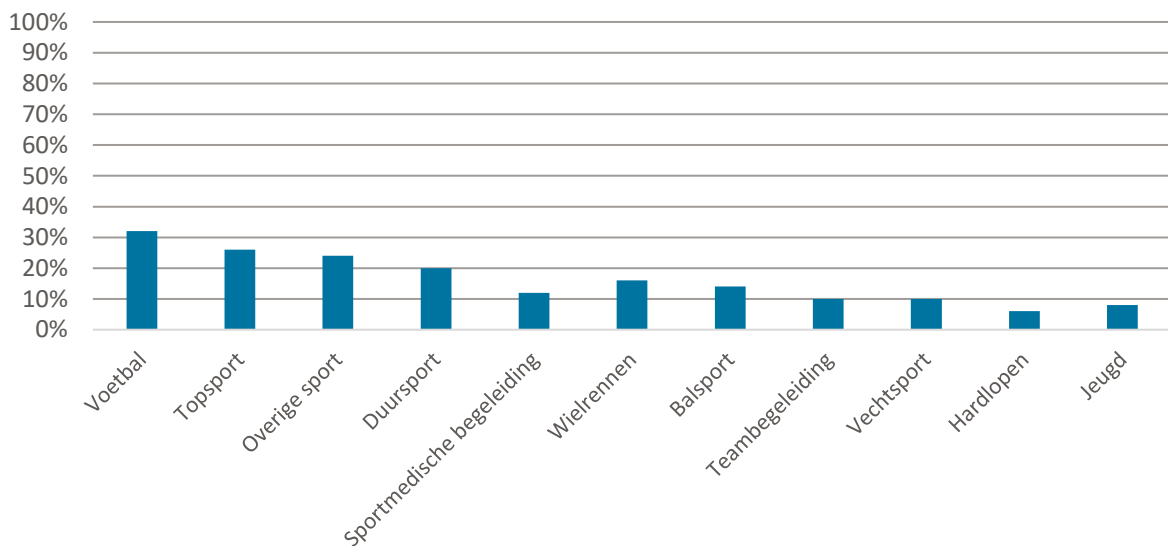


In totaal houdt 73% van de sportartsen zich dus bezig met een specifiek lichaamsdeel. Ongeveer 46% van de sportartsen houdt zich bezig met een specifieke sport – hier werd ook vaak “duursport” genoemd. In totaal houdt 22% van de sportartsen zich expliciet bezig met mensen met chronische aandoeningen. Daarnaast houdt 44% van de sportartsen zich bezig met inspanningsdiagnostiek en -fysiologie. Hierbij is het goed mogelijk dat een deel van hen deze inspanningsdiagnostiek ook inzet voor mensen met chronische aandoeningen, maar omdat dit niet uit de data is af te leiden, zijn deze in aparte clusters meegenomen. In figuur 13, 14 en 15 worden respectievelijk de clusters “specifiek lichaamsdeel”, “specifieke sport” en “mensen met chronische aandoeningen” verder sub gespecificeerd.

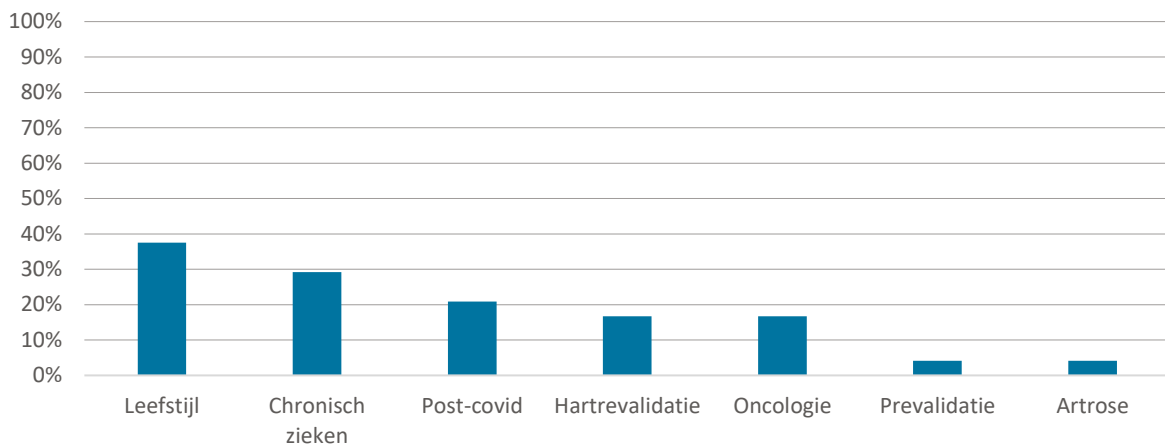
Figuur 13 Percentage van de sportartsen dat zich bezighoudt met een specifiek lichaamsdeel, binnen het cluster "lichaamsdelen" (n=79) (meerdere antwoorden mogelijk).



Figuur 14 Percentage van de sportartsen dat zich bezighoudt met een specifieke sport, binnen het cluster "specifieke sport" (n=50) (meerdere antwoorden mogelijk).

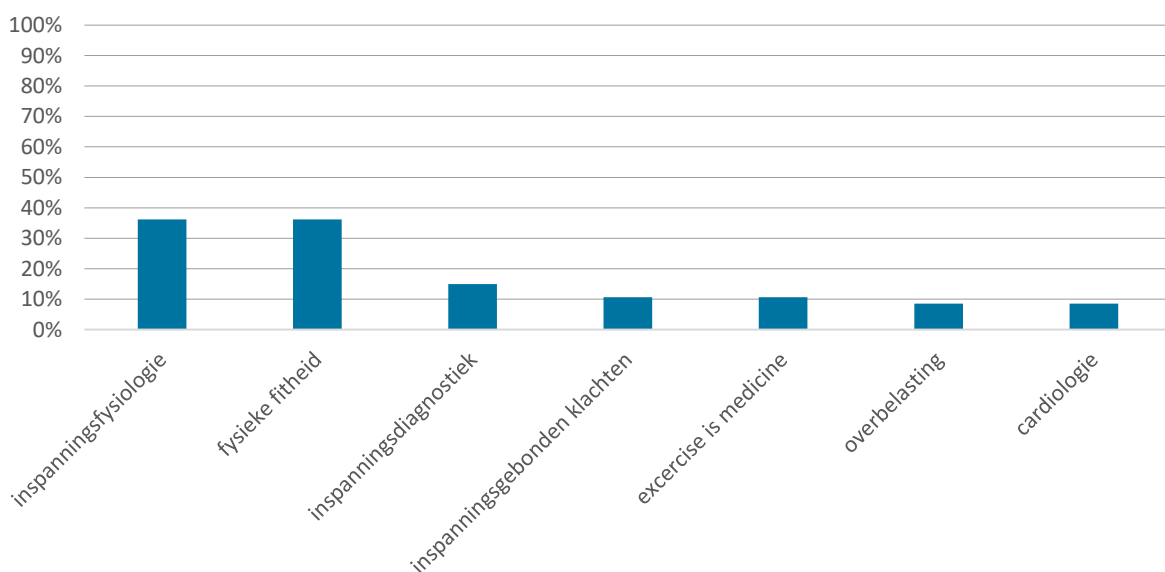


Figuur 15 *Percentage sportartsen dat een specifieke doelgroep noemde binnen de sportartsen die zich bezighouden met mensen met chronische aandoeningen (n=24) (meerdere antwoorden mogelijk).*



In figuur 13 zien we dat binnen het cluster “lichaamsdelen” sportartsen zich met name focussen op de onderste extremiteit. De sporten die het meest genoemd worden als aandachtsgebied zijn voetbal, wielrennen en “duursport” in algemene zin (figuur 14). In het cluster mensen met chronische aandoeningen wordt vaak “chronisch zieken” of “exercise is medicine” genoemd zonder verder te specificeren (figuur 15). Als er een specifieke doelgroep genoemd wordt, is dit meestal de oncologie, hartrevalidatie of hartfalen of post-covid of artrose. Binnen het cluster “inspanningsdiagnostiek en fysiologie” wordt ook “exercise is medicine” en “cardiologie” genoemd. Waarschijnlijk valt een deel van de mensen met chronische aandoeningen dus ook binnen dit cluster. Van inspanningsfysiologie, diagnostiek en inspanning-gebonden klachten valt niet uit te sluiten of dit gaat om fysiologie, diagnostiek en klachten bij sporters, of bij mensen met chronische aandoeningen, maar ook hier kunnen dus doelgroepen met chronische aandoeningen vertegenwoordigd zijn.

Figuur 16 *Percentage sportartsen dat een specifieke doelgroep noemde binnen de sportartsen die zich bezighouden met “inspanningsdiagnostiek en fysiologie” (n=47) (meerdere antwoorden mogelijk).*

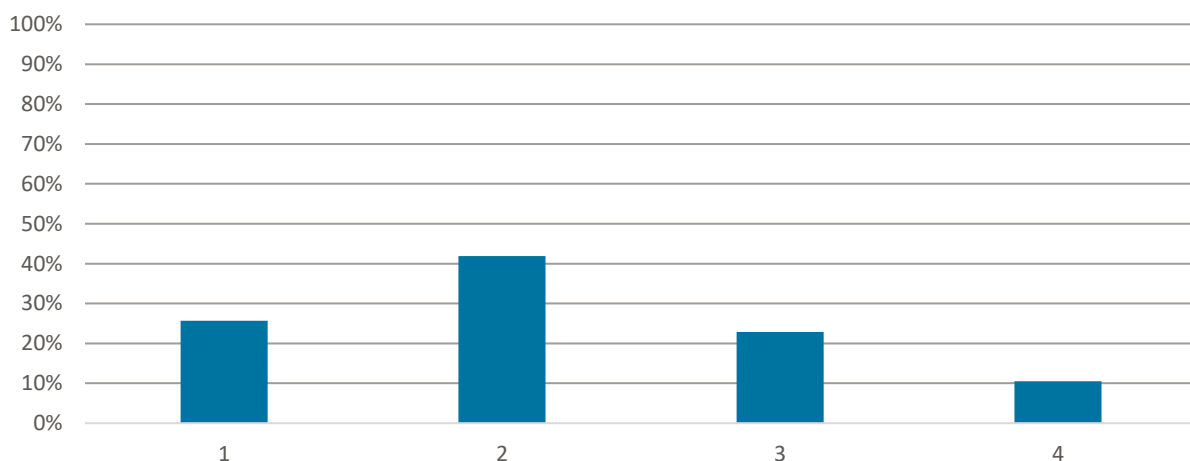


Wat opvalt ten aanzien van het cluster “overig”, is hoe breed de verschillende aandachtsgebieden zijn die hier worden genoemd. Enkele artsen zijn bijvoorbeeld naast sportarts ook musculoskeletaal arts (MSK-arts), anderen hebben als aandachtsgebied leefstijlgeneeskunde, eetstoornissen bij sport, medisch ethische dilemma’s, shockwave therapie, e-health of gynaecologie en sport.

Tot slot is geanalyseerd binnen hoeveel verschillende clusters sportartsen expertisegebieden opgaven. Dat varieerde van 1 t/m 4 clusters. Een kleine 26% van de sportartsen gaf expertisegebieden op die in één cluster lagen. Deze sportartsen hielden zich meestal (48%) bezig met één of meer lichaamsdelen. In 26% van de gevallen ging dit om sportartsen die aangaven “allround” te zijn. In 15% van de gevallen ging het om het cluster inspanningsdiagnostiek en -fysiologie en in 11% van de gevallen om een specifieke sport. Er was binnen dit onderzoek geen enkele sportarts die zich alleen met mensen met chronische aandoeningen bezighoudt.

De meeste sportartsen (42%) hielden zich bezig met 2 clusters. Dit waren dan het vaakst een specifiek lichaamsdeel en een specifieke sport (14,81% van de sportartsen), of een lichaamsdeel en inspanningsdiagnostiek (12,01% van de sportartsen). Ongeveer 23% hield zich bezig met 3, en 11% met 4 clusters.

Figuur 17 Percentage van de sportartsen dat zich met 1, 2, 3 of 4 clusters van aandachtsgebieden bezighoudt (n=105)



3.3 Focusgroepen met sportartsen: huidige positie, kansen, stimulerende factoren en belemmeringen

Er zijn twee focusgroepen gehouden met sportartsen. In groep 1 waren 14 sportartsen aanwezig en groep 2 waren dit er 11. In beide groepen was de samenstelling gevarieerd op het gebied van de werkzame positie (UMC, algemeen ziekenhuis, sportmedische instelling), werkervaring en geslacht. Enkele deelnemers werkten als ZZP'er. Er waren ongeveer evenveel sportartsen die <10 jaar werkzaam waren als sportartsen die >10 jaar werkzaam waren. Deelnemers hadden soms één, soms twee en soms drie verschillende werksettings.

In de twee focusgroepen zijn achtereenvolgens met behulp van een Mentimeter vier onderwerpen besproken: (1) de taken, behandelingen of doelgroepen waar kansen liggen voor de sportarts, (2) de

(gewenste) samenwerkingen met andere professionals, (3) wat benodigd is om tot de gewenste positie van de sportarts te komen in het zorgveld en (4) de kansen en belemmeringen hiertoe. De resultaten van de Mentimeter en bijbehorende discussie worden in de volgende paragrafen besproken.

3.3.1 Taken, behandelingen of doelgroepen waar kansen liggen voor de sportarts

De focusgroepen begonnen met de open vraag *“Waar, in welke taken, behandelingen of doelgroepen, liggen volgens jullie vooral de kansen voor het beroep van de sportarts?”*. Hier kwamen verschillende thema's uit naar voren.

Preventie

In beide groepen werd preventie als thema genoemd waar kansen liggen voor de sportarts. Preventie staat hoog op de beleidsagenda en de deelnemers zien de beroepsgroep bij uitstek als de professionals die hier een belangrijke bijdrage aan kunnen leveren. Ook specifiek preventie van blessures werd genoemd. Volgens de deelnemers is het wel belangrijk om hier goed af te bakenen welke rol de sportarts precies moet innemen omdat preventie een breed en groot thema is waarbij potentieel de hele Nederlandse bevolking de doelgroep kan zijn (terwijl zij niet allemaal bij een sportarts onder behandeling hoeven zijn). Ideeën hiervoor zouden zijn dat een deel van de beroepsgroep een beleidsrol zou kunnen innemen en dat zij een aansturende rol zouden kunnen vervullen als het gaat om adviezen en behandelingen gericht op preventie en leefstijl. Hierbij zou goed getrieerd moeten worden zodat de sportarts alleen ingezet wordt waar het nodig is. Naast primaire preventie is ook secundaire preventie belangrijk. Mensen met een aandoening denken al snel dat ze niet kunnen bewegen of sporten en hier kan de sportarts in begeleiden.

Bewegen bij ziekte

Een belangrijk thema dat ook in beide groepen genoemd werd is het bewegen bij ziekte. In het bijzonder werd genoemd bewegen na en ter voorbereiding op operaties, beweging bij chronische ziekten zoals artrose, maar ook beweging na bijvoorbeeld virusinfecties waar nu en in de toekomst een belangrijke taak voor sportartsen kan liggen. Dit is ook nu al een groot gedeelte van de doelgroep van de sportarts. Daarnaast werd ook *“exercise is medicine”* genoemd: bewegen als behandeling voor chronische ziekte. Ook noemden de deelnemers de connectie tussen het lichaam en psyche. Het signaleren van psychosomatische problemen is volgens hen ook een taak die de sportarts goed op zich kan nemen. De meerwaarde van de sportarts bij het stimuleren van bewegen bij ziekte ligt hier volgens de deelnemers in de holistische, brede blik die sportartsen hebben. Het onderscheid met de revalidatieartsen moet hierbij duidelijk zijn en ligt met name in het doen van maximaal inspanningsonderzoek. Wel noemden de deelnemers ook dat de voorkeuren van sportartsen qua doelgroepen hierbij niet altijd aansluiten. De vraag is dus of er voldoende aansluiting is in de beroepsgroep om bijvoorbeeld de behandeling van mensen met een chronische ziekte als belangrijke doelgroep te gaan zien die zou moeten worden uitgebreid. In één van de focusgroepen werd benoemd dat vooral jonge sportartsen een ander beeld hadden van wie hun voornaamste doelgroepen zouden zijn in hun latere werkzame praktijk. Het is dus van belang dat er een goede aansluiting en afstemming is tussen de opleiding en verwachtingen die hieruit volgen en de werkpraktijk.

Sportzorg

Ook werd door de deelnemende sportartsen benoemd dat sportzorg voor top- maar ook recreatieve sporters onderdeel moet blijven van het vak. Van oudsher hoort dit bij het beroep en dat zou volgens de deelnemers ook zo moeten blijven. De topsport is belangrijk maar wel een kleine doelgroep, de

recreatieve sporters zijn belangrijk maar komen al bij de sportarts. Een belangrijke vraag is, zoals eerder ook al genoemd, wie hierbij wel en niet als (nieuwe) doelgroep zou moeten worden betrokken omdat een erg grote groep in Nederland baat zou kunnen hebben bij (meer of beter) bewegen.

Overige onderwerpen

In één van de focusgroepen werd door een deelnemer benoemd dat sportartsen een verdergaande samenwerking zouden kunnen aangaan met bedrijfsartsen om de gezondheid van werknemers te bevorderen. Bij verschillende gezondheidsproblemen (fysiek, maar ook bijvoorbeeld burnout-klachten) zouden sportartsen een bijdrage kunnen leveren in het herstel. In beide groepen werd ook benoemd dat, hoewel zorg voor mensen met artrose al een onderdeel is van het werk van sportartsen, dit nog meer zou kunnen worden uitgebreid. Tot slot werd in één van de groepen ook nadruk gelegd op dat de bekendheid van de sportarts toe zou moeten nemen, dat er meer gelobbyd zou kunnen worden en dat het vak zichtbaarder zou moeten worden.

Samenvattend

Het valt op dat in deze focusgroepen uiteenlopende meningen waren over de doelgroepen die sportartsen zouden moeten zien. Sommige deelnemers werken liever breder (dus met veel verschillende doelgroepen) terwijl anderen zich liever focussen op een kleiner aantal doelgroepen, waarbij het wisselde met welke doelgroep men de meeste affiniteit had. Dit werkte vooral door in de discussie over de (mogelijke) toekomst(en) van de sportarts. Hoewel bijvoorbeeld de meeste deelnemers wel vonden dat 'bewegen bij ziekte' onderdeel moest zijn van het vak, wisselde het welke patiënten hierin wel en niet de voornaamste doelgroep zouden moeten zijn. De vraag wat sportartsen vooral wel en niet moeten doen kon hiermee niet unaniem beantwoord worden.

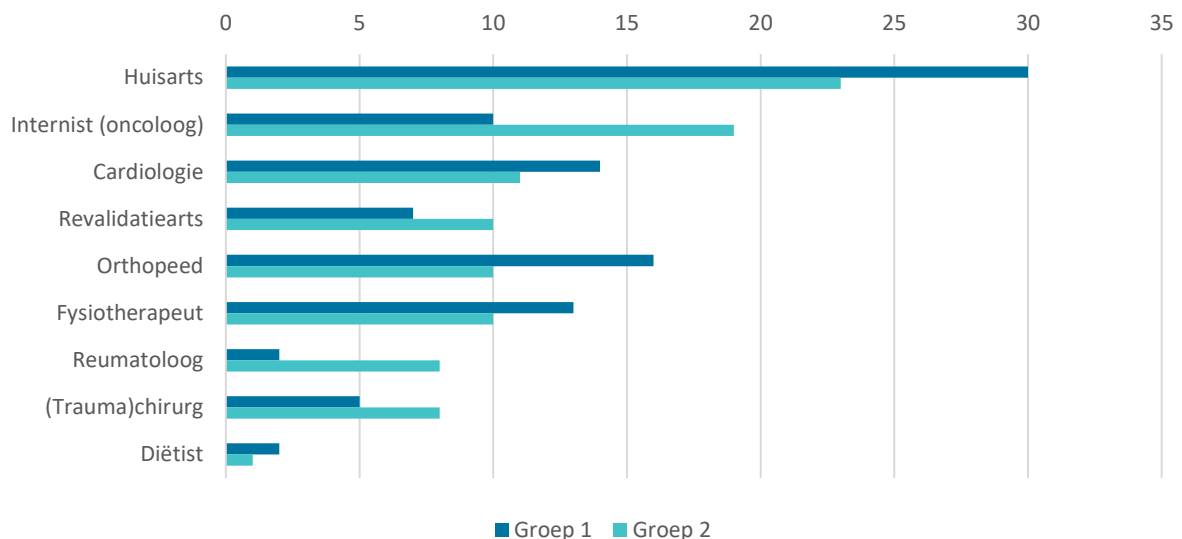
3.3.2 (Gewenste) samenwerkingen

De antwoorden op de vraag "*Bij welke professionals liggen kansen voor samenwerking?*" is geantwoord zoals weergegeven in figuur 18. Men kon 100 punten verdelen over de gegeven opties. In beide groepen werden vooral kansen gezien in de samenwerking met de huisarts. In groep 2 was de internist (oncoloog) de tweede belangrijkste gekozen beroepsgroep waar kansen liggen voor samenwerking. Bij groep 1 waren dit juist eerder de orthopeed, fysiotherapeut en cardioloog. Beide groepen kozen weinig voor de diëtist.

In de discussie werd vooral gefocust op de meest gekozen beroepsgroep, de huisarts. Er zijn twee belangrijke aspecten genoemd. Allereerst zou het volgens de deelnemers goed zijn als huisartsen de weg naar de sportarts beter weten te vinden en meer zouden verwijzen voor de patiënten waar dit van meerwaarde kan zijn. Sportartsen geven aan dat het lastiger is geworden om de huisartsen in de regio te leren kennen, omdat je elkaar weinig tegenkomt. Ook krijgt sportgeneeskunde weinig aandacht in de geneeskundeopleiding. Daarnaast gaven deelnemers van één groep aan dat sportartsen in de 1,5^e lijn gemakkelijker met huisartsen zouden kunnen samenwerken en waar sportartsen laagdrempeliger bij bepaalde patiënten zouden kunnen meekijken met huisartsen en fysiotherapeuten. Hiertegenover staat volgens de deelnemers van de focusgroep wel dat niet alle sportartsen op deze samenwerking willen focussen, een groter deel van de sportartsen zou juist mogelijk meer specialisatie willen waardoor de populariteit voor een 1,5^e lijn mogelijk onvoldoende is. In de andere focusgroep zagen sportartsen niet zo zeer kansen in samenwerking met de huisarts, maar ging het echt om het verwijzen.

Zorgverleners die niet als opties zijn aangegeven maar mogelijk wel van belang zijn volgens de deelnemers zijn: sport- en beweegcoaches die samen met sportartsen en fysiotherapeuten naar patiënten zouden kunnen kijken, anesthesiologen op bijvoorbeeld pijnpoli's, longartsen en kinderartsen.

Figuur 18 Antwoord op de vraag “Bij welke professionals liggen kansen voor samenwerking?” van de deelnemers van de twee focusgroepen. Het weergegeven aantal is het gemiddelde aantal punten dat elke beroepsgroep kreeg, bij het verdelen van 100 punten over de verschillende beroepsgroepen. (N groep 1 = 14, N groep 2 = 11)



3.3.3 Verbetering van de positie van de sportarts

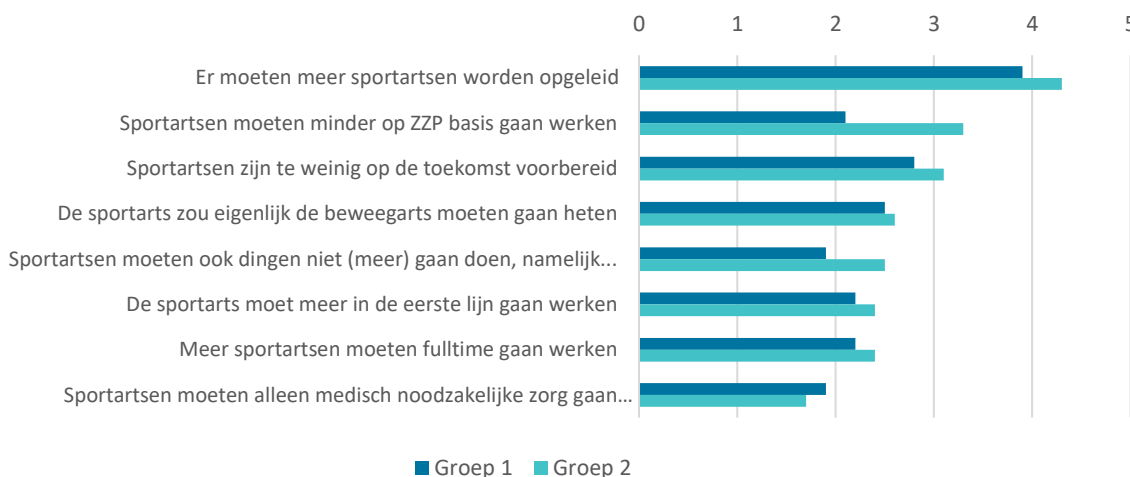
Vervolgens is de deelnemers van de focusgroepen acht stellingen voorgelegd waarop zij konden antwoorden in hoeverre ze het ermee eens waren (5=helemaal mee eens). In beide groepen waren de meeste deelnemers het eens met de stelling ‘*Er moeten meer sportartsen worden opgeleid*’. De deelnemers zien veel mogelijkheden voor de toekomst voor sportartsen waardoor er meer vraag zou kunnen komen naar sportartsen. Wel geven sommige deelnemers aan dat er ook veel uitval lijkt te zijn onder sportartsen en dat sommige sportartsen in de loop van de tijd heel wat anders gaan doen. Sommigen geven aan dat men een andere (verdeling van de) patiëntenpopulatie had verwacht waarbij er minder grote focus zou liggen in de praktijk op mensen met chronische pijnklachten of ALK. Er zijn ook signalen dat het mogelijk kan liggen aan het niet aantrekkelijk vinden van de beschikbare werkplekken, salaris en de werk-privébalans. Genoemd is dat de opleiding niet op alle facetten aansluit bij waar sportartsen in de praktijk mee te maken krijgen. Daarnaast werd aangegeven dat er eerder, rond de covid-periode, weinig vacatures waren, maar er nu juist heel veel vacatures zijn.

Ook was er veel aandacht voor de stelling ‘*De sportarts zou eigenlijk de beweegarts moeten gaan heten*’, waarmee de deelnemers het gemiddeld genomen oneens zijn. Hierover is volgens de deelnemers vaker discussie geweest, maar de algemene tendens in de discussie was dat de naam ‘sportarts’ wel in de weg kan zitten omdat het vak breder is dan de naam doet vermoeden. Desondanks zou de naam sportarts volgens de deelnemers niet zomaar vervangen moeten worden door ‘beweegarts’. Een combinatie zou wel kunnen volgens de deelnemers (bijvoorbeeld sport- en beweegarts, zoals in Engeland al het geval is), maar voorwaarde is dat de doelgroep en de kerntaken

van de sportarts dan eerst beter afgebakend moeten zijn. Daarnaast noemen een aantal deelnemers dat andere zaken op dit moment belangrijker zijn (bijvoorbeeld het vergroten van bekendheid en verduidelijking van de visie wat betreft de doelgroepen van de sportarts) en een exercitie als het aanpassen van de naam sportarts veel tijd en geld kost.

De deelnemers zijn van mening dat de discussie gevoerd moet worden tot waar zij zich bezig moeten houden met preventie en leefstijl en welke doelgroepen wel en niet bij de sportartsen zouden moeten komen. Waar vooral een kader nodig is volgens de deelnemers is bij mensen met ALK, chronische vermoeidheid en bepaalde klachten die mogelijk ook door goede fysiotherapeuten of revalidatieartsen behandeld kunnen worden. In het algemeen denken de deelnemers dat het niet nodig is om te besluiten dat sportartsen enkel medisch noodzakelijke zorg gaan leveren, maar is het belangrijker om je af te vragen welke zorg zinnig is. Ook moet volgens de deelnemers nagedacht worden over hoe om te gaan met de doelstellingen en afspraken vanuit het IZA. Deze discussie sluit aan bij de stellingen ‘Sportartsen moeten alleen medisch noodzakelijke zorg gaan leveren’, ‘de sportarts moet meer in de eerste lijn gaan werken’, en ‘de sportarts moet ook dingen niet (meer) gaan doen namelijk...’.

Figuur 19 Antwoord op acht verschillende stellingen van de deelnemers van de twee focusgroepen. (0=helemaal mee oneens, 5=helemaal mee eens) (N groep 1 = 14, N groep 2 = 11)



3.3.4 Stimulerende en belemmerende factoren

Als laatste werd de deelnemers gevraagd om stimulerende en belemmerende factoren te prioriteren van meest naar minst belangrijk.

Bij de stimulerende factoren, hadden beide groepen dezelfde top drie, maar in een net andere volgorde. De belangrijkste stimulerende factoren zijn: samenwerking met andere disciplines, grotere naamsbekendheid en uitbreiding van de opleiding en opleidingslocaties. Er werd aangegeven dat bij zowel patiënten als artsen betere kennis en bekendheid over de sportartsen helpend zou zijn. In de praktijk merkt men dat artsen meer verwijzen als er meer bekendheid is. Ook wordt genoemd dat uitbreiding van de opleiding en opleidingslocaties bij zou kunnen dragen aan meer bekendheid door een betere landelijke spreiding. De aandacht voor preventie en nieuwe generatie geneeskundestudenten werden als minst belangrijke stimulerende factoren gekozen.

Bij de belemmerende factoren hadden eveneens beide groepen dezelfde top drie, zij het weer in een iets andere volgorde. De belangrijkste belemmerende factoren zijn onbekendheid bij het brede

publiek, financiering en bekostiging en een betere verankering van de rol van de sportarts in richtlijnen. Het probleem met de financiering ligt hier volgens de deelnemers voor een groot deel in de huidige bekostiging van preventie en het ontbreken van specifieke DBC's voor sportgeneeskunde. Verder geven de deelnemers aan dat verankering in medische richtlijnen zowel bij de financiering en bekostiging als bij de bekendheid van het beroep zou kunnen helpen omdat hiermee de positionering van de sportarts duidelijker en sterker kan worden. De minst belangrijke factoren zijn in beide groepen juridische en wettelijke kaders en de krapte op de arbeidsmarkt.

Tabel 4 Prioritering van stimulerende en belemmerende factoren van de deelnemers van de twee focusgroepen

		Stimulerende factoren		Belemmerende factoren	
		Groep 1	Groep 2	Groep 1	Groep 2
Belangrijkst ↑	Samenwerking met andere disciplines	Grotere naamsbekendheid	Financiering en bekostiging	Onbekendheid breder publiek	Onbekendheid breder publiek
	Grotere naamsbekendheid	Uitbreiding opleiding en opleidingslocaties	Onbekendheid breder publiek	Rol verankerd in medische richtlijnen	Rol verankerd in medische richtlijnen
	Uitbreiding opleiding en opleidingslocaties	Samenwerking met andere disciplines	Rol verankerd in medische richtlijnen	Financiering en bekostiging	Financiering en bekostiging
	(Aandacht voor) preventie	(Aandacht voor) preventie	Concurrentie aanverwante disciplines	Concurrentie aanverwante disciplines	Concurrentie aanverwante disciplines
	Nieuwe generatie geneeskundestudenten	Nieuwe generatie geneeskundestudenten	Sportarts die meerdere banen nodig heeft	Sportarts die meerdere banen nodig heeft	Sportarts die meerdere banen nodig heeft
			Krappe arbeidsmarkt	Krappe arbeidsmarkt	Krappe arbeidsmarkt
		Juridische en wettelijke kaders	Juridische en wettelijke kaders	Juridische en wettelijke kaders	Juridische en wettelijke kaders

3.4 De visie van aio's sportgeneeskunde op de huidige positie, kansen, stimulerende factoren en belemmeringen

Om inzicht te krijgen in het perspectief van aio's is een vragenlijst uitgezet onder artsen die de opleiding volgen tot sportarts. Deze vragenlijst is ingevuld door zestien aio's. De respondenten hebben hun geneeskundeopleiding afgerond tussen 2017 en 2021 en zijn begonnen met de opleiding tot sportarts tussen 2019 en 2024. Vijf van de zestien aio's die de vragenlijst hebben ingevuld zaten in het eerste jaar van de opleiding, vier in het tweede jaar, één in het derde jaar en vier in het vierde jaar (twee aio's hebben deze vraag niet ingevuld).

3.4.1 Taken, behandelingen of doelgroepen waar kansen liggen voor de sportarts

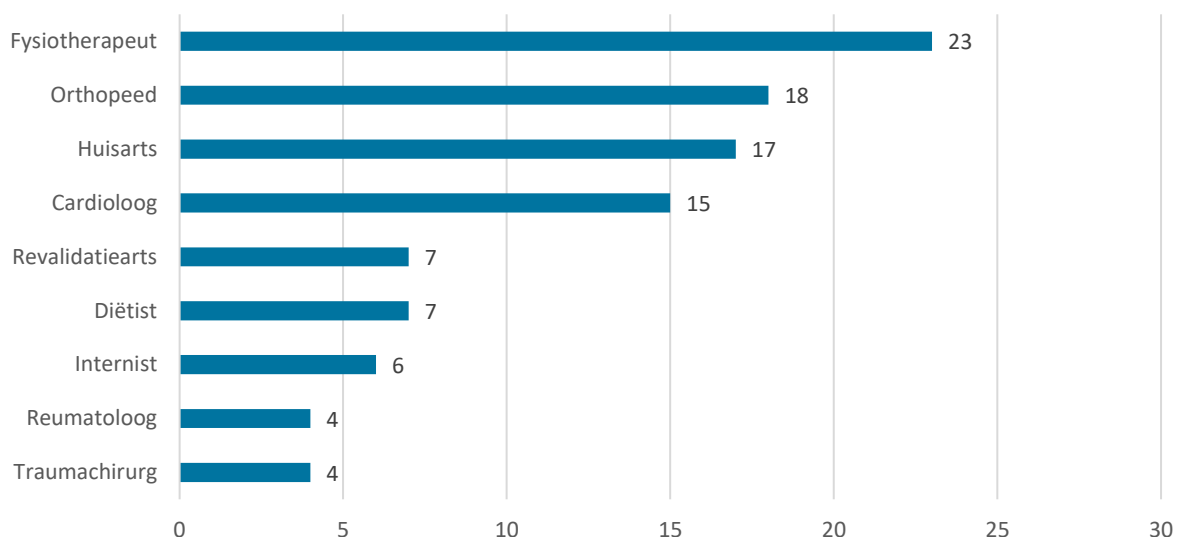
Aan de aio's is eerst gevraagd waar volgens hen kansen liggen voor het beroep van de sportarts, bijvoorbeeld op het gebied van taken, behandelingen en doelgroepen. In totaal zijn er door zestien respondenten 55 steekwoorden ingevuld. Een voor de hand liggend thema dat hieruit naar voren kwam, is sport. Dit thema is in totaal elf keer genoemd. Hierbij werd bijvoorbeeld de ondersteuning

van topsporters genoemd, maar ook de rol van sportartsen in de breedtesport. Daarnaast noemden verschillende aio's dat er kansen liggen voor sportartsen op het gebied van inspanningstesten en sportmedische keuringen. Een ander thema dat door een groot aantal respondenten werd genoemd, is preventie en leefstijl. Op het grensvlak van sport en preventie werd ook (de preventie van) blessures genoemd.

3.4.2 (Gewenste) samenwerkingen

Vervolgens is aan de aio's gevraagd bij welke zorgprofessionals volgens hen kansen liggen voor samenwerking. Ze konden hierbij – net als de sportartsen in de focusgroepen - in totaal 100 punten verdelen over negen zorgprofessionals, waarbij een groter aantal punten duidt op meer kansen voor samenwerking. De beroepsgroep waar aio's de meeste kansen zien voor samenwerking, is de fysiotherapeut (zie figuur 20). Deze groep kreeg gemiddeld 23 van de 100 te verdelen punten. Ook voor de orthooped (18 punten) en huisarts (17 punten) zien de aio's kansen voor samenwerking. De minste samenwerkingskansen zien zij voor de beroepsgroepen reumatoloog en traumachirurg (beide 4 punten).

Figuur 20 Antwoord op de vraag “Bij welke professionals liggen kansen voor samenwerking?” van de respondenten op de vragenlijst voor aio's. Bij deze vraag waren er per respondent 100 punten te verdelen over de verschillende professionals. (N=15)



3.4.3 Verbetering van de positie van de sportarts

Aan de hand van acht stellingen is aan de aio's gevraagd op welke manier de positie van sportartsen in het zorgstelsel verbeterd zou kunnen worden. Voor iedere stelling konden de aio's aangeven in hoeverre zij het hiermee eens waren, op een schaal van 0 tot 5 (0=helemaal mee oneens, 5=helemaal mee eens). In figuur 21 is voor iedere stelling de gemiddelde score te zien. De stelling waar de meeste aio's het mee eens waren, is de stelling ‘Er moeten meer sportartsen worden opgeleid’. Ook de stelling ‘Sportartsen moeten minder op ZZP basis gaan werken’ kon op instemming rekenen. De stellingen waar de aio's het het minst mee eens waren, zijn ‘Sportartsen moeten alleen medisch noodzakelijke zorg gaan leveren’ en ‘De sportarts zou eigenlijk de beweegarts moeten gaan heten’. Respondenten hadden niet de mogelijkheid om een toelichting te geven bij de stellingen.

Figuur 21 Antwoord op acht verschillende stellingen van de respondenten op de vragenlijst voor aio's (0=helemaal mee oneens, 5=helemaal mee eens) (N=15)



Aan de respondenten die het eens waren met de stelling dat sportartsen bepaalde dingen niet meer moeten gaan doen, is gevraagd welke dingen dit dan zijn. Hierbij werden uiteenlopende antwoorden genoemd. Een aantal aio's gaven aan dat zij vinden dat zorg voor chronisch zieken geen taak is voor de sportarts. Eén respondent gaf aan dat sportartsen zich niet te smal moeten neerzetten, omdat de kracht van sportartsen juist in hun brede expertise zit.

3.4.4 Stimulerende en belemmerende factoren

Ten slotte is aan de aio's gevraagd om een aantal factoren die de ontwikkeling van de sportgeneeskunde kunnen stimuleren of belemmeren te prioriteren van meest belangrijk naar minst belangrijk.

De prioritering van de vijf stimulerende factoren wordt weergegeven in tabel 5. In deze tabel is te zien dat een grotere naamsbekendheid door acht van de veertien aio's wordt gezien als belangrijkste factor bij het stimuleren van de ontwikkeling van de sportgeneeskunde. Een nieuwe generatie geneeskundestudenten wordt het minst belangrijk gevonden bij het stimuleren van de ontwikkeling van de sportgeneeskunde: tien van de veertien aio's zetten deze factor op de laatste plaats.

Tabel 5 Prioritering van stimulerende en belemmerende factoren voor de toekomstige positie van de sportarts, met de belangrijkste factoren boven. Vragenlijst voor aio's (N=14)

	Stimulerende factoren	Belemmerende factoren
Belangrijkst ↑	Grotere naamsbekendheid	Onbekendheid bij het brede publiek
	Samenwerking met andere disciplines	Rol van sportarts te weinig verankerd in medische richtlijnen
	Aandacht voor preventie	Financiering in bekostiging
	Uitbreiding opleiding en opleidingslocaties	Concurrentie met aanverwante disciplines
	Nieuwe generatie geneeskundestudenten	Krappe arbeidsmarkt

Naast stimulerende factoren is op vergelijkbare wijze gevraagd naar de prioritering van zes factoren die de ontwikkeling van de sportgeneeskunde belemmeren. Het feit dat de rol van de sportarts te weinig is verankerd in medische richtlijnen en onbekendheid bij het brede publiek met sportartsen werden beide door vier van de veertien aio's gezien als belangrijkste belemmerende factor in de ontwikkeling van de sportgeneeskunde. De financiering en bekostiging werd door drie aio's genoemd als belangrijkste belemmerende factor. De krappe arbeidsmarkt werd het vaakst genoemd als minst belangrijke belemmerende factor, gevolgd door juridische en wettelijke kaders. Deze factoren werden door respectievelijk zes en vijf van de veertien aio's genoemd. De meningen over prioritering van de belemmerende factoren lijken dus meer verdeeld te zijn dan die over de stimulerende factoren.

3.5 Verdieping: de visie van opleiders en een hoogleraar sportgeneeskunde op de huidige positie, kansen, stimulerende factoren en belemmeringen

Er zijn drie interviews gehouden met hoogleraren en opleiders van de opleiding sportgeneeskunde. Dit betrof 1 interview met een hoogleraar en twee interviews met hoofdopleiders. In deze interviews zijn drie onderwerpen besproken: (1) de huidige positie van de sportarts, (2) de gewenste toekomstige positie van de sportartsen en (3) de kansen en belemmeringen bij deze toekomstige positie.

3.5.1 Huidige positie van de sportarts

De hoogleraar en opleiders beschrijven de huidige kerntaak en positie van de sportarts als: een medisch specialist die breed is opgeleid en goed belasting en belastbaarheid van patiënten kan inschatten. Hierbij geven zij ook aan dat de sportgeneeskunde, zeker na de erkenning als medisch specialisme, een breder vakgebied is geworden. Voorheen werd er vooral gefocust op (top)sporters, nu is de opleiding en het vak veel breder en zijn sportartsen in alle lagen van de gezondheidszorg werkzaam.

Het onderscheid met andere specialismen zit hem vooral in dat sportartsen meer gepersonaliseerd kijkt naar hoe iemand zo goed mogelijk kan bewegen en/of zich inspanssen. Hierbij gaat het om zowel het fysiek kunnen bewegen als het hebben en opbouwen van voldoende conditie.

3.5.2 Gewenste toekomstige positie van de sportarts

De sportarts zou volgens de opleiders/hoogleraar in de toekomst een belangrijkere positie kunnen hebben in de 0^e lijn. Hierbij is te denken aan een grotere rol in preventieprogramma's zoals de Coalitie Bewegen maar ook het uitvoeren van keuringen kan hier onder vallen. Een voorbeeld hiervan kan zijn bedrijfskeuringen om werknemers zo fit mogelijk te laten zijn en blijven. De kracht van de beroepsgroep is hierbij dat ze heel breed inzetbaar zijn en innovaties vanuit de topsport breder in de praktijk kunnen brengen bij andere doelgroepen. Door deze uitbreiding, en ook de uitbreiding van het vak naar de 2^e lijn, wordt volgens de geïnterviewden ook de aantrekkelijkheid van het beroep groter, doordat het beter mogelijk wordt om het beroep ook fulltime uit te oefenen.

3.5.3 Stimulerende en belemmerende factoren

Samenwerking met andere specialismen wordt gezien als een belangrijke stimulerende factor voor mogelijke groei voor de sportarts. Hierdoor wordt breder bekend waarvoor de sportarts kan worden ingezet. Deze samenwerking zou niet alleen goed zijn in de patiëntenzorg, maar ook op wetenschappelijk niveau. Hierbij geeft één deelnemer ook aan dat gedacht kan worden aan meer 'inclusiviteit' in de opleiding waardoor andere specialisten en patiënten zich meer kunnen herkennen in de beroepsgroep. Momenteel zijn sportartsen vooral 'sportieve witte mannen'. Meer vrouwen, meer culturele diversiteit en verschillende mate van sportiviteit zouden hierbij kunnen helpen.

Belemmerend is volgens de deelnemers de bekostiging. Specialismen in het ziekenhuis mogen op dit ogenblik niet groeien waardoor het lastig is om in het ziekenhuis meer te doen. Voor de meer preventieve rol die de sportarts kan hebben is er geen of minimale financiering. Om dit te kunnen uitvoeren zou ook hier financiering voor moeten komen. Hiervoor is dan eerst bewijs nodig dat de preventieve zorg door de sportarts goedkoper is dan de zorg die extra beweging voorkomt.

4 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van werkgevers

4.1 Waar werkt de sportarts?

Het overgrote deel van de instellingen waar de sportarts werkzaam is, is aangesloten bij de Federatie Sport Medische Instellingen (FSMI). In 2024 waren in totaal 48 organisaties lid bij de FSMI. Wat betreft type organisatie, kunnen deze organisaties ingedeeld worden in de volgende categorieën:

- universitaire ziekenhuizen (UMC's),
- streekziekenhuizen,
- sportmedische Instellingen (SMI's),
- zelfstandige behandelklinieken (ZBC's),
- sportbonden.

Daarnaast is er één hogeschool waar sportartsen werkzaam zijn. Het aantal fte's aan sportartsen dat werkzaam is in bovengenoemde vijf instellingen varieert per instelling tussen de 0,1 fte (bij een ZBC) tot 8,12 fte (streekziekenhuis). Het gemiddeld aantal fte over al deze instellingen was 2.4. Alle sportartsen in dienst bij de FSMI aangesloten organisaties werken samen 103,2 fte.

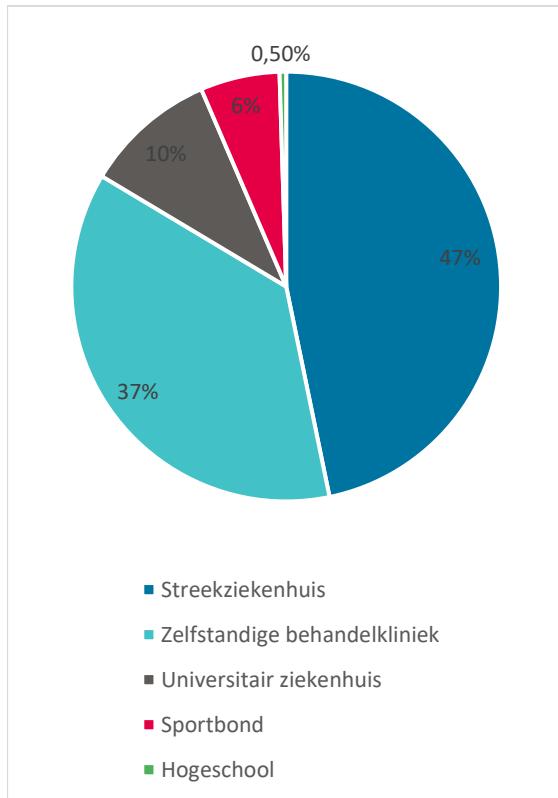
Als we naast de onderverdeling in organisatievorm, de organisaties ook indelen naar fte, kunnen we een tabel maken van het aantal organisaties in Nederland per categorie (tabel 6).

Tabel 6 Categorisering van de 43 werkgeverorganisaties van sportartsen die lid zijn van de FSMI naar soort organisatie en aantal fte's. Van 5 organisaties waren geen recente gegevens beschikbaar op het moment van schrijven.

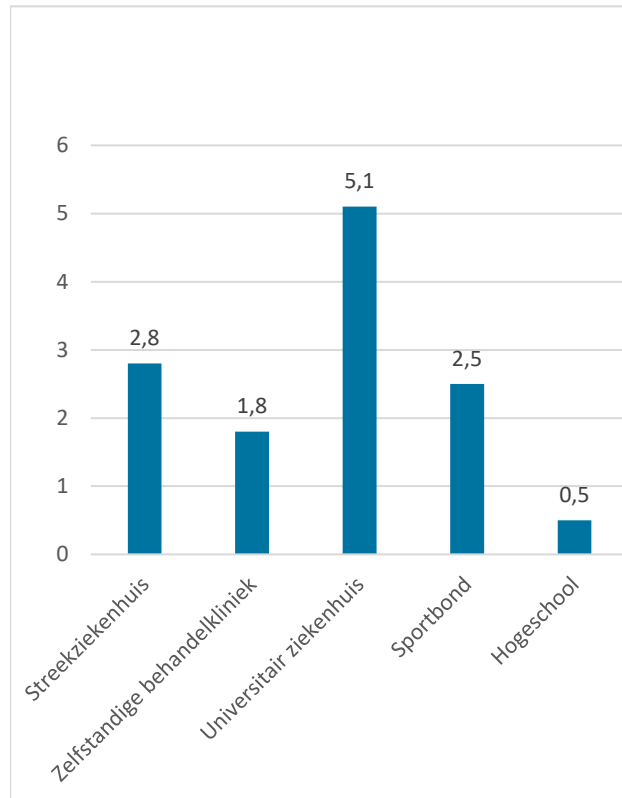
Soort organisatie	1 tot 3 FTE	3 of meer FTE	Minder dan 1 FTE	Totaal
Sportbond	1	1		2
Hogeschool			1	1
Streekziekenhuis	4	7	6	17
Universitair ziekenhuis		2		2
Zelfstandige behandelkliniek	11	4	6	21
Totaal	16	14	13	43

Als we in plaats van naar de organisaties, kijken naar het aantal sportartsen per sector, zien we hoe de sportartsen verdeeld zijn over het zorglandschap. In totaal was er in 2024 103 fte aan sportartsen, aio's en anio's werkzaam bij organisaties aangesloten bij de FSMI. De verdeling daarvan over verschillende sectoren is weergegeven in figuur 22a en 22b. Binnen deze uren wordt mogelijk niet alleen patiëntenzorg verricht, maar kunnen ook onderzoeks- of managementtaken vallen.

Figuur 22a Verspreiding van het totaal aantal fte van sportartsen, aio's en anio's (totaal 103 fte) werkzaam in organisaties aangesloten bij de FSMI, over verschillende soorten organisaties. Let op, niet FSMI werkgevers (bijvoorbeeld werkzaamheden voor een lokale sportclub) zitten hier niet bij. 2024, FSMI data



Figuur 22b Per organisatievorm het gemiddelde aantal fte dat hier werkzaam is aan sportartsen, aio's en anio's. 2024, FSMI data



4.2 Vraag naar sportartsen

Om een beeld te krijgen van de actuele vraag naar sportartsen is een uitvraag gedaan onder de 43 organisaties die aangesloten zijn bij de FSMI, en organisaties met sportartsen in dienst die geen lid zijn. In deze uitvraag is gevraagd naar het aantal fte (waarbij voor 1 fte 36 uur werd gerekend) men in dienst heeft, nu idealiter in dienst zou hebben en hoeveel men over 5 jaar in dienst zou willen hebben. Daarnaast is gevraagd naar het aantal openstaande vacatures.

In totaal 34 organisaties hebben de uitvraag ingevuld. Hieronder waren 2 UMC's, 12 streekziekenhuizen, 19 zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en 1 hogeschool. In totaal hadden zij bijna 77 fte aan sportartsen in dienst.

Gemiddeld hadden de deelnemende organisaties 2,2 fte aan sportartsen in dienst. Wanneer gevraagd werd hoeveel fte sportartsen zij idealiter in dienst zouden hebben was dit gemiddeld 2,7 fte. Idealiter zouden werkgevers dus gemiddeld 19% meer sportartsen in dienst willen hebben dan ze

nu hebben. Ziekenhuizen zouden minder in het aantal fte willen groeien dan de ZBC's. Dit wordt mogelijk verklaard doordat zij gemiddeld genomen al meer sportartsen in dienst hebben (figuur 22b) en daardoor mogelijk een minder grote wens tot groeien hebben.

Ongeveer 50% van de ziekenhuizen geeft aan een tekort te hebben en 60% van de ZBC's heeft een tekort (zie tabel 7). Voor meer dan de helft van de gewenste extra formatie staan er geen vacatures open. Op basis van de vacatures is er een tekort van 8%. 20% van de respondenten heeft daadwerkelijk vacatures openstaan voor sportartsen. Wanneer ze deze vacatures hebben, geven ze aan dat deze moeilijk tot zeer moeilijk te vervullen zijn.

Tabel 7 Huidig tekort aan sportartsen in Ziekenhuizen en ZBC's, op dit moment, op basis van vacatures, en verwacht over 5 jaar. N=34 (14 Ziekenhuizen en 20 ZBC's).

Type instelling	% tekort	% tekort op basis vacatures	% groei over 5 jaar
Totaal respondenten	56%	8%	49%
Ziekenhuizen	50%	4%	31%
ZBC's	60%	14%	72%

Tenslotte is aan de organisaties gevraagd wat de gewenste formatie is over 5 jaar. Wanneer we deze vergelijken met de huidige formatie is er een duidelijke wens om te groeien in het aantal sportartsen. Deze wens is in de ZBC's met een groei van 72% wel groter dan in de ziekenhuizen met 31%.

4.3 Visie op de sportarts van werkgevers

Om de visie van werkgevers op de positie van de sportarts uit te diepen, is een focusgroep gehouden met werkgevers van sportartsen. Hierbij werd ernaar gestreefd om een voor Nederland zo representatief mogelijke steekproef uit te nodigen met maximaal 15 deelnemers. Als basis voor de selectie van uit te nodigen werkgevers zijn opnieuw de gegevens van de FSMI gebruikt. Hierbij werd per type organisatie (sportbond, hogeschool, streekziekenhuis, universitair ziekenhuis en ZBC's) en grootte van de organisatie (minder dan 1 fte, 1-3 fte en 3 of meer fte) een zo representatief mogelijke selectie gemaakt. Waar mogelijk is ook gelet op de regionale spreiding van de organisaties. Omdat in sommige categorieën slechts 1 organisatie bestond, was dit namelijk niet altijd mogelijk.

Dit heeft geresulteerd in een focusgroep met 11 deelnemers die voor het merendeel goed verdeeld waren over de categorieën. Alleen een streekziekenhuis met 1 tot 3 fte aan sportartsen ontbrak door een last minute afmelding. Eén sportmedische instelling wilde graag deelnemen aan de focusgroep, maar was verhinderd. Deze SMI is na afloop van de focusgroep apart geïnterviewd. De bevindingen uit dit interview staan apart gerapporteerd, na de paragrafen over de focusgroep.

In de focusgroep zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

1. De huidige arbeidsmarkt voor sportartsen
2. De huidige positie van de sportarts binnen de organisaties
3. De gewenste (toekomstige) positie van de sportarts binnen de organisaties

Bij de focusgroep is gebruik gemaakt van de MentiMeter ter ondersteuning.

4.3.1 De huidige arbeidsmarkt voor sportartsen volgens de werkgevers

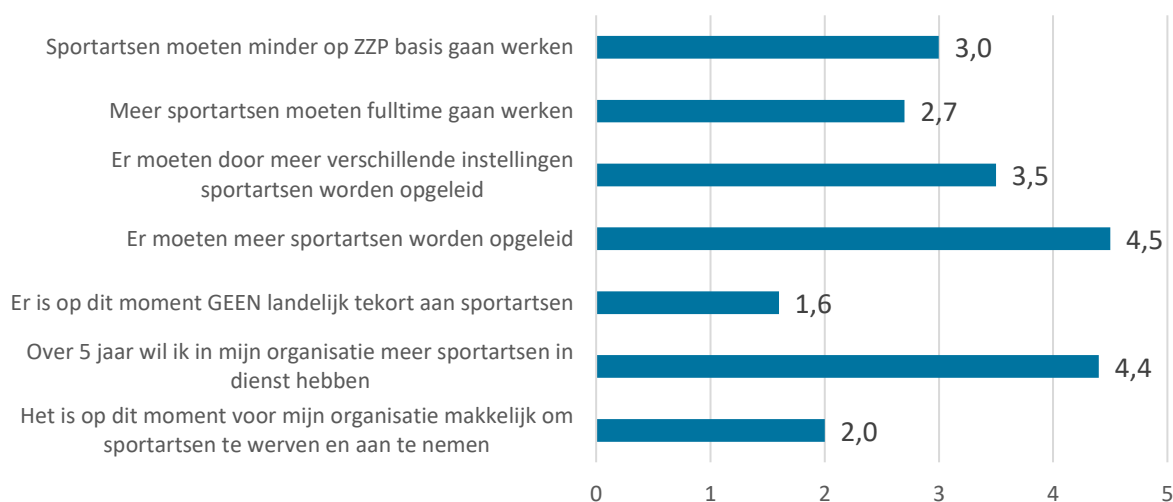
De werkgevers is allereerst een 7-tal stellingen voorgelegd (figuur 23). De werkgevers zijn over het algemeen van mening dat er op dit moment een tekort is aan sportartsen, willen meer sportartsen in dienst hebben en merken dat het momenteel moeilijk is om sportartsen te werven en aan te nemen. Opvallend is dat hier verschil merkbaar is tussen typen organisaties. Zo werd door de organisaties, anders dan een ziekenhuis, aangegeven dat zij als werkgever minder aantrekkelijk kunnen zijn door verschillende factoren. Zo noemden zij een minder gunstige of minder goed passende CAO (bijvoorbeeld sport of HBO/onderwijs), financiële en fysieke ruimte, en het feit dat bij sportbonden bijvoorbeeld veel seizoenwerk en werk in avonduren en weekenden gevraagd wordt. In ziekenhuizen kunnen groeiplafonds juist ook een belemmering zijn in de financiering om meer sportartsen (in vaste dienst of überhaupt) aan te nemen.

Deze factoren spelen ook een rol als het gaat om het werken op ZZP basis. Hier zitten volgens de deelnemers verschillende voor- en nadelen aan. Zo is omwille van expertise en continuïteit een vaste basis gewenst, maar merken de werkgevers ook dat sportartsen zelf vaak een bepaalde variatie zoeken in hun werkweek, waarbij kleinere contracten een oplossing zijn, naast het feit dat er vaak maar kleine contracten beschikbaar zijn. Wel geeft een deelnemer aan dat een grotere bereidheid tot fulltime werken zou kunnen bijdragen aan het oplossen van tekorten op de arbeidsmarkt.

De deelnemers geven daarnaast aan dat het gewenst zou zijn, als de opleidingslocaties worden uitgebreid, zodat aio's ook in niet-ziekenhuizen een deelstage kunnen doen. Zo kunnen stages bij verschillende typen organisaties was gedaan worden. Daardoor kunnen sportartsen in opleiding ook buiten de ziekenhuizen ervaring opdoen en hoopt men dat het in deze sectoren makkelijker wordt om sportartsen te werven.

Tenslotte werd als mogelijke denkrichting voor de ervaren arbeidsmarkttekorten en de groeiende vraag naar sportartsen de inzet van PA's of andere beroepsgroepen (zoals bewegingswetenschappers) genoemd. Zij kunnen bijvoorbeeld inspanningsdiagnostiek overnemen. Hiermee wordt in sommige organisaties al gewerkt.

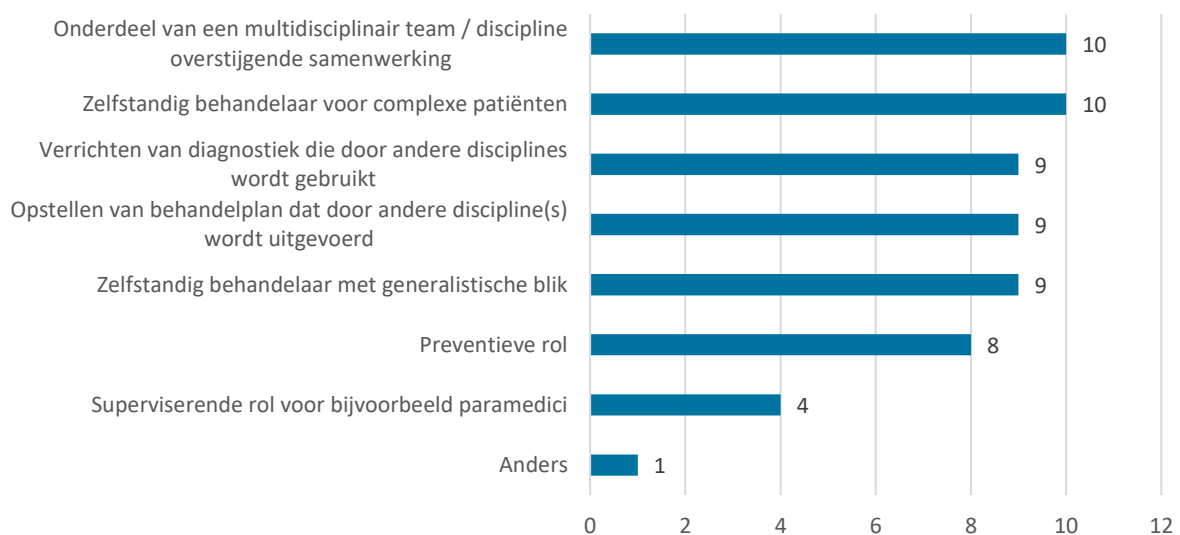
Figuur 23 Gemiddelde scores op stellingen over de huidige arbeidsmarkt voor sportartsen. 1= helemaal oneens, 5 = helemaal eens (N=11).



4.3.2 De huidige positie van de sportarts binnen de organisaties

De tweede vraag die is voorgelegd luidt ‘Welke van de volgende rollen vervult de sportarts binnen uw organisatie?’. Alle voorgelegde rollen kwamen veel voor binnen de organisaties, vooral het onderdeel van discipline overstijgende samenwerking en zelfstandig behandelaar voor complexe patiënten zijn. De superviserende rol voor bijvoorbeeld paramedici komt minder vaak voor, sommige organisaties zien deze niet voor de sportarts en andere wel. Een voorbeeld van de superviserende rol is bij de nieuwe richtlijn “fysieke van mensen met en “fitheid na kanker” en gecombineerde consulten met fysiotherapeuten en sportartsen. Ook geeft een deelnemer aan dat de superviserende rol er op papier wel is, maar dat het in de praktijk meer neerkomt op intervisie waarbij ieder vanuit de eigen expertise op een meer gelijkwaardige manier inbrengt. Qua preventie zien de werkgevers ook een rol voor sportartsen, maar dit werd vooral benoemd op individueel niveau en minder beleidsmatig, door bijvoorbeeld mensen met overgewicht te helpen. Dit draagt bij aan doelstellingen rond preventie. Een andere rol is het bezig zijn met de positie van de sportarts en werken aan meer bekendheid. Er worden bijvoorbeeld nascholingen gegeven aan huisartsen, waarbij men aangeeft in de praktijk te merken dat er dan ook nadien meer verwezen wordt naar de sportarts.

Figuur 24 Gekozen antwoorden op de meerkeuzevraag: Hoe ziet u als werkgever de positie van de sportarts binnen uw organisatie? Voor elk antwoord is weergegeven hoeveel van de 11 deelnemers erop stemden (N=11).



4.3.3 De gewenste (toekomstige) positie van de sportarts binnen de organisaties

Terugkijkend naar de eerste twee vragen die in de focusgroep zijn besproken, is vooral te concluderen dat de meeste organisaties willen uitbreiden in fte aan sportartsen. De sportarts wordt gezien en gewaardeerd als professional die veel verschillende rollen in organisaties op zich kan nemen en voor een breed scala aan doelgroepen kan worden ingezet.

De belangrijkste belemmeringen voor de beoogde uitbreiding die werden benoemd zijn:

- Onduidelijkheid over de rol van de sportarts: er is behoefte aan een duidelijk beroepsprofiel over wat de sportarts wel en niet doet. Hierbij zien de werkgevers brede mogelijkheden van sportzorg tot zorg voor mensen met een chronische ziekte of obesitas, maar ze zien wel het belang van afbakening van taken en doelgroepen zodat de sportarts zich duidelijk kan profileren binnen het veld.

- Financiële belemmeringen: veel is afhankelijk van financiering. Men geeft aan dat dit vooral in de zorg zit, die niet verzekerd is binnen de basisverzekering en geeft aan verschillen te zien tussen verzekeraars. Sommige verzekeraars hebben ruimere vergoedingen omdat zij een belangrijke rol voor de sportarts zien weggelegd binnen het IZA. Ook wordt aangegeven dat ‘de standaard’ groei binnen het ziekenhuis per jaar maximaal zo’n 1 à 2 procent is, terwijl bij nieuwe specialismen zoals de sportarts vooral in het begin het specialisme mogelijk veel harder zou kunnen groeien.
- Breder en eventueel regionaal opleiden: vooral niet-ziekenhuis organisaties willen graag dat in een breder palet aan organisaties wordt opgeleid. Zij hopen hiermee meer sportartsen te enthousiasmeren voor het werk in hun organisaties en mensen aan zich te binden.

Eén sportmedische instelling wilde graag deelnemen aan de focusgroep, maar was verhinderd, en is later geïnterviewd. De werkgever van deze SMI herkende de bevindingen uit de focusgroep, dat er een zeker schaarste aan sportartsen is, al lukte het tot dusver bij deze organisatie nog wel de vacatures te vervullen. Er werd in deze organisatie gekeken in hoeverre andere beroepsgroepen (zoals anio’s of physician assistants) bepaalde taken van de sportarts kunnen overnemen, hoewel sportartsen graag veel zelf doen. Ook werd hier aangegeven dat een duidelijke rolverdeling soms nog ontbreekt in de samenwerking met andere beroepsgroepen en dat hier in de organisatie veel over wordt nagedacht. Daarnaast werd in dit interview aangegeven dat sportartsen graag op verschillende plekken werken, en een bepaalde diversiteit in werkzaamheden nodig hebben en generalistisch zijn ingesteld. Ook werd benoemd dat het bedrijfsmatig soms lastig kan zijn dat sportartsen soms ook voor sportclubs op pad zijn, en dan niet inzetbaar zijn, maar het op deze manier werken bij verschillende (typen) werkgevers levert ook veel kennis, kruisbestuiving en naamsbekendheid op. In de toekomst werd ook hier groei verwacht, hoewel onverzekerde zorg wel een drempel kan zijn. De sportarts zou volgens de geïnterviewde met name veel kunnen betekenen op het gebied van positieve gezondheid, en hier zouden ook veel kansen kunnen liggen passend bij de huidige beleidsontwikkelingen.

5 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van de zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt

5.1 Verwijscijfers naar de sportarts en andere medisch specialisten

Met behulp van data uit de Nivel Zorgregistraties werd data geanalyseerd van 346 huisartsenpraktijken in de periode 2019 t/m 2023. Hierin werd gekeken naar het aantal verwijzingen naar de sportarts en aanverwante specialismen en de verwijzreden, die werd vastgesteld op basis van de ICPC-code die op de dag van verwijzing in het huisartsendossier werd geregistreerd.

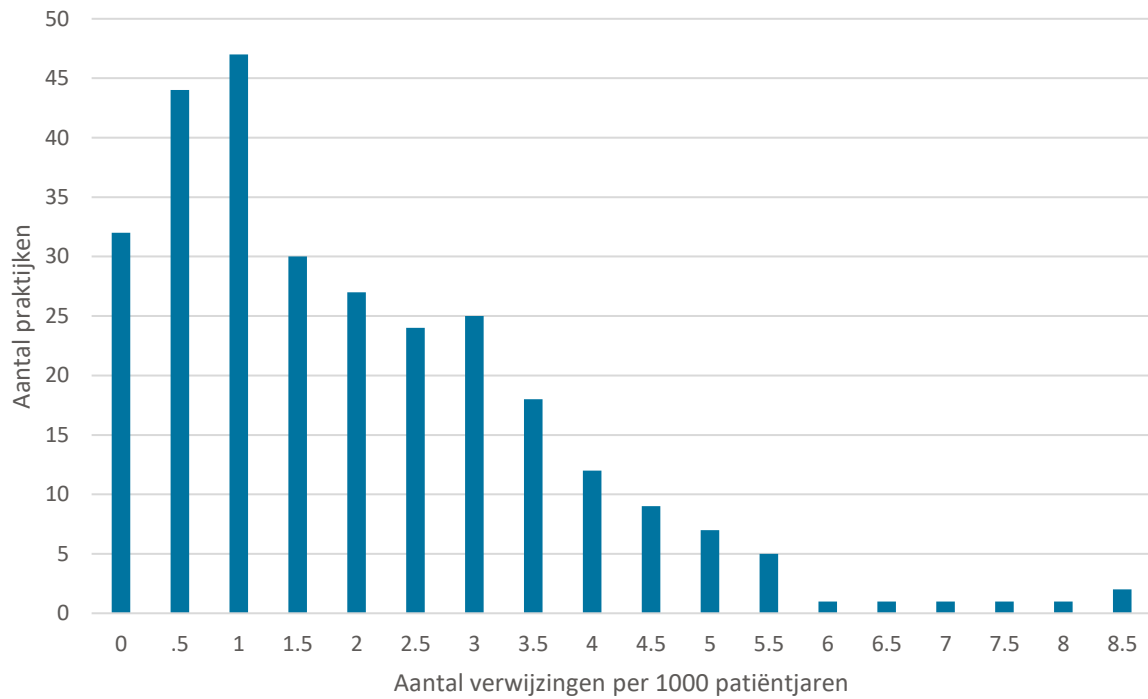
Omdat de jaren 2020 en 2021 door COVID-19 een afwijkend verwijzpatroon lieten zien, werden alleen praktijken met verwijscijfers van alle jaren 2019 t/m 2023 (n=80) meegenomen in tabel 8. In de tabel valt op dat van alle specialismen het aantal verwijzingen in 2020 fors terugliep, waarschijnlijk als gevolg van de COVID-19 pandemie. In de jaren erna loopt het aantal verwijzingen naar de orthopedie, revalidatiegeneeskunde en reumatologie weer op tot ongeveer het oude niveau. De sportgeneeskunde is het enige specialisme waarnaar het aantal verwijzingen fors groeit.

Tabel 8 Aantal verwijzingen naar verschillende specialisten per jaar en het percentage toe- of afname ten opzichte van het jaar 2019. Data van 80 huisartsenpraktijken

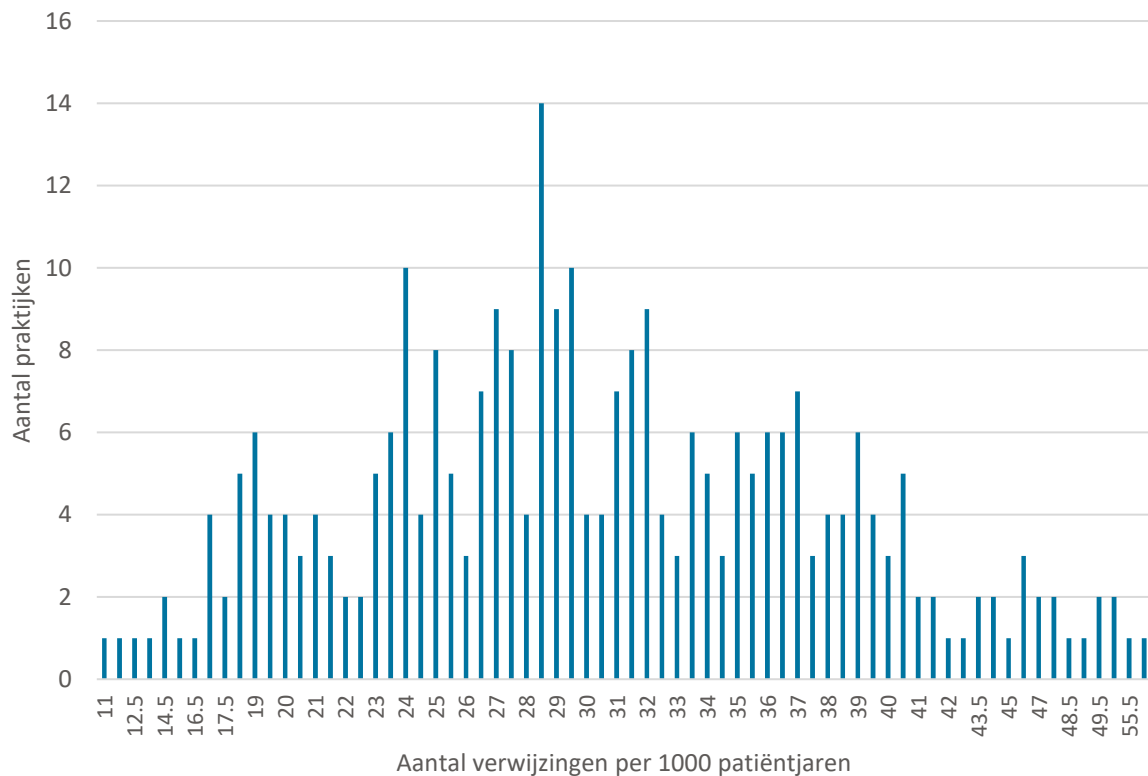
Jaar	Sportarts	% tov 2019	Orthopeed	% tov 2019	Revalidatiearts	% tov 2019	Reumatoloog	% tov 2019
2019	638	-	11.766	-	927	-	1.805	-
2020	603	95%	8.384	71%	737	80%	1.370	76%
2021	816	128%	10.784	92%	937	101%	1.830	101%
2022	844	132%	11.430	97%	859	93%	1.873	104%
2023	896	140%	11.236	95%	885	95%	1.820	101%

Als we kijken naar het aantal verwijzingen per huisartsenpraktijk, gecorrigeerd voor het aantal patiëntjaren per praktijk per jaar, was het mediane aantal verwijzingen per jaar per praktijk 1,6 per 1000 patiënten, (IQR 0,7 – 3,0). Van alle 287 praktijken verwezen 25 in 2023 geen enkele keer naar de sportarts (9%) en 3 praktijken verwezen 8 keer of vaker (1%), (figuur 25a). Het valt hierbij op dat de verdeling van het aantal verwijzingen “scheef” verdeeld is. Veel huisartsen verwijzen 0 keer, en een klein aantal huisartsen veel vaker. Als we dit vergelijken met verwijzingen naar de orthopeed (figuur 25b) zien we deze verschillen nog duidelijker: hier zien we een normale verdeling in het aantal verwijzingen. Daardoor zien we nog duidelijker dat de aantallen verwijzingen van huisartsen naar de sportarts per praktijk wisselend zijn, mogelijk afhankelijk van de bekendheid van de sportarts voor deze huisarts of mogelijk ook afhankelijk van hoeveel sportartsen in de nabije regio werkzaam zijn.

Figuur 25a Aantal verwijzingen naar de sportarts in één jaar, per huisartsenpraktijk, per 1000 patiëntjaren – afgerond op 0.5 verwijzing per 1000 patiënten. N= 287 praktijken



Figuur 25b Aantal verwijzingen naar de orthopeed in één jaar, per huisartsenpraktijk, per 1000 patiëntjaren – afgerond op 0.5 verwijzing per 1000 patiënten. N= 287 praktijken



Mogelijk wordt een deel van de patiënten naar de sportarts (of ander specialisme) doorverwezen door een ander specialisme binnen het ziekenhuis. Omdat in figuur 25 alleen verwijzingen vanaf de huisarts worden weergegeven, valt dat in deze data niet terug te zien.

5.2 Klachten en patiëntkarakteristieken van patiënten verwezen naar de sportarts en aanverwante specialismen

In paragraaf 3.2.1 werd al een overzicht gegeven van de ICPC-hoofdstukken waarin de verwijsredenen vallen van verwijzingen van de huisarts naar de sportarts (tabel 8). Als we de ICPC-hoofdstukken met de meest voorkomende verwijzingen naar de sportarts afzetten tegen andere specialismen, zien we verschillen en overeenkomsten (tabel 9).

Tabel 9 Aantal verwijzingen van 287 huisartsenpraktijken naar verschillende disciplines, gerangschikt op de ICPC hoofdstukken waarvoor het meest verwezen werd naar de sportarts

Verwijzingen binnen ICPC	Revalidatiegeneeskunde			
Hoofdstuk	Sportgeneeskunde	Orthopedie	Reumatologie	Revalidatiegeneeskunde
Bewegingsapparaat	1.249 (73,1)	24.408 (91,6)	3.201 (75,4)	984 (50,3)
Zenuwstelsel	133 (7,8)	1243 (4,7)	463 (10,9)	278 (14,2)
Algemeen	112 (6,6)	369 (1,4)	236 (5,6)	254 (13,0)
Luchtwegen	90 (5,3)	30 (0,1)	18 (0,4)	147 (7,5)
Cardiovasculair stelsel	60 (3,5)	73 (0,3)	67 (1,6)	87 (4,4)
Bloed, Bloedvormende	31 (1,8)	269 (1,0)	67 (1,6)	45 (2,3)
Spijsverteringsorganen	16 (0,9)	34 (0,1)	55 (1,3)	9 (0,5)
Psychische problemen	9 (0,5)	42 (0,2)	18 (0,4)	115 (5,9)
Overig	9 (0,5)	173 (0,6)	118 (2,8)	38 (1,9)
Totaal	1709	26641	4243	1957

Het grootste deel van de redenen voor verwijzing naar de sportarts, valt binnen het ICPC-hoofdstuk bewegingsapparaat (73%). Ook bij de orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde is het bewegingsapparaat de meest voorkomende verwijsreden. In vergelijking met de orthopedie en de reumatologie, heeft de sportgeneeskunde duidelijk een breder pakket aan klachten: ook klachten binnen het ICPC-hoofdstuk zenuwstelsel, algemeen, luchtwegen en cardiovasculair stelsel komen bij de sportarts terecht. In vergelijking met de revalidatiegeneeskunde ligt de nadruk bij de sportgeneeskunde meer op het bewegingsapparaat en minder op psychische problemen.

Op bovenstaande data kan ingezoomd worden door niet alleen te kijken naar het hoofdstuk van de ICPC-klacht op de dag van verwijzing door de huisarts, maar door naar de specifieke ICPC code en bijbehorende klacht te kijken. Als we dan kijken naar de 20 meest voorkomende specifieke op ICPC-code gebaseerde verwijsredenen, zien we tussen de vier disciplines eveneens overeenkomsten en verschillen. De top-20 verwijsredenen voor elke discipline staat weergegeven in Bijlage B. In tabel 9 staat voor de top 20 verwijsredenen voor sportartsen, weergegeven in hoeverre deze verwijsredenen ook in de top 20 van de andere drie specialismen staat. Uit tabel 10 blijkt dat er relatief veel overlap is tussen de top 20 klachten waarvoor het vaakst verwezen wordt naar de sportarts, en de top 20 waarvoor het vaakst verwezen wordt naar de orthopeed, reumatoloog of revalidatiearts. De klachten

waar minder vaak voor naar de sportarts verwezen wordt, staan niet in de top 20 van de andere specialismen.

Tabel 10 Overlap in top 20 klachten die de sportarts ziet met de top 20 klachten van de orthopeed, reumatoloog en revalidatiearts. Bij een X staat de klacht ook in de top-20 van een ander specialisme (N=287 praktijken)

Plaats in top 20	verwijsredenen	Sportartsen	Orthopedie	Reumatologie	Revalidatie
		sportarts			
2	Been/dijbeen symptomen/klachten		X	X	X
3	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat		X	X	X
5	Rug symptomen/klachten		X	X	X
6	Lage-rugpijn zonder uitstraling		X	X	X
8	Voet/teen symptomen/klachten		X	X	X
16	Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n)		X	X	X
1	Knie symptomen/klachten		X	X	
9	Moeheid/zwakte			X	X
10	Schouder symptomen/klachten		X	X	
17	Lage-rugpijn met uitstraling		X		X
4	Heup symptomen/klachten		X		
7	Enkel symptomen/klachten		X		
11	Ander letsel bewegingsapparaat		X		
12	Andere infectie(s) luchtwegen				X
13	Andere/meerdere symptomen/klachten bewegen			X	
20	Nek symptomen/klachten				X
14	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen				
15	Verstuiking/distorsie enkel				
18	Borstkas symptomen/klachten				
19	Hartkloppingen/bewust van hartslag				

Hierbij blijven er twee beperkingen. Enerzijds is een beperking dat de ICPC-klacht niet heel specifiek is: lage rugpijn met uitstraling zou bijvoorbeeld naar de sportarts kunnen gaan vanwege klachten bij sporten, naar de orthopeed voor operatie en naar de revalidatiearts voor revalidatie in de huis- en werksetting, maar dit onderscheid is niet te maken op basis van deze gegevens. Maar het is ook mogelijk dat juist dezelfde klacht naar verschillende specialismen verwezen wordt. Anderzijds kan het zijn dat een klacht die niet in de top-20 van bijvoorbeeld de orthopeed staat, in absolute zin nog steeds veel vaker door de orthopeed wordt gezien dan door de sportarts, omdat de orthopedie een veel groter specialisme is. Tabel 10 geeft dus wel inzicht in welke verwijsredenen voor de sportarts het belangrijkste zijn, en in hoeverre die overlappen met belangrijke verwijsredenen voor andere specialismen, maar geeft geen indicatie van de totale verwijsaantallen per reden. In tabel 11 wordt voor de top-20 verwijsredenen van de huisarts naar de sportarts aangegeven in absolute aantallen en percentages, welk deel van de mensen met deze verwijsredenen naar de sportarts wordt verwezen. Hier valt op dat voor de indicaties waarvoor het meest naar de sportarts wordt verwezen, met name de orthopedie in absolute zin veel meer verwijzingen krijgt.

Tabel 11 Aantal verwijzingen in 2023 van de huisarts (n= 287 praktijken) naar de sportarts, orthopeed, revalidatiearts en reumatoloog voor de 20 ICPC codes waarvoor het meest naar de sportarts verwezen wordt, gerangschikt op verwijfsrequentie naar de sportarts (per verwijfsreden staat tussen haakjes het percentage patiënten vermeld dat naar deze specialist gaat in vergelijking tot de andere drie specialismen)

ICPC klacht	Sportarts	Orthopeed	Reumatoloog	Revalidatiearts	Totaal
Knie	282 (5%)	5457 (93%)	104 (2%)	18 (0%)	5861
Been/dijbeen symptomen/klachten	181 (20%)	616 (68%)	62 (7%)	50 (6%)	909
Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	109 (7%)	994 (63%)	413 (26%)	53 (3%)	1569
Heup symptomen/klachten	89 (6%)	1464 (91%)	38 (2%)	17 (1%)	1608
Rug symptomen/klachten	69 (8%)	604 (69%)	103 (12%)	104 (12%)	880
Lage rugpijn zonder uitstraling	68 (10%)	462 (68%)	74 (11%)	76 (11%)	680
Enkel symptomen/klachten	60 (9%)	559 (84%)	37 (6%)	13 (2%)	669
Voet/teen symptomen/klachten	60 (3%)	1619 (87%)	89 (5%)	94 (5%)	1862
Moeheid, zwakte	58 (27%)	11 (5%)	77 (36%)	66 (31%)	212
Schouder symptomen	57 (2%)	2679 (95%)	73 (3%)	25 (1%)	2834
Ander letsel bewegingsapparaat	50 (13%)	295 (77%)	19 (5%)	21 (5%)	385
Andere infecties luchtwegen	40 (23%)	1 (1%)	5 (3%)	129 (74%)	175
Andere/meerdere symptomen/klachten bewegen	37 (14%)	177 (66%)	45 (17%)	10 (4%)	269
Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan inspanning	31 (74%)	4 (10%)	3 (7%)	4 (10%)	42
Verstuiking/distorsie enkel	30 (11%)	226 (87%)	3 (1%)	2 (1%)	261
Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerd	29 (8%)	261 (69%)	49 (13%)	40 (11%)	379
Lage-rugpijn met uitstraling	27 (4%)	587 (81%)	26 (4%)	88 (12%)	728
Borstkas symptomen/klachten	26 (20%)	58 (42%)	28 (22%)	17 (13%)	129
Hartkloppingen/bewust van hartslag	20 (91%)	2 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	22
Nek symptomen/klachten	20 (8%)	166 (66%)	23 (9%)	41 (16%)	250

Uit focusgroepen en interviews met sportartsen bleek dat bij uitstek de knie een klacht is die vaak naar de orthopeed verwezen wordt, maar die juist als er conservatief behandeld wordt goed door de sportarts gezien zou kunnen worden. Op dit moment wordt 5% van de patiënten die met knieklachten naar de sportarts, orthopeed, reumatoloog of revalidatiearts verwezen wordt, naar de sportarts verwezen. Zoals eerder aangegeven, is uit de ICPC-code niet op te maken of hier ook een specifieke reden achter zit. Mogelijk worden bijvoorbeeld klachten aan de meniscus of kniebanden vaker naar de orthopeed verwezen omdat hier een mogelijke operatie-indicatie is. Als we echter het aantal verwijzingen voor knieklachten vergelijken met het aantal verwijzingen voor meniscus of kniebanden, zien we dat de niet-meniscus/niet-knieband knieklachten ook zo'n 19 keer vaker naar de orthopeed verwezen worden (tabel 12). Deze bevinding ligt in lijn met het totaal aantal verwijzingen naar deze specialismen, waarbij het totaal aantal verwijzingen naar de sportarts beduidend kleiner is dan het totaal aantal verwijzingen naar de orthopedie (tabel 7, paragraaf 5.1). Hierbij is op basis van deze data, niet bekend hoeveel van deze patiënten binnen het ziekenhuis nog doorverwezen worden naar een ander specialisme. Daarnaast zal de huisarts een deel van de klachten zelf afhandelen, en waarschijnlijk ook veel patiënten doorsturen naar de fysiotherapeut, maar daarover is op dit moment geen data beschikbaar.

Tabel 12 Vergelijking van het aantal verwijzingen naar de sportarts en orthopeed, reumatoloog en revalidatiearts voor knieklachten en meniscus/knieband problemen (per verwijsreden staat tussen haakjes het percentage patiënten vermeld dat naar deze specialist gaat in vergelijking tot de andere drie specialismen; n=287 praktijken)

Klacht	Sportarts	Orthopeed	Reumatoloog	Revalidatiearts
Knieklachten / symptomen	282 (4,8%)	5457 (93,1%)	104 (1,8%)	18 (0,3%)
Meniscus / kniebanden probleem	15 (2,4%)	607 (97,12%)	1 (0,2%)	2 (0,3%)

Kijken we naar de patiënt karakteristieken van de patiënten verwezen naar de sportarts en aanverwante specialismen, dan zien we ook dan verschillen. Patiënten van de sportarts zijn vaker man (55%) en gemiddeld jonger (40 jaar) dan bij de orthopeed, reumatoloog en revalidatiearts.

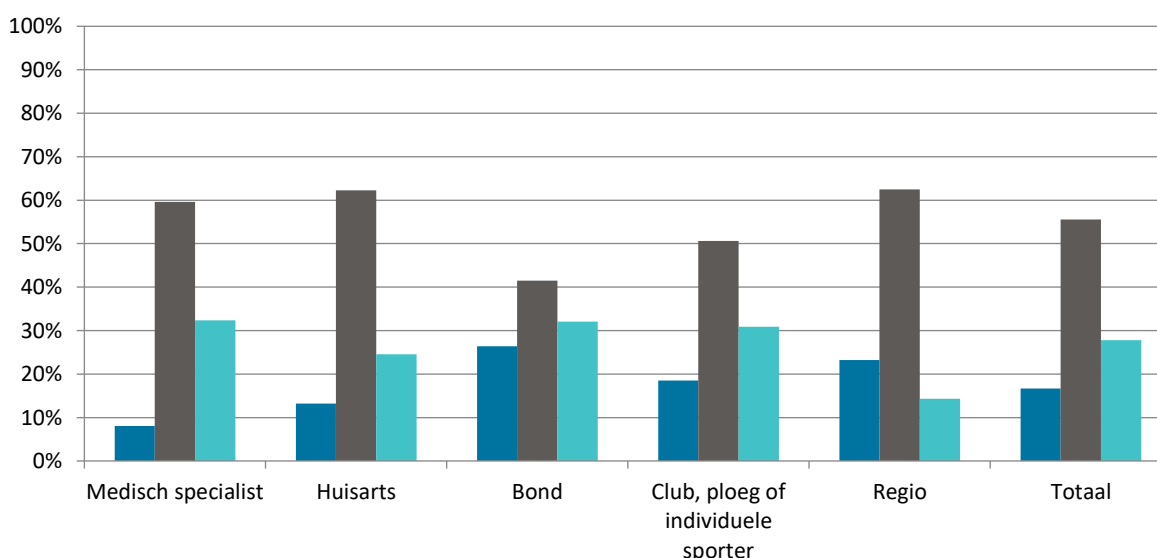
Tabel 13 Geslacht en gemiddelde leeftijd van patiënten die door huisartsenpraktijken (n=287) verwezen zijn naar de sportarts, orthopeed, reumatoloog en revalidatiearts in 2023

	Sportarts	Orthopeed	Reumatoloog	Revalidatiearts
Man (%)	55%	44%	33%	37%
Leeftijd (SD)	40 (17)	55 (19)	55 (16)	51 (20)

5.3 Gegevens over de huidige samenwerking met andere disciplines

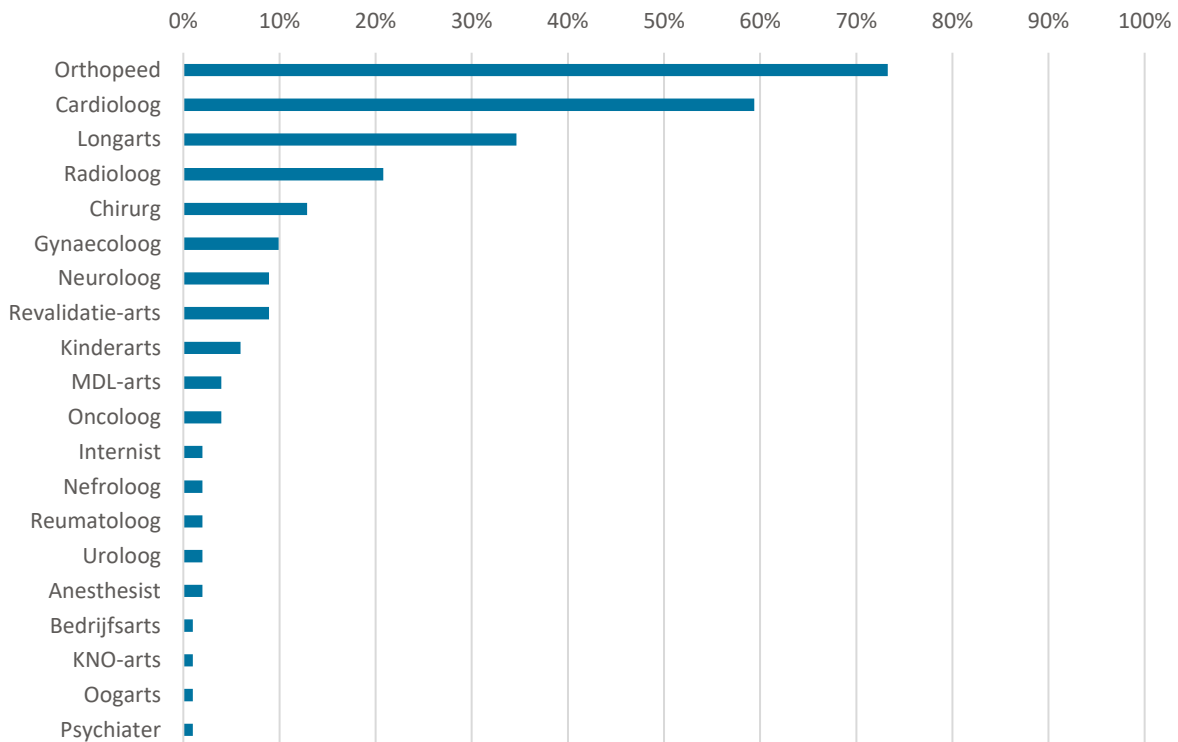
Op basis van data verzameld in het ledenonderzoek van de VSG (zie ook kader 3.1.1) werd geanalyseerd hoeveel sportartsen aangaven samen te werken met andere disciplines. Dit kon samenwerking zijn met medisch specialisten, huisartsen, sportbonden of sportclubs, -ploegen of individuele sporters. Daarnaast werd er naar regionale samenwerkingsverbanden gevraagd. Er werd niet specifiek naar samenwerking met fysiotherapeuten gevraagd.

Figuur 26 Percentage sportartsen dat aangeeft samen te werken op persoonlijke basis of vanuit de werkplek met verschillende disciplines



In de gestructureerde, telefonische interviews bij het ledenonderzoek van de VSG werd als er werd samengewerkt met medisch specialisten (figuur 26), ook gevraagd welke specialismen dit betrof. Het percentage sportartsen dat een specifiek specialisme noemde, is te zien in figuur 27.

Figuur 27 Aantal keren dat sportartsen een medisch specialisme noemden waarmee samengewerkt werd (n=101)



Naast samenwerking met de verschillende specialismen werd ook door een deel van de sportartsen vermeld dat zij deelnamen aan MDO's in het ziekenhuis of ZBC, maar hierbij werden dan geen specifieke specialismen gespecificeerd.

5.4 Resultaten van interviews met zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt: huidige positie van de sportarts, kansen, belemmeringen en stimulerende factoren

Om de visie op de positie van de sportarts van zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt te onderzoeken, zijn interviews gehouden met steeds één persoon die de beroepsgroep vertegenwoordigt. In enkele gevallen namen er twee vertegenwoordigers van de beroepsgroep deel aan een interview. In de meeste gevallen was dit een praktiserend medisch specialist of paramedicus, die voldoende affiniteit had met de sportgeneeskunde om met een brede blik op hun positie te kunnen reflecteren. Een overzicht van de zorgverleners waar interviews mee gehouden zijn, staat in tabel 13.

De behandelde gespreksthema's lagen in lijn met de eerder genoemde hoofdthema's, namelijk (1) huidige taken en positie van de sportarts, (2) gewenste toekomstige positie van de sportarts, (3)

belemmerende en stimulerende factoren, (4) scenario's, wat is de eerste stap om bij het gewenste scenario te komen.

Tabel 13 Overzicht deelnemers interviews andere zorgverleners

Medisch specialisten	Paramedici (eerstelijns)
Revalidatiearts	Fysiotherapeut
Orthopeed	Diëtist
Neuroloog	Podotherapeut
Bedrijfsarts	
Reumatoloog	
Longarts	
Huisarts	

5.4.1 Huidige positie van de sportarts

Allereerst werd gevraagd naar de huidige positie van de sportarts, zowel bekeken vanuit de eigen beroepsgroep, als vanuit de sportartsen. Vanuit de eigen beroepsgroep ging dit met name om het onderscheid tussen het eigen beroep en de sportgeneeskunde, en het onderscheid in taken, behandelingen of doelgroepen. Vanuit de sportarts, ging dit er vooral om de kerntaak van de sportarts te bekijken. Er werd ook gevraagd naar de verhouding tussen sportartsen en beroepsbeoefenaren in het vakgebied van de geïnterviewde, zowel op het gebied van samenwerking, als overlap of verschil en patiëntgroepen en aandoeningen.

Doelgroepen

Als het ging om de huidige positie van de sportarts, werd met name ingegaan op de doelgroepen van de sportarts. Verschillende geïnterviewden hadden verschillende visies op de doelgroep van de sportarts. Een deel vond dat de sportarts er is voor sporters met een sport-gerelateerd probleem. Sommigen vonden daarbij dat ook mensen met of zonder chronische aandoening die een wens tot sporten hebben en begeleiding daarbij nodig hebben bij de sportarts thuishoren. Anderen vonden de fysiotherapeut het eerste aanspreekpunt voor mensen die met een chronische ziekte willen sporten. Enkele malen werd genoemd dat de sportarts expert is op het gebied van inspanningstesten. Daarnaast werd genoemd dat de sportarts goed is in het onderzoeken van de balans tussen belasting en belastbaarheid. Een aantal keren werd genoemd dat sportartsen ook werkzaam zijn in revalidatieprogramma's voor bijvoorbeeld de oncologie, cardiologie, longziekten etc.

Onderscheid met andere zorgverleners

Meerdere keren kwam naar voren dat de sportarts breder en generalistischer naar problemen met sport of bewegen kijkt, onder andere doordat de sportarts naast kennis van het bewegingsapparaat, veel kennis van cardiologie en longgeneeskunde heeft. Verschillende keren kwam het gesprek op het onderscheid tussen de sportarts en de revalidatiearts. Hierbij vond de geïnterviewde revalidatiearts dat er op dit moment niet zoveel duidelijkheid was over de specifieke rol van de revalidatiearts, versus de sportarts. Wel werd genoemd dat de sportarts veel van inspanningsfysiologie weet. Ook andere geïnterviewden gaven aan dat de sportarts expert is op het gebied van het inspanningsonderzoek, wat de revalidatiearts niet uitvoert. Ook werd door andere geïnterviewden onderscheid gemaakt op basis van de aard van de beweging: de revalidatiearts focust zich op de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), terwijl de sportarts juist zorgt dat mensen binnen hun mogelijkheden bewegen, de beweegnorm halen, of kunnen sporten. De geïnterviewde

neuroloog gaf aan dat de sportarts meer gericht is op voorkomen, en de revalidatiearts meer gericht is op genezen.

De geïnterviewde fysiotherapeut gaf aan dat fysiotherapeuten meer vanuit een paramedisch kader kijken, en het echt om het functioneren gaat, terwijl de sportarts meer kijkt naar de oorzaak en diagnose. De sportarts kan meer het totaalplaatje van een ziekte en blessure duiden, terwijl de fysiotherapeut meer coacht en begeleidt. Soms is die diagnostiek nodig, maar niet altijd, en dan is fysiotherapeutische zorg wel goedkoper dan de sportarts. Ook de geïnterviewde huisarts gaf aan dat de sportarts over het algemeen meer diagnostiek doet, en in de gaten houdt of er geen onder- of over-diagnostiek wordt gedaan. De samenwerking tussen sportfysiotherapeuten en sportartsen is goed, maar zou nog beter kunnen tussen algemeen fysiotherapeuten en sportartsen. Andere geïnterviewde zorgverleners gaven aan dat de fysiotherapeut aangewezen was voor eenvoudige problemen, en de sportarts in beeld kwam bij meer complexe problematiek of bij een beloop of herstel dat anders verloopt dan verwacht. En dat de sportarts meer medische kennis heeft, bijvoorbeeld van cardiologie.

De geïnterviewde orthopeed gaf aan dat er zeer veel overlap zit tussen de doelgroepen die de orthopeed en de sportarts ziet. Hoewel de sportartsen meer kennis hebben van sport en bewegen in het algemeen, inclusief bijvoorbeeld cardiologie en longgeneeskunde, kijken ook orthopeden breder dan alleen naar opereren. Sportartsen werken wel vanaf het begin af aan meer samen met fysiotherapeuten. Met name patiënten die niet geopereerd hoeven te worden, maar begeleid moeten worden bij bewegen, bijvoorbeeld doordat ze niet durven, kunnen goed via de sportarts naar een fysiotherapeut of een sportcoach. Daarbij is volgens de orthopeed het onderscheid tussen de sportarts en revalidatiearts, dat de sportarts zich meer richt op bewegen.

Unieke waarde van de sportarts

Uit de interviews met verschillende zorgprofessionals komen een aantal dingen vaak naar voren die specifiek zijn voor de sportarts. De sportarts is expert op het gebied van belasting en belastbaarheid, en is daarbij expert op het gebied van het uitvoeren en analyseren van inspanningsdiagnostiek. Daarbij heeft de sportarts een bredere blik dan veel andere specialisten, onder andere doordat de sportarts niet alleen kennis heeft van het bewegingsapparaat, maar ook van cardiologie en longgeneeskunde. De sportarts is daarmee een specialist, maar tegelijk ook een generalist.

5.4.2 Gewenste toekomstige positie van de sportarts

Na de huidige positie werd gevraagd naar de gewenste, toekomstige positie van de sportarts. In welke taken, behandelingen of doelgroepen ziet de geïnterviewde kansen voor het beroep van de sportarts? Ligt de gewenste beroepsontwikkeling meer in specialisatie, of juist in generalistisch werken? Is er wetenschappelijke verdieping nodig? En welke kansen voor verbreding van doelgroepen zijn er? Welke consequenties heeft dit voor de relatie met de eigen beroepsgroep?

Meer samenwerking

Een aantal keren kwam naar voren dat er kansen liggen in samenwerking met andere specialismen in het ziekenhuis. Denk hierbij aan een gedeelde triage, zodat pas na verwijzing getrieerd wordt welke patiënt naar de orthopeed en welke naar de sportarts gaat. Dit sluit aan bij een geïnterviewde die aangaf dat de verwijzing van de huisarts op dit moment niet altijd optimaal getrieerd wordt. Daarnaast werd gedacht aan een gezamenlijk spreekuur van de orthopeed en sportarts. Hiervoor leken met name knie-, heup- en enkelklachten geschikt. Eén van de geïnterviewden gaf aan dat samenwerking binnen het ziekenhuis ook uit onderwijs-oogpunt van meerwaarde is; zo werd het

gezamenlijke onderwijs met de cardiologie, longgeneeskunde en sportgeneeskunde erg gewaardeerd. Sportartsen die in het ziekenhuis werken, kunnen ook gemakkelijk overleggen met collega's van andere specialismen. Sportartsen die alleen buiten het ziekenhuis werken, sturen soms verwijzingen naar het ziekenhuis die niet nodig waren geweest als deze sportarts dit intern binnen het ziekenhuis even had kunnen vragen. In zelfstandige behandelklinieken zouden verschillende disciplines ook meer kunnen samenwerken rondom één specifieke ziekte, zoals bijvoorbeeld in de artrosekliniek. Het idee van een gezamenlijk spreekuur werd door een deelnemer ook genoemd voor de eerstelijns: een gedeeld spreekuurmoment bij huisartsen zou volgens deze deelnemer een mooie kans zijn waarbij samenwerking wordt bevorderd en de bekendheid van sportartsen kan toenemen.

Eén geïnterviewde vond het uitdrukkelijk een minder goede ontwikkeling dat sportartsen steeds meer in het ziekenhuis werken. Die vond juist de dat sportarts zich moet toe bewegen naar sporters op de vloer, en de eerste lijn. Dit zou ook passen in de huidige ontwikkelingen die zich er juist op richten meer zorg naar de eerste lijn te verplaatsen. In meerdere andere interviews werd aangegeven dat wellicht ook beide richtingen naast elkaar konden bestaan: meer specialisatie in de ziekenhuizen, en tegelijkertijd een andere rol in de eerste lijn. Ook de geïnterviewde huisarts zag mogelijkheden voor de sportarts in de eerste lijn, bijvoorbeeld door als sportarts soms spreekuur te houden in een huisartsenpraktijk. Hier werd ook meerdere keren genoemd dat sportartsen in de eerste lijn misschien injecties zouden kunnen doen. In meerdere interviews werd genoemd dat deze samenwerking in de eerste lijn, met name met fysiotherapeuten vergemakkelijkt zou worden als de huisarts niet perse hoeft te verwijzen, maar bijvoorbeeld ook de fysiotherapeut zou kunnen verwijzen naar de sportarts, waarbij eventueel de huisarts op de hoogte wordt gesteld. Er zou ook meer samengewerkt kunnen worden in de opleidingen van (sport)fysiotherapeuten en sportartsen.

Doelgroepen

Een aantal keren werden chronisch zieken als doelgroep genoemd, met als voorbeelden hart- en longrevalidatie en oncologie. Hierbij werd ook "exercise is medicine" genoemd. Een ander gaf aan de sportartsen in de revalidatie met name geschikt zijn voor patiënten met overwegend fysieke beperkingen, terwijl de revalidatiearts meer ook de psychosomatische kant overziet. Daarnaast werden ook ouderen als potentiële doelgroep genoemd, ook met het oog op secundaire preventie, bijvoorbeeld valpreventie. Sport en bewegen bij psychiatrie (burn-out-, depressie) werd ook genoemd als optie, omdat de sportarts zowel ervaring heeft met sport als met mentale aspect van sporten. Tot slot noemde de geïnterviewde bedrijfsarts dat de sportarts ook een belangrijk rol zou kunnen vervullen bij mensen met fysiek zware beroepen. De expertise van de sportarts op het gebied van belasting en belastbaarheid zij eraan kunnen bijdragen dat mensen hun werk langer kunnen volhouden.

Rol

Meestal werd in de interviews automatisch uitgegaan van een rol als behandelaar voor de sportarts, maar sommige geïnterviewden zagen ook een rol als diagnosticus, en maakten de vergelijking met de radiologie. Omdat de sportarts dé specialist is op het gebied van inspanningsonderzoek, zagen zij voor zich dat je in de toekomst een inspanningsonderzoek kan aanvragen, om met dat advies zelf de behandeling voort te zetten. Het inspanningsonderzoek zou ook gebruikt kunnen worden als objectieve uitkomstmaat, om bijvoorbeeld het resultaat voor en na behandeling te vergelijken. T

Preventie

Ook kwam uit de interviews naar voren dat de sportarts een kartrekker zou kunnen zijn van preventie en leefstijl in de eerste lijn, en daarvoor zou kunnen samenwerken met de huisarts, bijvoorbeeld vanuit de sportmedische instellingen. Chronische patiënten zouden hier op hun plek kunnen zijn. Meerdere keren kwam naar voren dat primaire preventie zinnig is, maar thuishoort in de eerste lijn, en ook te duur is of te moeilijk te financieren is voor de sportarts. Secundaire of tertiaire preventie zou wel goed bij de sportarts passen, bijvoorbeeld voor patiënten die chirurgie ondergaan en oncologie patiënten. Ook werd genoemd dat prehabilitatie een belangrijke taak zou kunnen zijn voor de sportarts, bijvoorbeeld tijdens de wachttijd voor een operatie. Twee geïnterviewden noemden dat het nuttig zou zijn als de sportarts een rol zou vervullen binnen de gemengde leefstijl interventie (GLI), en bij uitstek geschikt zou zijn om blessures bij deze groep te voorkomen en te behandelen.

5.4.3 Stimulerende en belemmerende factoren

Vervolgens werd gevraagd naar stimulerende en belemmerende factoren. Als stimulerende factoren werden genoemd dat sportartsen goed aan zouden kunnen sluiten bij de tijdsgeest om meer zelfredzaam te zijn of worden; dat er meegelift kan worden op de aandacht voor leefstijlgeneeskunde; dat de bekendheid van de sportgeneeskunde aan het toenemen is; en dat het een grote stap voorwaarts is dat er DBC's gedeclareerd kunnen worden. Er werd met name veel aandacht besteed aan de belemmerende factoren.

Naamsbekendheid

Een aantal keren werden belemmerende factoren genoemd die te maken hebben met de naamsbekendheid van de sportarts. Hierbij werd genoemd dat de sportgeneeskunde baat zou hebben bij goede ambassadeurs en verbinders die zorgen dat het vak bekend wordt en ook in de richtlijnen wordt ingebed. Zo werd aangegeven dat de sportarts nog te weinig in de ziekenhuizen werkt en daarvoor vaak niet op het netvlies van de collega medisch specialisten zit en werd ook in algemene zin genoemd dat de naamsbekendheid nog te klein is. Ook werd aangegeven dat gezamenlijke triage maar beperkte meerwaarde heeft. Het is eigenlijk nu al te druk om goed te kunnen triëren, dus het belangrijkste is dat de juiste kennis bij de huisarts als verwijzer zit. Eén geïnterviewde gaf aan dat de naamsbekendheid bij het grote publiek minder van belang is, omdat er voor vergoeding uit de basisverzekering toch door de huisarts moet worden verwezen – daarom zou goede bekendheid bij huisartsen belangrijker zijn. De geïnterviewde huisarts gaf aan dat deze zich ook kon voorstellen dat de naamsbekendheid bij de huisarts verbeterd zou kunnen worden. Hierbij werd aangegeven dat in het curriculum van de studie ook weinig over functioneel herstel zit, en dat toch het eerst gedacht wordt aan de longarts en orthopeed. Daarnaast noemde de huisarts dat misschien ook niet alle huisartsen weten hoe de vergoeding voor de sportgeneeskunde geregeld is en hierdoor misschien belemmeringen ervaren worden.

De geïnterviewde vertegenwoordiger van de revalidatiegeneeskunde gaf uit eigen ervaring aan dat het als jonge beroepsgroep heel belangrijk is om een duidelijke focus aan te brengen, en dit werd ook door andere geïnterviewden beaamt. Meerdere geïnterviewden gaven aan dat het belangrijk is hier dan ook wetenschappelijk onderzoek naar te doen. Daarbij noemde één geïnterviewde dat er op dit moment niet zoveel mensen zijn die zich wetenschappelijk (willen) profileren binnen de sportgeneeskunde terwijl een ander aangaf dat sportartsen juist heel veel promoveren. Een andere deelnemer gaf aan dat bekendheid en focus van het vakgebied ook nodig is zodat het duidelijk wordt welke patiënten je naar de sportarts kunt verwijzen, niet alleen in de eerste, maar ook in de tweede lijn. Eén geïnterviewde noemde een aantal revalidatieprogramma's waar de sportarts eigenlijk heel

goed tussen zou kunnen passen, maar waar nu al een goed programma voor staat zonder sportarts, en dat de sportarts er dan niet tussenkomt.

Kosten

Belemmeringen rond financiering werden door meerdere deelnemers benoemd. Een voorbeeld hiervan is dat de DBC-codering nu niet zo passend is voor inspanningsonderzoek. Ook werd aangegeven dat initiatieven zoals een multidisciplinaire poli, bijvoorbeeld zoals de eerdergenoemde gecombineerde knie/heup/enkel poli in samenwerking tussen orthooped en sportarts, vaak stranden op financiering. Daarnaast is het ook nog logistiek lastig om verschillende specialismen naast elkaar in de spreekkamer te krijgen. Het inspanningsonderzoek is duur en er zitten zoveel aspecten in (hartfunctie, longfunctie, spierfunctie), dat het voor andere specialismen alsnog lastig kan zijn om te gebruiken als uitgangspunt of evaluatie voor een specifiek gezondheidsprobleem. Een van de geïnterviewden vraagt zich af of je dan niet beter bijvoorbeeld een vragenlijst kunt gebruiken. Verder werd aangegeven dat de rol van de sportarts in preventie in grote mate bepaald wordt door de mate van vergoeding hiervoor, en dat het ook niet helpt dat er onduidelijkheid en onbekendheid is bij de patiënt over de vergoeding van diverse soorten consulten bij de sportarts.

Aandacht voor preventie en zorg

Eén geïnterviewde gaf aan dat met de huidige regering het budget en de aandacht voor preventie en sport zou kunnen afnemen, waardoor hier minder kansen liggen voor de sportarts.

6 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar

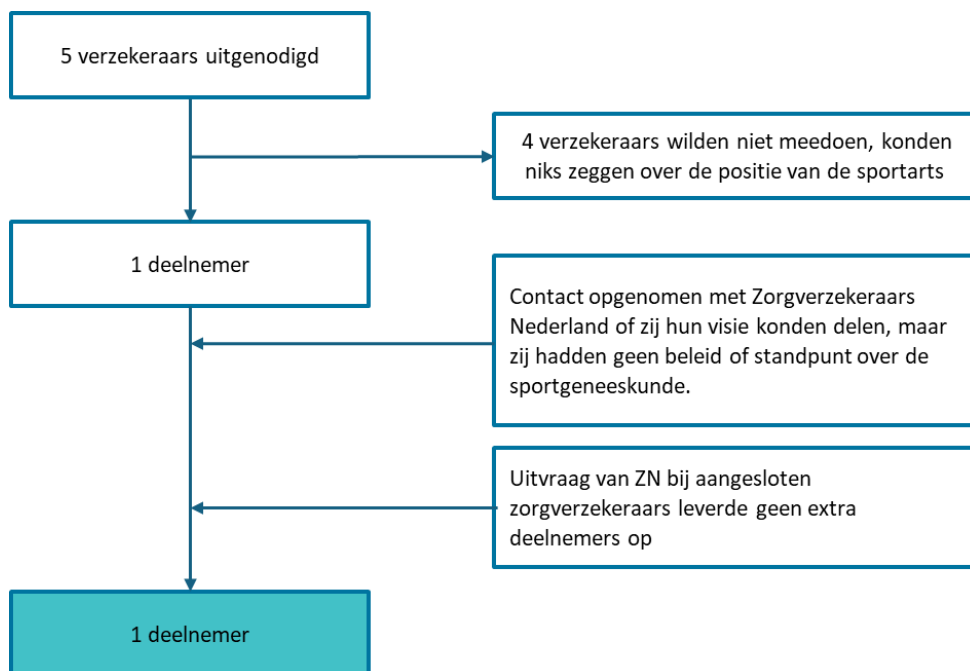
6.1 Vergoeding, inkoop- en contracteringsbeleid door zorgverzekeraars

De zorg van de sportarts die valt onder de basisverzekering wordt door alle verzekeraars vergoed. Hieronder valt de zorg voor klachten of pijn bij bewegen. Hierbij kan dan gedacht worden aan diagnostiek, behandeladviezen en het begeleiden van het herstel. Voor deze zorg is er altijd een verwijzing nodig van een huisarts of een andere medisch specialist naar de sportarts.

Naast de in de basisverzekering vergoede zorg bieden de meeste zorgverzekeraars vergoedingen voor de sportarts in aanvullende verzekeringen. Hierbij kan gedacht worden aan een vergoeding voor advies bij sport of bewegen wanneer er geen klachten zijn, sportmedisch onderzoek/advies of een sportkeuring en begeleiding bij het verbeteren van sportprestaties. In deze gevallen wordt de zorg (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering en is er ook geen verwijzing nodig van de huisarts of een andere medisch specialist. Welke onderzoeken en het aantal onderzoeken dat per jaar wordt vergoed hangt af van de verzekeraar waar de aanvullende verzekering is afgesloten. Ook bieden de meeste verzekeraars verschillende aanvullende pakketten aan met daarin verschillende vergoedingen voor sportzorg.

6.2 De visie van de zorgverzekeraars op de sportgeneeskunde

Figuur 28 Flowchart van het aantal uitgenodigde en deelnemende verzekeraars



In het kader van dit onderzoek zijn vijf verzekeraars benaderd voor een interview over de positie van de sportarts. Vier van deze verzekeraars waren niet bereid om deel te nemen aan een interview. Zij gaven aan dat zij niks konden zeggen over de positie van de sportarts. Eén verzekeraar was meteen enthousiast. Hieronder staan de resultaten van dat interview weergegeven.

Tot slot is contact opgenomen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om te kijken of zij bereid zouden zijn hun visie op de sportarts te delen of zij ons in contact te brengen met andere verzekeraars. ZN gaf aan zelf geen beleid of standpunt over de sportartsen te hebben, en dat zij daarom ook niet geïnterviewd wilden worden. Wel heeft ZN rondgevraagd aan alle verzekeraars binnen ZN of men ons te woord wilde staan over dit onderwerp, maar dat leverde geen reacties op.

6.3 Resultaten van een interview met één verzekeraar

6.3.1 Huidige positie sportartsen

Volgens de geïnterviewde verzekeraar, zijn er twee manieren om naar de taken en positie van de sportarts te kijken. Enerzijds kijkt de sportarts naar hoe het dagelijks leven sporten en/of bewegen kan beïnvloeden. Anderzijds kijken sportartsen naar hoe je sporten en/of bewegen kan benutten om iemand te ondersteunen in het dagelijks leven. In de eerste definitie gaat het volgens de verzekeraar dan vooral om de begeleiding van (top)sporters en bij de tweede om de begeleiding van chronisch zieken of bijvoorbeeld senioren.

6.3.2 Gewenste toekomstige positie

De gewenste toekomstige positie is volgens de geïnterviewde verzekeraar zowel specialistisch als meer generalistisch afhankelijk van de rol van de sportarts. Als het gaat om sportprestaties is specialisatie waardevol. Vanuit maatschappelijk perspectief generalisatie. In de toekomst zou de sportarts volgens de verzekeraar een bredere rol kunnen vervullen in het bevorderen van een actieve levensstijl bij een groter deel van de bevolking, niet alleen bij sporters maar ook bij mensen met chronische aandoeningen of ouderen bijvoorbeeld.

6.3.3 Kansen en belemmeringen

Volgens de geïnterviewde verzekeraar, kunnen een toename in bewustzijn van het belang van preventieve zorg en beweging, technologische innovaties die het werk van de sportartsen ondersteunen en meer samenwerking met andere disciplines stimulerende factoren voor de sportgeneeskunde zijn. Belemmerende factoren kunnen volgens de verzekeraar zijn: gebrek aan financiële middelen, beperkte erkenning van de rol van de sportarts buiten de sportgemeenschappen en een mogelijke fragmentatie van zorg als de samenwerking met andere professionals niet optimaal verloopt.

7 De rol van de sportarts vanuit het perspectief van burgers

7.1 Peiling onder burgers en bezoekers van de website sportzorg.nl

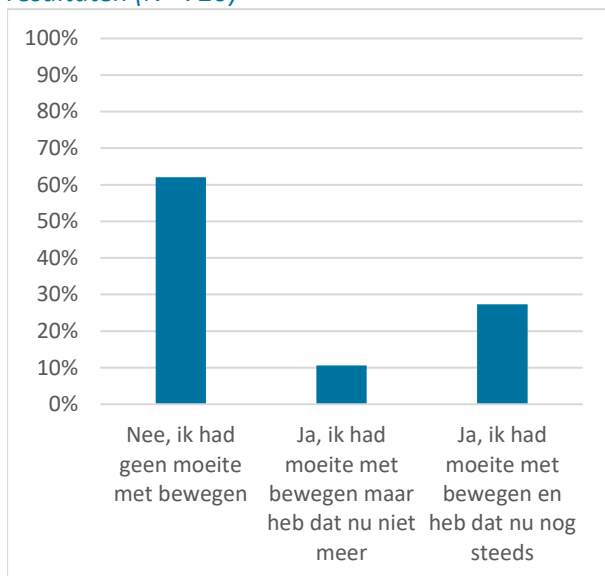
Om een beeld te krijgen van de bekendheid van de sportarts, en diens expertisegebied, werd een peiling uitgezet onder burgers via het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) en via de website sportzorg.nl. De vragenlijst via het CoPa werd in totaal door 723 burgers (48%) ingevuld. De resultaten werden vervolgens gewogen naar leeftijd en geslacht, zodat de resultaten representatief zijn voor de algemene bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder. Parallel hieraan werd dezelfde vragenlijst uitgezet via de website sportzorg.nl. Dit is een website van Sportgeneeskunde Nederland waarop medische informatie voor de leek te vinden is over blessures, opbouwen van bewegen, trainingsschema's en waar een overzicht te vinden is van sportartsen en vergoedingen van behandelingen voor sport en bewegen. Hier vulden 199 personen de vragenlijst in, die naar verwachting meer kennis en ervaring hebben ten aanzien van sport en bewegen en sportgeneeskunde. Mogelijk is dit ook een pro-actievere groep, die eerder geneigd is zelf op zoek te gaan naar hulp of informatie.

7.2 Resultaten burger peiling

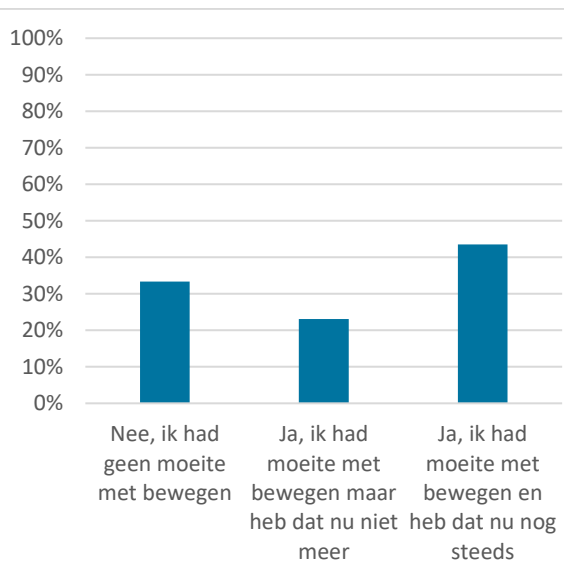
7.2.1 Percentage burgers dat moeite heeft met bewegen

In figuur 29 wordt weergegeven hoeveel deelnemers via het CoPa (29a, een representatieve weergave van de algemene bevolking) en via sportzorg (29b) aangaven de afgelopen 12 maanden moeite te hebben met bewegen. Onder de algemene bevolking was dit, zoals verwacht, duidelijk minder dan via sportzorg (38% versus 67% had in totaal moeite met bewegen), waarbij via sportzorg de klachten ook vaker nog steeds aanwezig waren. De redenen voor deze klachten met bewegen, waren tussen de algemene bevolking en sportzorg ongeveer vergelijkbaar (figuur 30a).

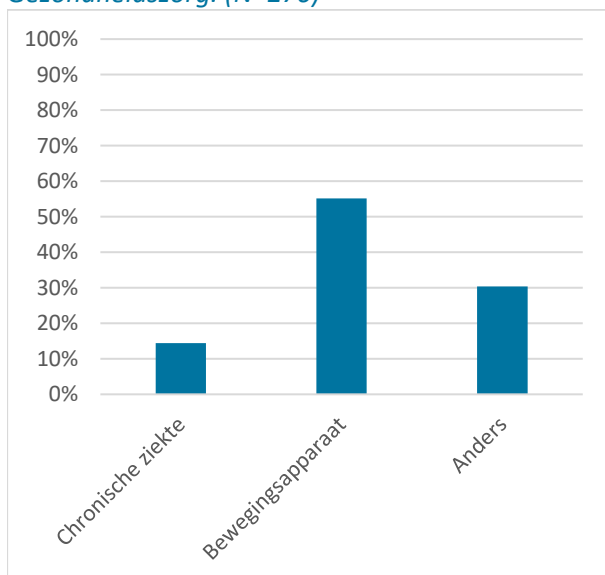
Figuur 29a Percentage burgers dat de afgelopen 12 maanden moeite had met bewegen, in het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Gewogen resultaten (N= 720)



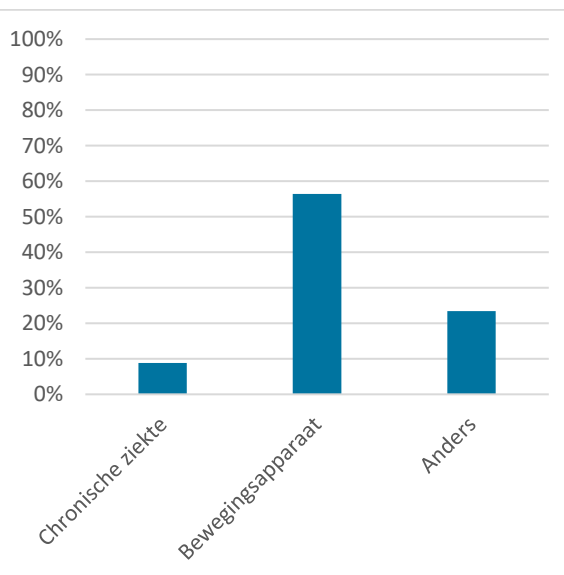
Figuur 29b Percentage burgers op sportzorg.nl dat de afgelopen 12 maanden moeite had met bewegen (N=186)



Figuur 30a Reden voor moeite met bewegen (percentage), Consumentenpanel Gezondheidszorg. (N=270)



Figuur 30b Reden voor moeite met bewegen (percentage) op sportzorg.nl (N=110)

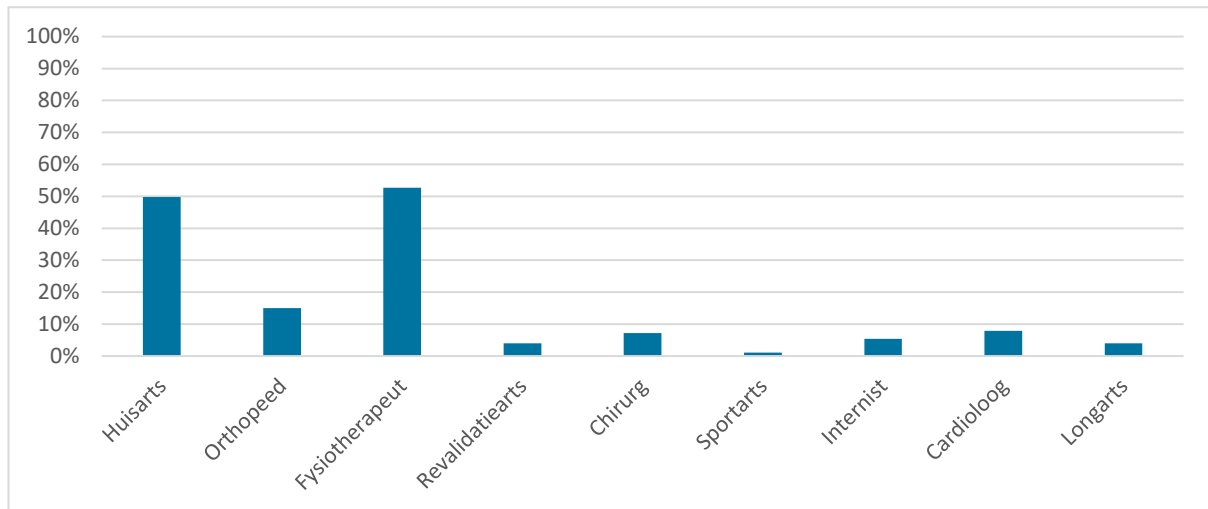


Op sportzorg.nl gaven 14 burgers een combinatie van redenen op (hier niet weergegeven). Meestal ging dit om een combinatie van een chronische ziekte en klachten aan het bewegingsapparaat.

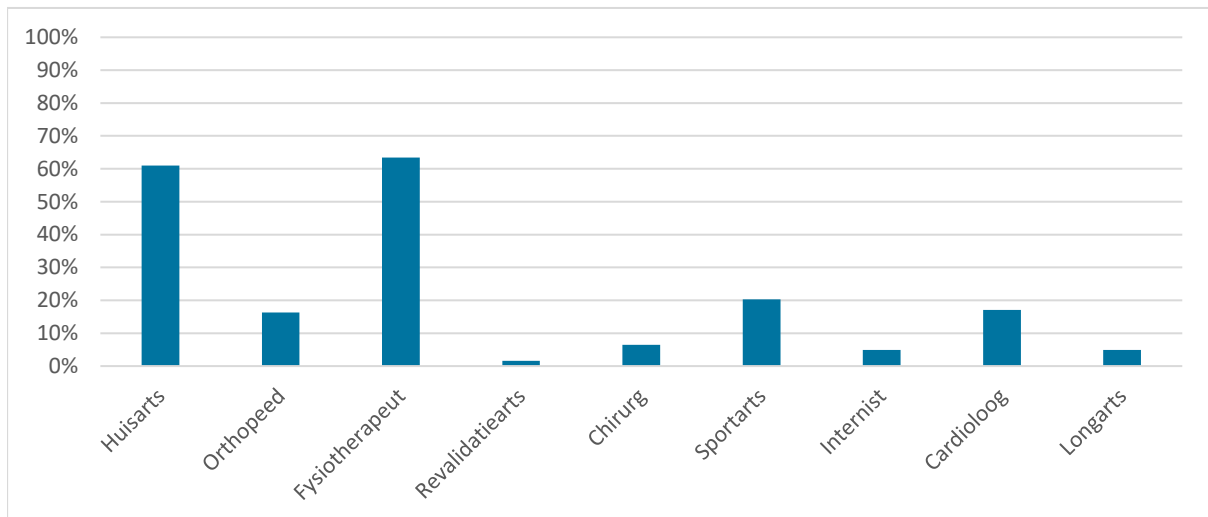
Vervolgens werd aan de mensen die het afgelopen jaar moeite met bewegen hadden, gevraagd welke zorgverlener zij daarvoor hebben geraadpleegd (figuur 31). De meest geraadpleegde zorgverlener is in beide groepen de fysiotherapeut, op de voet gevolgd door de huisarts. Ten aanzien

van de sportarts is een duidelijk verschil te zien tussen de groepen: deelnemers via sportzorg zijn vaker naar de sportarts geweest. Dat kan verschillende redenen hebben: mogelijk worden patiënten door de sportarts naar deze website verwezen, waardoor hier relatief meer mensen op terecht komen die de sportarts kennen. Maar ook het omgekeerde kan waar zijn, namelijk dat op de website relatief meer “pro-actieve” patiënten op terecht komen, die vervolgens zelf beter in staat zijn de weg naar de sportarts te vinden.

Figuur 31a Zorgverlener(s) die in de afgelopen 12 maanden zijn bezocht vanwege moeite met bewegen (meerdere antwoorden mogelijk). Alleen gevraagd aan mensen met moeite met bewegen, Consumentenpanel Gezondheidszorg. (N=279)



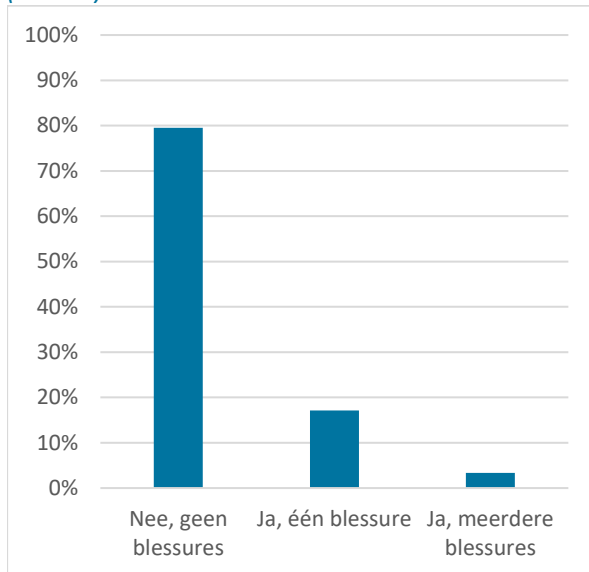
Figuur 31b Zorgverlener(s) die in de afgelopen 12 maanden zijn bezocht vanwege moeite met bewegen (meerdere antwoorden mogelijk). Alleen gevraagd aan mensen met moeite met bewegen Sportzorg (N=123)



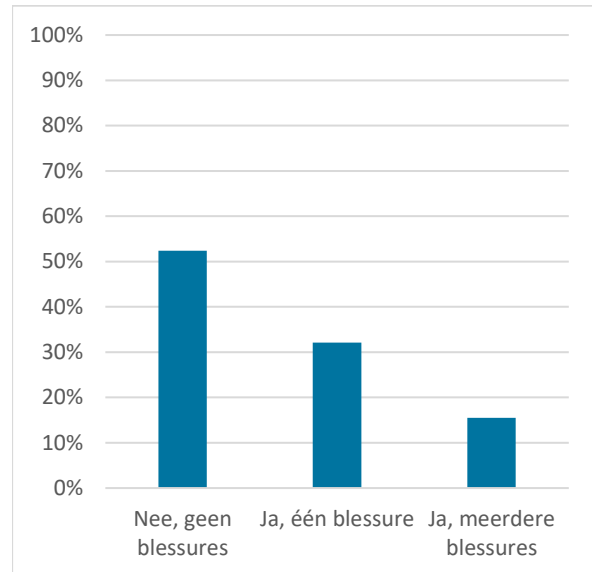
7.2.2 Percentage burgers met één of meer blessures in het afgelopen jaar

Hierna werd aan alle deelnemers gevraagd of zij het afgelopen jaar last hadden van één of meerdere blessures (figuur 32). Ook daar valt op dat de respondenten uit het panel minder vaak last hebben van blessures dan de deelnemers via sportzorg. Daarnaast is zoals verwacht het aantal mensen met blessures, kleiner dan het aantal mensen met klachten bij bewegen: immers, de blessure groep is waarschijnlijk een subgroep van de mensen met klachten bij bewegen.

Figuur 32a Percentage burgers dat de afgelopen 12 maanden één of meerdere blessures had, Consumentenpanel Gezondheidszorg. Gewogen (N=719)

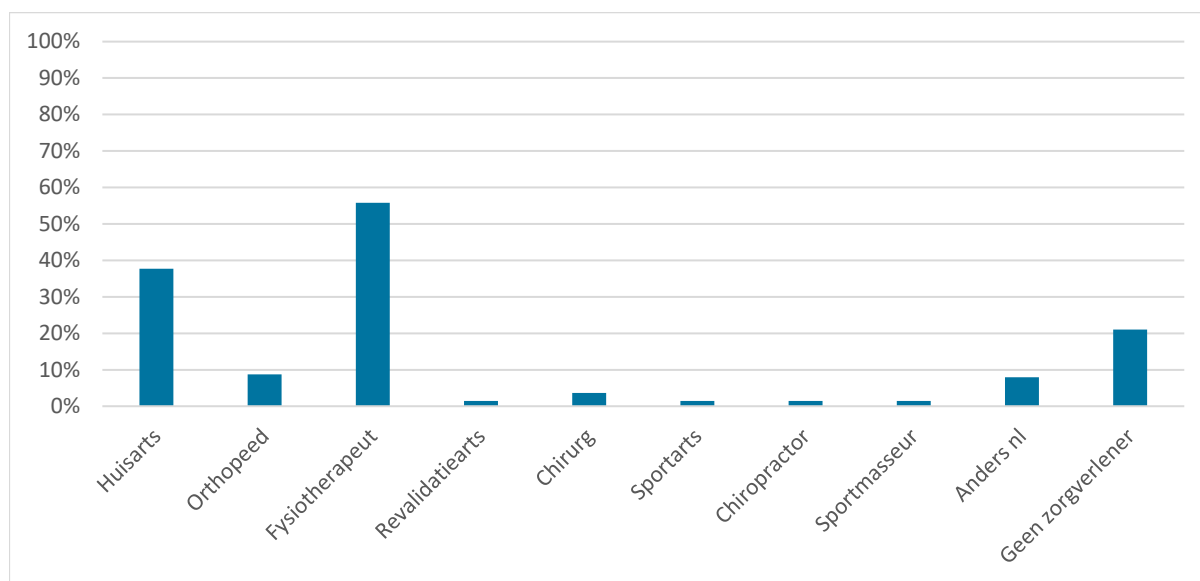


Figuur 32b Percentage burgers op sportzorg.nl dat de afgelopen 12 maanden één of meerdere blessures had (N=186)

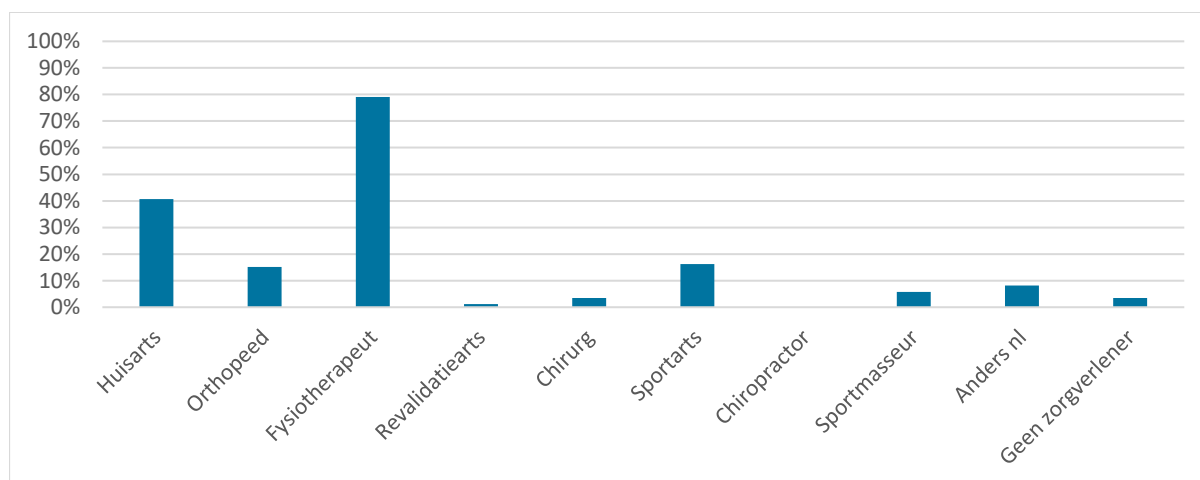


Vervolgens is gevraagd welke zorgverlener(s) de deelnemers bezocht hebben in verband met de blessure(s) (figuur 33). Ook hier is, net als bij moeite met bewegen, de fysiotherapeut de meest bezochte hulpverlener en daarna de huisarts. Net als eerder valt op dat de deelnemers via sportzorg vaker bij de sportarts zijn geweest. De panel deelnemers geven vaker aan dat ze geen zorgverlener bezocht hebben.

Figuur 33a Zorgverlener(s) die zijn bezocht vanwege moeite blessures (meerdere antwoorden mogelijk), alleen gevraagd aan mensen die het afgelopen jaar één of meerdere blessures hadden. Consumentenpanel Gezondheidszorg. (N=138)



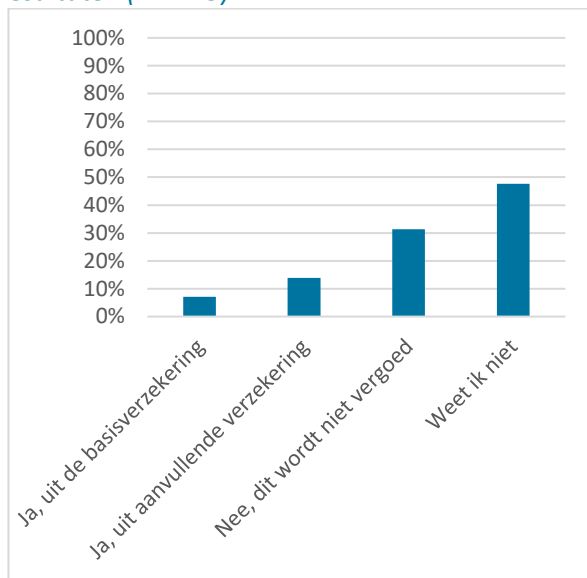
Figuur 33b Zorgverlener(s) die zijn bezocht vanwege blessures (meerdere antwoorden mogelijk), alleen gevraagd aan mensen die het afgelopen jaar één of meerdere blessures hadden. Sportzorg (N=86)



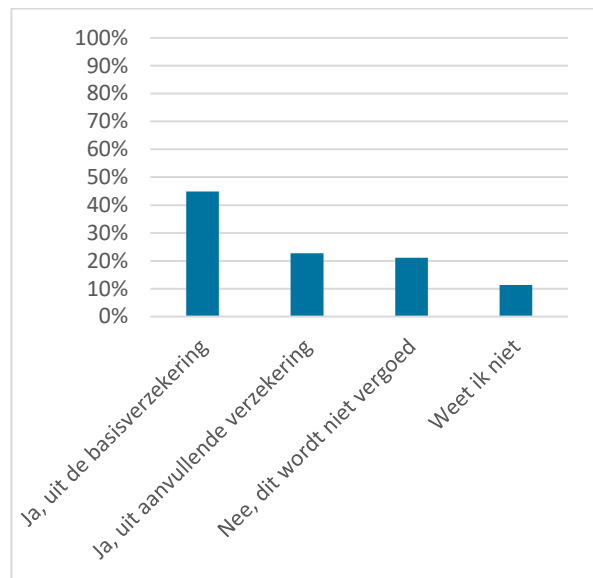
7.2.3 Kennis van burgers over de vergoeding van sportmedische keuringen

Vervolgens werd aan alle deelnemers gevraagd of zij denken dat een sportmedische keuring vergoed wordt (figuur 34). Ook hierbij vallen duidelijke verschillen op tussen de panelleden, en de deelnemers via sportzorg. Van de algemene bevolking geeft de meerderheid aan dat zij niet weten of dit vergoed wordt. Deelnemers via sportzorg geven vaker aan dat het vergoed wordt uit de basisverzekering (45%) en aanvullende verzekering (23%). Tenzij er een medische indicatie is, wordt de sportmedische keuring niet uit de basisverzekering vergoed, en afhankelijk van een eventuele aanvullende verzekering daaruit, of niet vergoed.

Figuur 34a Percentage burgers denkt dat een sportmedische keuring vergoed wordt of niet, Consumentenpanel Gezondheidszorg. Gewogen resultaten (N= 713)



Figuur 34b Percentage burgers op sportzorg.nl dat denkt dat een sportmedische keuring vergoed wordt of niet (N=185)



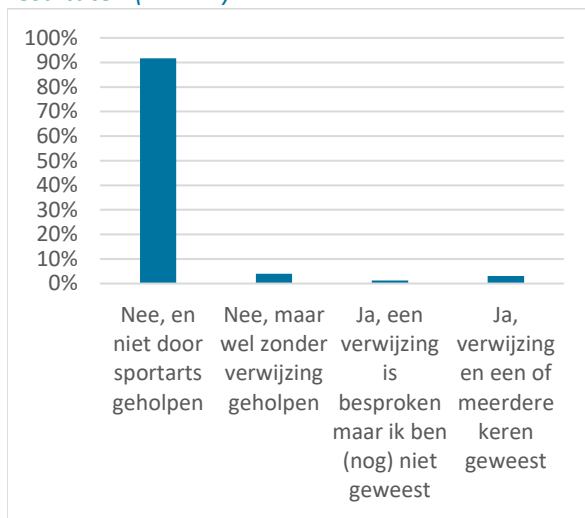
7.2.4 Ervaringen met verwijzingen naar de sportarts en bekendheid van de sportarts

Aan de respondenten werd gevraagd of de huisarts ooit verwijzing naar de sportarts heeft overwogen. 92% van de algemene bevolking is nooit bij de sportarts geweest en bij 1% is een verwijzing besproken maar is alsnog niet naar de sportarts geweest (figuur 35). Dit is een groot verschil met de deelnemers via sportzorg, waar 38% zonder verwijzing naar de sportarts is geweest, bij 27% een verwijzing is besproken en 5% met een verwijzing naar de sportarts is geweest. Het valt hierbij op dat de deelnemers via sportzorg veel vaker bij de sportarts zijn geweest zonder verwijzing dan met een verwijzing. Mogelijk gaat het dan om sportmedisch onderzoek onder sporters.

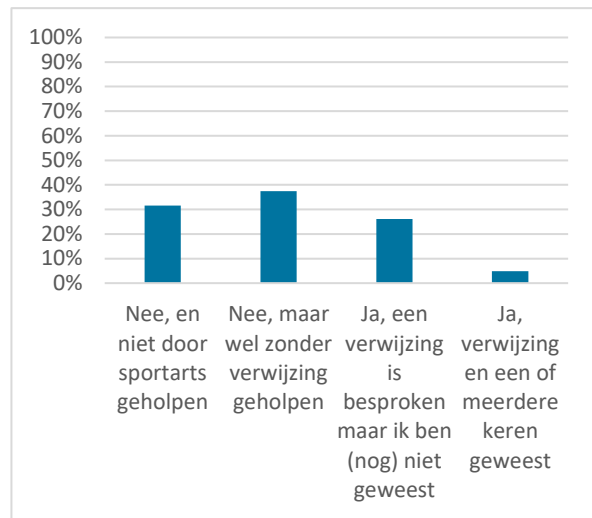
Voor mensen met een chronische ziekte wordt de sportzorg vergoed, mits er een verwijzing is. Mogelijk past ook dit bij de indruk dat juist de sporters, mensen met blessures en mensen met ervaring bij de sportarts de website sportzorg weten te vinden, en dat de mensen in de algemene bevolking beduidend minder kennis van de sportarts hebben.

Vervolgens werd gevraagd of de sportarts voor het invullen van de vragenlijst al bij bekend was bij de deelnemers (figuur 36). Ook daar zien we terug dat bij de algemene bevolking 34% onbekend is met de sportarts en 39% de sportarts wel kent maar niet precies weet wat deze doet. Via sportzorg geeft juist de grootste groep, 41% aan, bekend te zijn met de sportarts en vrij precies te weten wat deze doet.

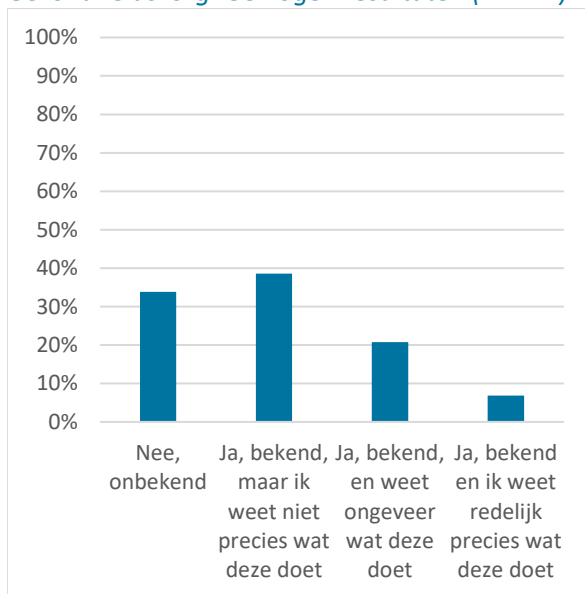
Figuur 35a Percentage burgers dat met of zonder verwijzing bij de sportarts is geweest, Consumentenpanel Gezondheidszorg. Gewogen resultaten (N=717)



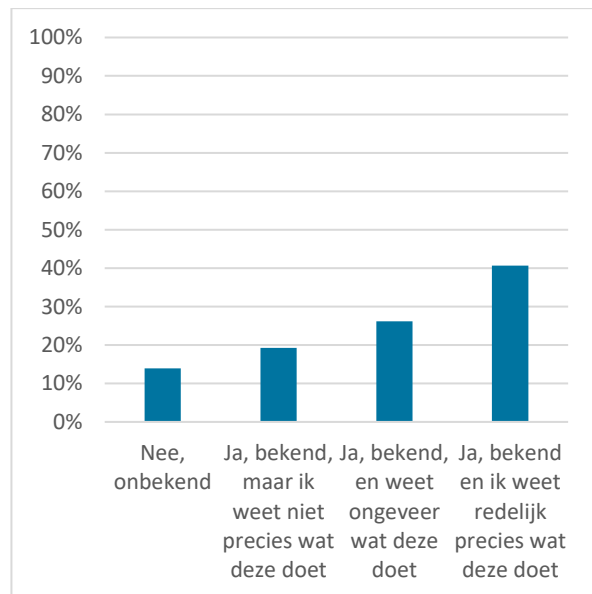
Figuur 35b Percentage burgers op sportzorg.nl dat met of zonder verwijzing bij de sportarts is geweest (N=184)



Figuur 36a Percentage burgers dat bekend is met de sportarts, Consumentenpanel Gezondheidszorg. Gewogen resultaten (N=717)



Figuur 36b Percentage burgers op sportzorg.nl dat bekend is met de sportarts (N=187)



7.3 Resultaten van voorgelegde casussen aan burgers in burgerpanel en op sportzorg.nl

In de vragenlijst zijn ook een heel aantal casussen voorgelegd aan de deelnemers, waarbij gevraagd werd naar welke zorgverlener(s) ze bij voorkeur zouden gaan met een bepaalde klacht (figuur 37). Hierbij konden meerdere zorgverleners worden aangevinkt. Een heel aantal deelnemers sloeg na

twee of drie casussen deze vraag over en ging verder met de andere vragen van de vragenlijst. Zij zijn daarom toegevoegd aan de categorie “weet niet”.

Ook hier valt op dat de sportarts vaak gekozen wordt bij de deelnemers via sportzorg, terwijl bij het panel de sportarts weinig gekozen werd. Bij conditieproblemen door een longziekte wordt in beide groepen sneller aan de longarts gedacht en minder aan de fysiotherapeut of sportarts. Voor alle andere klachten met bewegen, maar ook voor een verminderde conditie voor of na operatie, wordt veel aan de huisarts en fysiotherapeut gedacht. Met name bij de knie denkt men vooral aan de orthopeed, wat interessant is omdat juist mensen met knieklachten waarvoor geen operatie geïndiceerd is een belangrijke doelgroep voor de sportarts zouden (kunnen) zijn.

Figuur 37a Welke zorgverlener(s) zou je bij voorkeur raadplegen bij welke klacht? Consumentenpanel Gezondheidszorg. Gewogen resultaten (N=716-719; drie deelnemers beantwoordden niet elke casus)

	huisarts	sportarts	orthopeed	revalidatiearts	longarts	fysiotherapeut	chiropractor	sportmasseur	weet niet
Slijtage van de knie	59%	7%	39%	6%	0%	36%	2%	4%	11%
Verminderde conditie longziekte	50%	5%	0%	11%	61%	13%	0%	1%	15%
Long Covid	52%	3%	0%	27%	40%	12%	0%	1%	24%
Pijn aan voet of onderbeen	55%	6%	26%	4%	0%	43%	3%	6%	12%
Overbelasting schouder	45%	5%	10%	2%	0%	67%	6%	8%	10%
Rugpijn	58%	3%	9%	4%	0%	53%	16%	6%	11%
Verminderde conditie na operatie	30%	7%	1%	41%	1%	34%	0%	4%	19%
Verminderde conditie voor operatie	36%	11%	1%	7%	1%	33%	1%	6%	29%

Figuur 37b Welke zorgverlener(s) zou je bij voorkeur raadplegen bij welke klacht? Antwoorden via sportzorg. (N=186)

	huisarts	sportarts	orthopeed	revalidatiearts	longarts	fysiotherapeut	chiropractor	sportmasseur	weet niet
Slijtage van de knie	26%	33%	35%	4%	0%	29%	1%	0%	17%
Verminderde conditie longziekte	29%	21%	0%	9%	47%	13%	0%	0%	19%
Long Covid	39%	13%	1%	23%	31%	13%	1%	0%	25%
Pijn aan voet of onderbeen	17%	35%	16%	2%	0%	45%	2%	0%	19%
Overbelasting schouder	16%	28%	9%	1%	1%	55%	3%	0%	15%
Rugpijn	32%	19%	10%	3%	0%	44%	6%	0%	17%
Verminderde conditie na operatie	19%	33%	1%	18%	1%	31%	2%	0%	19%
Verminderde conditie voor operatie	22%	25%	0%	8%	1%	28%	2%	0%	25%

8 Synthese van visies en scenario's

8.1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van alle relevante ontwikkelingen die de huidige en toekomstige positie van de sportarts (kunnen gaan) bepalen. In dit hoofdstuk vatten we eerst de huidige positie van de sportarts samen. Vervolgens resulteert deze synthese in een strategische beschrijving van relevante ontwikkelingen voor de sportgeneeskunde op korte en lange termijn. Het onderzoeksdoel is bereikt op basis van een divers aantal bronnen. Ten eerste analyseerde we bestaande databronnen, waaronder die van Loopbaanmonitor Medisch Specialisten, de RGS, Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en gegevens verzameld door de VSG en FSMI onder hun leden. Ten tweede deden we primaire dataverzamelingen door vragenlijsten uit te zetten onder sportartsen in opleiding, burgers, werkgevers van sportartsen, en door focusgroepen en interviews uit te voeren met sportartsen, werkgevers van sportartsen en zorgverleners waar de sportarts mee samenwerkt.

8.2 Wat is de huidige positie van de sportarts?

8.2.1 Wat naar voren komt uit bestaande cijfers en feiten

Qua capaciteit stonden er in december 2023 168 sportartsen geregistreerd, waarvan er 160 werkzaam zijn. De uitstroom rond de pensioengerechtigde leeftijd was de laatste jaren vergelijkbaar met die bij andere medisch specialismen. Afgaande op de leeftijdsopbouw zullen jaarlijks zo'n 4 sportartsen de leeftijd van 66 bereiken. Daarnaast moet rekening gehouden worden met voortijdig vertrek uit het beroep. Ook heeft uitval tijdens of vlak na de opleiding relatief veel invloed op de groei van de beroepsgroep, omdat het jaarlijks om slechts 7 opleidingsplekken gaat. In ieder geval groeit de beroepsgroep vanaf 2016 geleidelijk, afwisselend met 1 tot 5 sportartsen per jaar, als netto resultaat van in- en uitstroom.

Als we kijken hoe de huidige werksetting van sportartsen eruit ziet, zijn er duidelijke verschillen met andere medische specialismen. Sportartsen werken niet alleen in universitaire en algemene ziekenhuizen (respectievelijk 10% en 47%), maar ook veel in zelfstandige behandelcentra (37%) en ze werken daarnaast ook vaak bij sportclubs en sportbonden. Sportartsen hebben daarmee vaker meerdere werkgevers ten opzichte van andere specialisten en werken ook vaker als ZZP'er. Afhankelijk van de werksetting, kunnen ook de inhoud van het werk, en de zorgprofessionals waar het meest mee samen wordt gewerkt, variëren.

Binnen het domein sport en bewegen hebben veel sportartsen eigen expertisegebieden. Zo gaf 70% van de sportartsen aan specialist te zijn op het gebied van een bepaald lichaamsdeel (meestal de knie), 45% een specifieke (soort) sport als focus heeft (bijvoorbeeld duursport), en 41% inspanningsdiagnostiek en fysiologie als aandachtsgebied noemt. Ook gaf 20% aan zich specifiek bezig te houden met mensen met een chronische aandoening als doelgroep. Dit percentage ligt mogelijk wat hoger omdat deze groep ook gezien kan worden in het kader van bijvoorbeeld inspanningsdiagnostiek en fysiologie.

Verwijscijfers van ruim 280 huisartsenpraktijken over 2023 laten zien dat ruim 73% van verwijzingen naar de sportarts klachten aan het bewegingsapparaat betreffen. In de periode 2019 tot 2024 is een forse groei te zien van het aantal verwijzingen van de huisarts naar de sportarts, namelijk 40%. Dit valt extra op omdat bij andere specialismen, zoals de orthopedie en revalidatiegeneeskunde de verwijscijfers zo'n 5% daalden en in het geval van de reumatologie 1% stegen. In absolute zin blijft het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar andere specialismen, zoals orthopedie, echter veel groter dan de sportgeneeskunde. Zo is de nummer één verwijfsreden voor de huisarts naar de sportarts een klacht aan de knie, maar in absolute zin ziet de orthopeed nog steeds ongeveer 19 keer zoveel knieklachten als de sportarts.

8.2.2 Wat naar voren komt uit focusgroepen met sportartsen zelf

Vanuit de focusgroepen met sportartsen kwam naar voren dat de sportgeneeskunde zich in de toekomst nog meer zou kunnen gaan richten op de zorgvraag van mensen met een chronische aandoening. Daarbij werd ook "exercise is medicine" vaak genoemd. Daarnaast liggen er kansen in preventie, al moet dan wel afgebakend worden wat daar voor de sportarts precies onder valt. Sportartsen geven aan dat er meer samengewerkt zou kunnen worden met de huisarts. Belangrijk hierbij is voor de sportartsen ook, dat voor huisartsen nog beter duidelijk wordt waarvoor zij naar de sportarts zouden kunnen verwijzen. Sportartsen geven daarnaast aan dat het voor de toekomst nodig is dat meer sportartsen worden opgeleid. Over of "sportarts" een goede naam is, of dit beter "sport- en beweegarts" zou kunnen heten, zijn de meningen verdeeld. Met name uitbreiding van de naamsbekendheid, uitbreiding van het aantal opleidingsplekken en locaties en meer en bredere samenwerking met andere specialisten worden belangrijk geacht.

8.2.3 Wat naar voren komt uit de focusgroepen met werkgevers van sportartsen

Werkgevers van sportartsen geven aan dat vacatures op dit moment erg lastig te vervullen zijn. De vacaturegraad is, in de ziekenhuizen die zijn geconsulteerd, op dit moment gemiddeld 4% en in de geconsulteerde zelfstandige behandelcentra 14%. Omdat de vacatures lastig te vervullen zijn, worden ze niet altijd uitgezet. Gemiddeld zouden de geconsulteerde werkgevers op dit moment zo'n 19% meer sportartsen in dienst willen hebben. Over vijf jaar voorzien zij respectievelijk 31% en 72% meer sportartsen in dienst te willen hebben (gemiddeld zo'n 50%). Daarnaast geeft de meerderheid van de werkgevers aan dat meer sportartsen moeten worden opgeleid en dat het wenselijk is als er stages kunnen worden gedaan in meer verschillende instellingen.

8.2.4 Wat naar voren komt uit interviews met zorgprofessionals waarmee de sportarts samenwerkt

De zorgprofessionals waar sportartsen mee samenwerken geven een aantal unieke toegevoegde waarden aan waarmee de sportarts zich onderscheidt van andere specialismen. Vaak genoemd wordt dat het uitvoeren en interpreteren van het (maximaal) inspanningsonderzoek uniek is voor de sportarts. Daarnaast wordt vaak genoemd dat de sportarts expert is op het gebied van de balans tussen belasting en belastbaarheid. Daarbij onderscheidt de sportarts zich over het algemeen van de revalidatiearts door zich te richten op sport, bewegen of inspanning en in mindere mate op algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Tot slot kwam vaak naar voren dat de sportarts een specialist is op het gebied van het bewegingsapparaat, maar ook veel specialistische medische kennis heeft over onder andere longgeneeskunde en cardiologie. De sportarts heeft veel aandacht voor gespreksvoering en de psychische gezondheid. Daarmee is de sportarts 'een generalist onder de specialisten' en kan deze met een brede blik naar patiënten kijken.

8.2.5 Wat naar voren komt uit het contact met verzekeraars

De vergoeding van de sportarts is anders geregeld dan bij andere medische specialisten, omdat alleen zorg met een medische indicatie uit de basisverzekering wordt vergoed. Voor dit onderzoek werden vijf verzekeraars gevraagd voor een interview over de sportgeneeskunde, slechts één verzekeraar ging daarop in. De geïnterviewde verzekeraar zag voor de sportarts zowel kansen in (top)sport als in het begeleiden van chronisch zieken, omdat deze zowel specialistische, als generalistische kennis heeft.

8.2.6 Wat naar voren komt uit de vragenlijst onder burgers en patiënten

Uit een vragenlijst onder burgers van 18 jaar en ouder, representatief voor de bevolking, blijkt dat de sportarts op dit moment door een zeer kleine groep burgers wordt bezocht. Bij blessures of moeite met bewegen bezoeken zij voornamelijk de fysiotherapeut en de huisarts. Iets meer dan 8% is wel eens door een sportarts geholpen en dan voornamelijk na doorverwijzing. Wel zegt 66% de sportarts te kennen, maar een minderheid daarvan geeft aan 'redelijk precies' te weten wat de sportarts doet. Deze percentages liggen veel hoger bij bezoekers van de website sportzorg.nl, waarbij opvalt dat deze groep juist veel vaker zonder doorverwijzing zijn geholpen door de sportarts en de grootste groep (41%) wel redelijk precies weet wat de sportarts doet. Een relevante uitkomst is daarnaast dat bijna de helft van de geconsulteerde burgers niet weet of een sportmedische keuring vergoed wordt uit de basisverzekering. Van de andere helft weet de meerderheid wel goed dat dit, over het algemeen, niet het geval is.

8.3 Wat zijn de toekomstige ontwikkelingen in de vraag naar sportartsen?

In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan we in op alle relevante ontwikkelingen die zijn opgehaald bij de beroepsgroep en stakeholders, die de toekomstige positie van en vraag naar sportartsen zullen gaan beïnvloeden. Alle groepen is ook gevraagd naar mogelijke belemmeringen en randvoorwaarden die hierbij spelen om aan de zorgvraag te voldoen. De meeste ontwikkelingen die werden aangedragen zijn al gaande, en in die zin doorgaande ontwikkelingen binnen het vakgebied, rond doelgroepen, domeinen en/of regio's.

De verschillende ontwikkelingen zijn hieronder in zes 'typen' samengevat. Daarbij maken we geen onderscheid naar de bronnen die we hebben geraadpleegd, zoals in de vorige paragraaf. De uitkomsten van alle interviews, focusgroepen, enquêtes en cijfers zijn gesynthetiseerd om zo de inhoud van de ontwikkelingen leidend te laten zijn. Daarmee laten we de breedte van de ontwikkelingen zien, die elk de toekomstige vraag naar sportarts mogelijk zal bepalen. Het woord 'mogelijk' is hierbij belangrijk, omdat er verschillende randvoorwaarden zijn die zullen bepalen of de ontwikkelingen voor de sportgeneeskunde zich daadwerkelijk zullen gaan voordoen en doorzetten. Voor de eerste twee 'hoofd-ontwikkelingen' die we hieronder samenvatten, werken we dit in de volgende paragraaf verder uit.

1. Meer en bredere inzet van sportartsen in de ziekenhuizen

De eerste ontwikkeling die we afleiden uit verschillende bronnen betreft de grotere en bredere inzet van sportartsen in ziekenhuizen. In de focusgroepen en interviews met sportartsen en de zorgverleners waarmee zij samenwerken werd aangegeven dat sportartsen meer en breder in ziekenhuizen kunnen worden ingezet dan nu het geval is. Ook de huidige vacatures en verwachte groeipercentages die werkgevers aangeven zijn een belangrijke indicator hiervoor. Op dit moment werkt 57% van de sportartsen (ruim 96 van 169 personen) in een universitair of algemeen ziekenhuis

en mogelijk ook een ZBC of sportbond of club. Meer sportartsen in het ziekenhuis maakt de groeiende samenwerking met andere medisch specialismen mogelijk en daarmee ook de verdere bekendheid met de sportarts in ziekenhuizen. Ook vanuit de zelfstandige behandelcentra ziet men meer samenwerkingsmogelijkheden tussen sportartsen en andere medisch specialismen, vooral bij behandeltrajecten die vergoed worden vanuit de basisverzekering.

2. Meer samenwerking tussen sportartsen en zorgprofessionals in de eerste lijn, zoals de huisarts en fysiotherapeut

Op dit moment werkt een deel van sportartsen samen met de fysiotherapeut en huisarts. De huisarts werd door sportartsen, en de fysiotherapeut door aio's, het vaakst aangekruist als zorgverleners waar de meeste kansen voor méér samenwerking liggen. In deze samenwerking kan de sportarts zich richten op patiënten met klachten bij inspanning of klachten aan het bewegingsapparaat die te complex zijn voor de fysiotherapeut en huisarts, door bijvoorbeeld medische co-morbiditeit of een ongewoon beloop.

3. Meer samenwerking met 'nieuwe' disciplines, bijvoorbeeld samenwerken met de ouderengeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde en psychiatrie

Uit de interviews en focusgroepen bleek dat domeinen als de bedrijfsgeneeskunde nog onderbenut worden om de sportarts daar in zetten, gezien zijn expertise op het gebied van balans belasting-belastbaarheid. Hierbij werden mensen met fysiek zwaar beroep genoemd, maar dit zou juist ook kunnen gaan om mensen in mentaal zware beroepen duurzaam inzetbaar te houden. Ook werd de ouderengeneeskunde genoemd als nog relatief onontgonnen samenwerkingsgebied in relatie tot beweegprogramma's en valpreventie. En daarnaast ook de psychiatrie, in relatie tot aan het effect van bewegen op de psychische gezondheid en gezien de ervaring van sportartsen met mentale aspecten van training.

4. Meer inzet van sportartsen voor mensen met chronische aandoeningen en preventie

Vanuit verschillende focusgroepen kwam naar voren dat de sportgeneeskunde zich in de toekomst nog meer zou kunnen gaan richten op de zorgvraag van mensen met een chronische aandoening. Nu geeft ruim 20% van de sportartsen aan zich bezig te houden met deze doelgroep, maar meer sportartsen zouden deze zorg kunnen leveren, bestaande uit begeleiding bij sporten of bewegen en beweging als medicijn "exercise is medicine". Zo zou de sportarts goed kunnen bijdragen aan de landelijke uitdaging om alle mensen te helpen om aan de beweegnorm te voldoen. En wat betreft preventie zou de sportarts zich nog meer dan nu kunnen richten op leefstijlprogramma's, obesitas en op ondersteuning en advisering van beleidsmakers in deze.

5. De sportgeneeskunde meer profileren als diagnostisch specialisme

Diverse keren werd in de gehouden interviews genoemd dat de sportarts de expert is op het gebied van inspanningsdiagnostiek. Dit vormt al een van de kernactiviteiten van de sportarts, maar andere professionals waarmee de sportarts samenwerkt gaven aan dat zij inspanningsdiagnostiek bij de sportarts expliciet en apart zouden willen kunnen aanvragen als "baseline" meting voor hun patiënt of om het effect van behandeling te evalueren. Hierbij werd de vergelijking gemaakt met het aanvragen van bijvoorbeeld een scan bij de radiologie. Ook uit een *poll* onder werkgevers tijdens de focusgroep koos een ruimte meerderheid voor de omschrijving de positie van de sportarts als "Verrichten van diagnostiek die door andere disciplines wordt gebruikt" en "Opstellen van behandelplan dat door andere disciplines wordt uitgevoerd".

6. Vaste rol van de sportarts bij beweeginterventie voor en na operatie

Sportartsen houden zich al bezig met beweeginterventies voor en na operaties. Uit de interviews en focusgroepen bleek dat dit mogelijk nog structureler vorm zou kunnen krijgen. Belangrijk is hierbij triage welke patiënten baat zouden hebben bij een beweeginterventie rondom een operatie. Hiervoor zou bijvoorbeeld een gestandaardiseerde screening kunnen worden ontwikkeld, waarmee patiënten die baat hebben bij begeleiding van de sportarts geselecteerd kunnen worden.

Beweeginterventie

In de focusgroepen en interviews werd vaak gesproken over dat de sportarts zorg kan verlenen in revalidatieprogramma's of conditieverbetering voor of na operaties kan begeleiden. In de resultatenhoofdstukken is zoveel mogelijk de woordkeuze aangehouden die gebruikt werd tijdens de gesprekken. De officiële sportmedische term hiervoor is echter beweeginterventie, dus deze wordt in dit hoofdstuk gebruikt.

8.4 Twee ontwikkelingen uitgewerkt

De twee ontwikkelingen die het vaakst naar voren kwamen uit de verschillende stakeholder-consultaties waren de meer en bredere inzet van sportartsen in het ziekenhuis en meer samenwerking tussen sportartsen en zorgprofessionals in de eerste lijn (zoals huisartsen en fysiotherapeuten). Beide werken we hieronder verder uit. Hierbij stellen we steeds de vraag 'wat is hiervoor nodig?' om randvoorwaarden te benoemen die mede bepalen wanneer de ontwikkelingen ook zich in de praktijk zullen waarmaken. Ook dit onderdeel is gebaseerd op een synthese van de verschillende bronnen die met dit onderzoek zijn verzameld.

8.4.1 Ontwikkeling 1: Meer en bredere inzet van sportarts in het ziekenhuis

Deze ontwikkeling vormt in feite een combinatie van kansen die elkaar versterken: als sportartsen meer en breder in het ziekenhuis gaan werken, volgt hieruit ook intensievere en bredere samenwerking met andere medisch specialismen, wat weer de behoefte en inzet van sportartsen zal verhogen onder andere in termen van (naams)bekendheid. Meer samenwerking binnen de ziekenhuis-setting werd tijdens de interviews en focusgroepen genoemd met betrekking tot verschillende aandoeningen, doelgroepen en specialismen, waaronder:

- Gezamenlijke spreekuren van bijvoorbeeld de orthopeed en sportarts voor bijvoorbeeld knieklachten, en combinatiespreekuren bijvoorbeeld ook met de revalidatiearts of de reumatoloog;
- Systematische screening van te opereren patiënten om hun conditie te beoordelen, zodat de groep "at risk" in aanmerking komt voor een beweeginterventie door de sportarts voor en/of na de operatie;
- Beweeginterventies voor bijvoorbeeld longziekten, hartfalen en oncologie of andere revalidatieprogramma's;
- Gezamenlijke triage door orthopedie en sportgeneeskunde zodat de juiste klacht bij de juiste specialist wordt gezien;
- Het plannen van het juiste behandelplan bij de juiste patiënt en de juiste specialist na voorverwijzing van de huisarts.

Daarnaast werd aangegeven dat de samenwerking tussen verschillende medisch specialistische opleidingen in het ziekenhuis, zorgt dat er al tijdens de opleidingsfase een positief ervaren kruisbestuiving kan ontstaan tussen bijvoorbeeld de opleidingen cardiologie, longgeneeskunde en sportgeneeskunde. Ook werd genoemd dat sportartsen in het ziekenhuis gemakkelijk medische specialistische collega's kunnen consulteren bij vragen, omdat die in hetzelfde huis werkzaam zijn (iets wat bij zelfstandige behandelcentra minder het geval is waardoor er eerder verwezen zou moeten worden). Deze positionering van de sportarts en samenwerking binnen het ziekenhuis zouden zich dan met name focussen op zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

Wat is hiervoor nodig?

In 2024 waren er in Nederland 8 academische ziekenhuizen en 98 algemene ziekenhuizen. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek, werkte in 17 algemene ziekenhuizen en in 3 academische ziekenhuizen een sportarts. Als we de ontwikkeling doordenken dat in elk ziekenhuis één of meerdere sportartsen werkzaam zijn, en zo hun expertise dus ook maximaal inzetten, dan is al snel duidelijk dat de capaciteit aan sportartsen zou moeten toenemen. Hiervoor is een groot aantal randvoorwaarden nodig.

Ten eerste moet er meer capaciteit gecreëerd worden om sportartsen op te leiden. Dit zal tijd vergen en waarschijnlijk in fasen moeten verlopen. Hierbij is het van belang dat er jaarlijks meer opleidingsplekken gefinancierd worden, er steeds voldoende geschikte kandidaten zijn voor deze opleidingsplaatsen, er meer sportartsen komen die geaccrediteerd zijn om sportartsen op te leiden, en er meer ziekenhuizen komen om de opleidingsplaatsen te faciliteren. Op dit moment worden bij 10 opleidingsinstellingen 7 opleidingsplekken vervuld. Gemiddeld solliciteerden de afgelopen vijf jaar 24,6 kandidaten op deze plaatsen. Met name dat laatste is positief als randvoorwaarde, ook omdat bij een aantal andere vervolgopleidingen waar groei gewenst wordt (zoals de sociaal-geneeskundige opleidingen) het creëren van voldoende (opleidings)capaciteit steeds lastiger wordt. Een andere randvoorwaarde voor deze ontwikkeling is dat pas afgestudeerde basisartsen en sportartsen in opleiding behouden blijven voor het werken in de ziekenhuis-setting. In de gehouden focusgroep en consultatie onder de aio's werd benoemd dat de verwachtingen bij de aio's goed moeten aansluiten bij 'het werk' dat zij kunnen gaan doen.

Als de capaciteit aan sportartsen sneller dan nu het geval is zal groeien, moet ook rekening gehouden worden met regiovoorkeuren van (jonge) sportartsen. Immers, om in ieder ziekenhuis sportartsen werkzaam te laten zijn moet ook voldoende animo zijn voor elke regio. Bij andere grotere specialismen speelt dit regionale 'spreidingsprobleem' en leidt in sommige gevallen tot een onbedoelde en ongewenste concurrentie tussen regio's en ziekenhuizen.

Uiteraard geldt bij dit groeiscenario in de ziekenhuizen ook als randvoorwaarde dat ziekenhuizen financieel bereid en in staat zijn om (meer) sportartsen op te leiden (qua facilitering, de opleidingsplaats wordt immers vanuit de beschikbaarheidsbijdrage gefinancierd) en ook nieuwe of meer sportartsen aan te stellen. Uit onze consultaties blijkt in ieder geval de intentie en verwachting onder ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra om de komende jaren fors te willen groeien in de sportgeneeskunde. In de ziekenhuizen waar nu al sportartsen werken, gaven de werkgevers in de focusgroep aan een groei te verwachten in het aantal sportartsen van 31% over vijf jaar. Op het niveau van het bestuur van ziekenhuizen zou de kwestie kunnen spelen hoe de vergoeding van de verschillende taken van de sportarts – ook ten opzichte van die van andere specialismen waarmee intensief zal worden samengewerkt – vorm krijgt. Ook kan meespelen hoe de groei van de

sportgeneeskunde past in de groeiafspraken die tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars (zullen) worden gemaakt. Op deze randvoorwaarden komen we nog terug in hoofdstuk 9.

Groei en samenwerking in ziekenhuizen én zelfstandige behandelcentra

Uitbreiding van de sportartsen-capaciteit in ziekenhuizen kan niet los gezien worden van de groeipotentie in zelfstandige behandelcentra. Uit onze dataverzameling en consultaties komt naar voren dat er tussen de zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen wordt samengewerkt, maar dat deze samenwerking nog intensiever zou kunnen. Een groot deel van de zelfstandige behandelcentra is al gelieerd aan het ziekenhuis, maar juist voor zelfstandige behandelcentra die dat nu niet zijn zou verregaande samenwerking van meerwaarde kunnen zijn.

Intensievere samenwerking zou ten eerste vorm kunnen krijgen door het inrichten van meer multidisciplinaire overleggen, gezamenlijke onderzoeks- of werkgroepen. Men zou kunnen denken aan gezamenlijke spreekuren, systematische screening van te opereren patiënten, sportartsen die een rol vervullen in revalidatieteams, etc. Een tweede vorm geïntensiveerde samenwerking zou ook kunnen zijn dat sportartsen met deelstages in deze zelfstandige behandelcentra worden opgeleid. Met name uit de werkgevers focusgroep bleek dat hier wel veel waarde aan wordt gehecht. Op deze manier krijgen de zelfstandige behandelcentra ook een sterker verankerde positie in het leveren van medisch geïndiceerde sportzorg.

8.4.2 Ontwikkeling 2: Meer samenwerking met huisartsen, fysiotherapeuten en andere zorgprofessionals in de eerste lijn

Een tweede belangrijke ontwikkeling voor de positie van de sportarts vormt een bredere en sterke samenwerking met zorgprofessionals in de eerste lijn. Dit kwam zowel uit de focusgroepen met sportartsen, als de focusgroep met werkgevers en de interviews met andere zorgprofessionals naar voren. Voorbeelden voor een intensivering van deze samenwerking die werden benoemd waren onder andere:

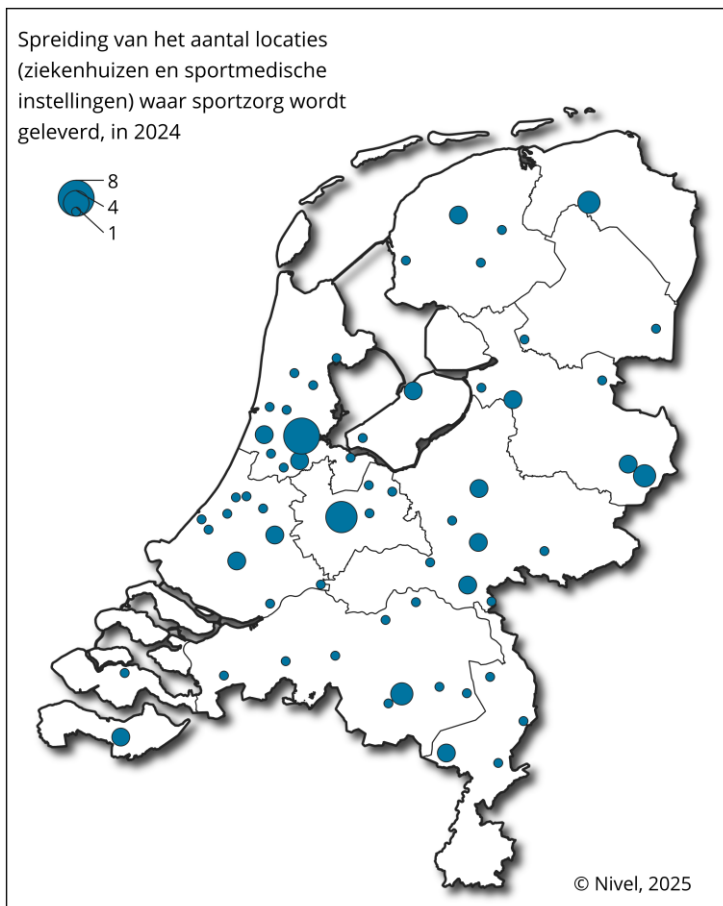
- Gezamenlijk spreekuur waarbij de sportarts eens in de zoveel tijd meekijkt met de (kader)huisarts voor problemen met inspanning of het bewegingsapparaat met een niet-standaard beloop;
- Nauwe samenwerking met fysiotherapeuten in de eerste lijn die laagdrempelig de sportarts om advies kunnen vragen of (al dan niet via de huisarts) kunnen door verwijzen bij een niet-standaard beloop of patiënten die medisch gezien erg complex zijn;
- Actieve rol in (loco)regionale beweegprogramma's en preventieprogramma's, bijvoorbeeld op gemeentelijk niveau, regionaal niveau, in samenwerking met fysiotherapeuten of (sport)scholen;
- De sportarts als "casemanager" van patiënten met meerdere specialistische en/of chronische problemen, die vanuit de eerste gekoppeld worden aan de sportarts als medisch specialist brede kennis heeft van onder andere hart, longen en het bewegingsapparaat.

Afgaand op bovenstaande, zou het werk van de sportarts bijvoorbeeld kunnen bestaan uit een combinatie van een aantal dagen werken bij een sportmedische instelling, een halve dag bij een huisartsenpraktijk en een halve dag bij een fysiotherapiepraktijk (bijvoorbeeld om hun expertise in te zetten voor mensen met complexe chronische aandoeningen). In verband met deze ontwikkeling is uit enkele consultaties naar voren gekomen dat aanpassing van de naam "sportarts" naar "sport- en beweegarts" mogelijk gewenst zou kunnen zijn. In Engeland heeft dit reeds plaatsgevonden. Het kan voor de profileringsdiscussie mogelijk van meerwaarde zijn, al lijkt de beroepsgroep het hier niet over eens te zijn. In een *poll* onder sportartsen blijkt de helft het eens te zijn met de stelling "De sportarts zou eigenlijk beweegarts moeten gaan heten" onder aio's is het minder dan de helft.

Wat is hiervoor nodig?

Eerstelijns zorg is regionaal georganiseerd en dus is voor meer samenwerking tussen sportartsen en eerstelijns zorgverleners regionale samenwerking een voorwaarde. Dit kwam enerzijds naar voren uit de gehouden interviews en focusgroepen en past ook in de trend van het Integraal Zorg Akkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Sportakkoord II om sport en bewegen meer regionaal te organiseren. Een gunstige Ausgangssituation is dat de regionale spreiding van de organisaties waar sportzorg verleend wordt, groter is dan de spreiding van de ziekenhuizen allen, door de aanwezigheid van sportmedische instellingen. Figuur 38 laat deze spreiding zien.

Figuur 38 Spreiding van ziekenhuizen en sportmedische instellingen waar sportzorg wordt verleend over Nederland. Figuur gemaakt op basis van data van alle instellingen waarin sportartsen werken in Nederland, van de VSG.



De figuur laat zien dat met name de kop van Noord-Holland, de provincie Groningen, Drenthe, en Overijssel, Twente, het noorden van Zeeland, Noord-Brabant en het zuiden van Limburg relatief qua regionale aanwezigheid van instellingen waar sportartsen werken minder 'gedekt' zijn door ziekenhuizen en sportmedische instellingen. Om in al deze regio's samen te kunnen werken met zorgverleners in de eerste lijn zal in de toekomst daar meer capaciteit aan sportartsen nodig zijn.

Voor de samenwerking met de eerste lijn is het daarnaast van belang dat de regionale spreiding van opleidingsplaatsen en sportartsen (in opleiding) gewaarborgd wordt. De verwante randvoorwaarde is dus ook hier, dat (1) sportartsen het samenwerken met de eerste lijn en 'in de regio' aantrekkelijk genoeg vinden om dit te gaan (blijven) doen, en (2) aio's ook in hun opleiding voorbereid worden op

samenwerking met de eerste lijn als werksetting. Hier zou een combinatie van opleidingslocaties en aanstellingen aan kunnen bijdragen. Dit vergt niet alleen aanpassing van de opleiding, maar ook voor de beroepspraktijk moet nagegaan worden in hoeverre dit past bij de wensen van de (jonge) sportarts.

Het is duidelijk dat deze ontwikkeling 2 als belangrijke voorwaarde kent dat samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals ook gefaciliteerd wordt door een voldoende gefaciliteerd systeem van (door)verwijzingen. Dat geldt, naast de huisarts, in het bijzonder voor fysiotherapeuten en andere paramedici die nu formeel niet naar de sportarts kunnen verwijzen zonder tussenkomst van de huisarts. Als de fysiotherapeut ook kan triëren welke patiënt vanwege het beloop of de complexiteit naar de sportarts zou moeten gaan, al dan niet met een formele verwijzing en inlichting van de huisarts, kan de samenwerking worden versterkt. Een aandachtspunt is hoe dit zich verhoudt tot de huisarts die overzicht dient te houden over alle (medisch) specialistische zorg van zijn patiënt. Een nauwe samenwerking tussen fysiotherapeuten en huisartsen in combinatie met de sportarts is dus ook een randvoorwaarde voor deze strategische kans.

Tot slot geldt ook hier dat het voor werkgevers financieel mogelijk moet zijn om meer sportartsen als opleidings- of als stage-instelling op te leiden, en meer sportartsen aan te stellen die in de eerste lijn actief zijn. De inhoudelijke meerwaarde van de sportarts in de eerste lijn zien stakeholders duidelijk voor zich: specifieke expertise hebben op het gebied van inspanningsonderzoek, de balans van belasting en belastbaarheid, en generalistische kennis hebben over hart, longen en bewegingsapparaat. Hierdoor kunnen ook de medisch complexe patiënten al in de eerste lijn door een sportarts gezien worden. In de focusgroep met werkgevers gaven sportmedische instellingen aan met maar liefst 72% te willen groeien in de komende vijf jaar. Mogelijk kan voor de benodigde groei hier ook spelen dat budgetafspraken met zorgverzekeraars een belemmering gaan vormen. Dat geldt met name voor patiënten met een medische indicatie die niet vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet en het basispakket. Daarom is het ook van belang of en hoe de sportarts past binnen de financiering vanuit andere bronnen die regio's en gemeenten inzetten voor preventie, beweging en leefstijlbegeleiding.

9 Discussie en conclusie

9.1 Toekomstige ontwikkelingen in de vraag naar sportartsen gezien vanuit de randvoorwaarden

In het vorige hoofdstuk is door synthese van verschillende perspectieven en bronnen, opgehaald met verschillende methoden, een zestal ontwikkelingen geïdentificeerd die de toekomstige vraag naar sportartsen in Nederland kunnen gaan bepalen. De zes ontwikkelingen betreffen doorgaande trends van reeds bestaande ontwikkelingen; binnen de ziekenhuizen en ZBC's waar de sportarts zijn positie heeft verworven, maar ook buiten de medisch specialistische domein in samenwerking met eerste lijns-professionals.

1. Meer en bredere inzet van sportartsen in de ziekenhuizen;
2. Meer samenwerking tussen sportartsen en zorgprofessionals in de eerste lijn, zoals huisartsen en fysiotherapeuten;
3. Meer samenwerking met 'nieuwe' disciplines, bijvoorbeeld samenwerken met de ouderengeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde en psychiatrie;
4. Meer inzet van sportartsen voor mensen met chronische aandoeningen en preventie;
5. De sportgeneeskunde meer profileren als diagnostisch specialisme;
6. Vaste rol van de sportarts bij beweginginterventie voor en na operatie.

Voor de eerste twee ontwikkelingen benoemden we in het vorige hoofdstuk al een aantal randvoorwaarden die bepalend zijn voor (a) de kans dat deze zich daadwerkelijk door gaan zetten en (b) de impact die de ontwikkeling zal hebben voor de vraag naar sportartsen in de toekomst. Hieronder benoemen we nu de belangrijkste voorwaarden die voor alle zes de ontwikkelingen van belang zijn, zodat hiermee in een strategische visievorming voor de sportgeneeskunde rekening kan worden gehouden.

De eerste randvoorwaarde betreft de vakinhoudelijke, interne discussie over welke ontwikkelingen nu vanuit 'de beroepsgroep' zelf actief gestimuleerd en geambieerd zouden moeten worden en welke niet of minder. Dit raakt de discussie of de sportgeneeskunde zich zou moeten richten op meer diversiteit in doelgroepen en expertisegebieden, of dat er toch meer focus op een bepaald domein gelegd zou moeten worden. Deze discussie kwam terug in de focusgroepen en interviews waarin enerzijds werd aangegeven dat de sportgeneeskunde een dusdanige variëteit heeft aan aandachtsgebieden, doelgroepen en werksettings, dat dit zowel de naamsbekendheid als positionering in negatieve zin beïnvloedt. Dit werd onder andere aangegeven door de revalidatiegeneeskunde, dat door meer focus een groeiend specialisme heeft kunnen worden. Anderen vinden de breedte juist de kracht van de sportarts, die naast een specialist ook een generalist is. De variëteit aan werkzaamheden, doelgroepen en settings, bijvoorbeeld door een combinatie van werken in een ziekenhuis of zelfstandige behandelcentrum én bij een sportclub, zorgt voor werkplezier, kennisoverdracht en juist meer naamsbekendheid aan het vak.

Samenhangend met deze discussie is een tweede randvoorwaarde dat naamsbekendheid en profilering belangrijk is om uitbreiding van samenwerking met professionals en het bedienen van nieuwe doelgroepen te realiseren. Uit ons vragenlijstonderzoek onder burgers blijkt dat zij in veel gevallen niet precies weten wat de sportarts doet, en bij klachten ook niet geneigd zijn aan de

sportarts te denken. Wel is het zo dat burgers die ervaring hebben met de sportarts ook beter weten wat deze doet en ook sneller bij klachten zeggen de sportarts te willen consulteren. Daarnaast kwam uit interviews en focusgroepen naar voren dat huisartsen (nog) niet altijd weten waarvoor zij naar de sportarts kunnen verwijzen. Echter, cijfers uit de Nivel Zorgregistraties laten zien dat verwijzingen naar de sportarts wel sneller toenemen dan naar bijvoorbeeld orthopeden. Naamsbekendheid verkrijgen is dus een weg van de lange adem, maar deze is wel ingezet.

Afgezien van de weg(en) die de sportgeneeskunde zelf in wil slaan om zich te positioneren, is een andere randvoorwaarde die bepalend is voor de vraag naar sportartsen de beschikbare capaciteit aan sportartsen. Om in de toekomst te kunnen voldoen aan de toenemende vraag naar sportgeneeskundige zorg zijn er meer sportartsen nodig. De beroepsgroep is de afgelopen acht jaar met 16% gegroeid, maar dit percentage schiet duidelijk tekort in vergelijking met de toename van de vraag naar sportartsen in de komende vijf jaar die ziekenhuizen (31%) en zelfstandige behandelklinieken (72%) verwachten. Daarnaast zijn extra sportartsen nodig om de huidige (volgens werkgevers) vaak moeilijk vervulbare vacatures te vervullen. Het is mogelijk dat efficiëntieverbeteringen, bijvoorbeeld in de toepassing van betere diagnosetechnieken en artificial intelligence, ervoor zorgen dat sportartsen meer patiënten zouden kunnen zien en meer 'productie' zouden kunnen gaan draaien. Dit zou de potentiële groei van de vraag naar sportartsen wat kunnen dempen, maar hoe dan ook zal er voor de huidige en korte termijn meer sportartsen opgeleid en/of van elders geworven moeten worden.

Een vierde randvoorwaarde betreft de opleiding sportgeneeskunde. De huidige belangstelling vanuit geneeskundestudenten en basisartsen voor de 7 opleidingsplekken is met gemiddeld 25 sollicitanten op dit moment ruim voldoende. Dit 'overschot' aan kandidaten neemt echter af als het aantal opleidingsplekken zal toenemen. Ook zullen in korte tijd meer opleiders geworven moeten worden, en meer opleidings- en stage-instellingen gecreëerd moeten worden. Dit alles vergt ook meer coördinatie, kwaliteitsbewaking en planning van de opleiding. Bij sommige specialismen is het beeld dat opleidingsplekken de laatste jaren moeilijker te vullen zijn, en ook is een trend dat basisartsen steeds vaker meerdere keuzes overwegen en hun specialisatiekeuze langer uitstellen. Dit zou ook ten koste kunnen gaan van de belangstelling voor sportgeneeskunde-opleiding, maar dit punt is hier niet verder onderzocht.

Een vijfde randvoorwaarde betreft de financiering om meer sportartsen aan te kunnen stellen en op te leiden. Naast de opleidings- en arbeidsmarkt-component hebben werkgevers van sportartsen te maken met de budgettaire werkelijkheid die voor ziekenhuizen anders is dan die voor ZBC's. In ziekenhuizen spelen jaarbegrotingen van raden van bestuur, MSB's en inkoopafspraken met zorgverzekeraars een belangrijke rol. Zo zal op bestuurs/concernniveau de groei van de sportgeneeskunde worden afgewogen tegen die van andere specialismen en beroepsgroepen. Een keuze is bijvoorbeeld meer knieklachten door de sportarts (eerst) te laten behandelen dan door de orthopeed, wat de zekere toename van deze klachten door de verouderende bevolking kan opvangen. Dit heeft dan wel intern financiële consequenties en bepalend zullen de financiële afwegingen zijn die de zorgverzekeraars in deze zullen maken.

Zorgverzekeraars spelen een andere rol bij de sportgeneeskundige zorg die vanuit ZBC's wordt aangeboden. Om te kunnen groeien, wordt de zorg daar vaak niet gecontracteerd en wordt deze alleen voor een bepaald percentage vergoed. De vraag is of dit in de toekomst zo blijft of dat verzekeraars hier een ander beleid in gaan voeren. Daarnaast is het ongewis wat een groei van sportartsen (en dus aanbod) vanuit de ZBC's betekent voor deze zorgvraag, als er tegelijkertijd ook meer sportgeneeskundige zorg vanuit de ziekenhuizen wordt aangeboden. Vooralsnog wordt zowel

vanuit ziekenhuizen als ZBC's groei van sportartsen verwacht, en maakt meer samenwerking ook deel uit van de ontwikkelingen die we destilleerden uit dit onderzoek.

Hoe het beleid van zorgverzekeraars een randvoorwaarde zal spelen bij de ontwikkelingen kon met dit onderzoek niet verder gespecificeerd worden. Op één na, gingen de verzekeraars niet op de uitnodiging in om mee te werken aan dit onderzoek. Hierbij werd aangegeven dat men (nog) geen specifiek inkoopbeleid, perspectief en/of onderbouwde visie op sportgeneeskunde heeft.

9.2 De resultaten in het licht van actuele beleidsontwikkelingen

In dit hoofdstuk worden tenslotte de resultaten van dit onderzoek, de verschillende ontwikkelingen voor de sportgeneeskunde in de toekomst, bekeken in het licht van een aantal actuele beleidsontwikkelingen op landelijk niveau.

9.2.1 Het Integraal Zorg Akkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Sportakkoord II

De afgelopen jaren zijn er diverse akkoorden tot stand gekomen die aandacht hebben voor sport, bewegen en preventie, namelijk:

- Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) (2022)
- Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) (2023)
- Het Sportakkoord II (2023)

Eerder zijn ook nog het Nationaal Preventieakkoord (2018) en het Nationaal Sportakkoord 1 (2018) afgesloten, maar in dit rapport zullen we met name focussen op de drie meest recente akkoorden.

In al deze drie akkoorden valt op dat er meer ingezet wordt op preventie, bewegen en regionale samenwerking. In het IZA wil men “inzetten op gezondheid en welzijn door middel van (wijkgerichte) preventie en ondersteuning, zodat mensen zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen worden voorkomen of minder zwaar worden”. Dit sluit aan bij de expertise van de sportarts, die voor alle doelgroepen kennis heeft over sport en bewegen, “exercise is medicine” en preventie. Daarbij wordt in de akkoorden ingezet op meer regionale samenwerking tussen de tweede lijn en de eerste lijn, en op meer verplaatsing van tweedelijns zorg richting de eerste lijn. In het IZA wil men ook toewerken naar een “regionale preventie infrastructuur” en naar het betrekken van “regionale preventiecoalities”. In dit licht past de tweede ontwikkeling die we definieerden, namelijk de samenwerking van sportartsen met zorgprofessionals in de eerste lijn, goed binnen de kaders van deze akkoorden.

Ook het GALA benadrukt dat een integrale aanpak nodig is om gezondheidsproblemen te voorkomen en een gezonde leefstijl van de bevolking te bevorderen. Hierbij is een belangrijk thema “gezonde leefstijl mogelijk maken voor iedereen”. Een van de beoogde resultaten is bijvoorbeeld: “Voor kinderen en volwassenen met overgewicht of obesitas is passende ondersteuning, begeleiding en zorg toegankelijk”. Op het gebied van sport- en beweegparticipatie is een beoogd resultaat: “Zoveel mogelijk Nederlanders bereiken met het sport- en beweegaanbod, met als doel sporten en bewegen een vanzelfsprekend onderdeel uit te laten maken van het leven van iedere Nederlander”. Ook hier, zou in de tweede lijn, maar zeker ook in samenwerking met zorgprofessionals en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, een taak voor de sportarts kunnen liggen. Immers, mensen die op dit moment niet goed kunnen bewegen door obesitas of andere chronische condities, zouden goed begeleid kunnen worden door de sportarts. In het GALA speelt ook het thema “gezond en sterk ouder worden” een rol. Als we naar de patiëntenpopulatie van de sportarts kijken in

vergelijking met die van bijvoorbeeld de orthopeed, zien we dat de sportarts gemiddeld jongere patiënten verwezen krijgt. Dit betekent dus ook dat sportartsen zich meer de oudere doelgroepen eigen zouden moeten maken, door bijvoorbeeld samen te werken met specialisten ouderengeneeskunde, een van de ontwikkelingen die we ook definieerden.

Bij het opstellen van de sportakkoorden I en II, was de sportarts vertegenwoordigd door de VSG. Bij deze akkoorden is het doel te zorgen dat het fundament van de mensen, organisaties, cultuur en materiele voorzieningen in de sport dusdanig op orde zijn, dat zoveel mogelijk mensen kunnen sporten en bewegen. Tegelijkertijd is het doel te laten zien dat sport en bewegen een investering is die zich op de lange termijn terugbetaalt, in bijvoorbeeld het tegengaan van eenzaamheid en kansengelijkheid naast uiteraard het bevorderen van gezondheid.

9.2.2 Actueel regeringsbeleid

Bovenstaande akkoorden laten zien dat er in toenemende mate aandacht is voor de waarde van sport en bewegen, de gezondheidsvoordelen en de bevordering daarvan. Dit is een gunstige randvoorwaarde voor de ontwikkeling en groei van de sportgeneeskunde. Tegelijkertijd blijft de sector die zich bezighoudt met sport en bewegen in grote mate afhankelijk van het beleid van kabinet c.q. regering. Het regeerprogramma opgesteld in 2024 zet in op een “samenhangende effectieve preventiestrategie” waarbij het doel is om een gezonde generatie te hebben in 2040. Daarnaast wordt aangegeven dat er extra aandacht zal zijn voor groepen die minder sporten en bewegen en dat er ondersteuning zal zijn voor de sportinfrastructuur. Ook hier valt dus terug te zien dat er in toenemende mate aandacht en bewustwording is ten aanzien van sport, bewegen en preventie.

Tegelijkertijd toont het recent aangekondigde (maar toch weer teruggetrokken) voorstel voor BTW-verhoging op commerciële sportactiviteiten (zoals sportscholen, skibanen, schaatsbanen en sportlessen) hoe kwetsbaar de sportsector is. Dat geldt ook voor de maatregel om de kansspelbelasting te verhogen met 7,3%. Naar verwachting zullen de afdrachten van loterijgelden aan georganiseerde sport naar verwachting hierdoor met 12,5 miljoen dalen. Hoewel uit dit onderzoek blijkt dat sportartsen het overgrote deel van hun werkzame uren werken voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, kan dit wel gevolgen hebben voor de sportartsen werkzaam in de topsport (NOS, 2024). Tot slot zal de regering vanaf 1 januari 2025 volledig gaan handhaven op zogenoemde schijnzelfstandigheid. Net als bij andere artsen die op ZZP-basis werken (zoals bijvoorbeeld waarnemend huisartsen) kunnen deze veranderingen ook effect hebben op de ruim 20% sportartsen die momenteel de meeste uren op ZZP-basis werken.

9.2.3 Aandacht voor de Gemengde Leefstijl Interventie (GLI)

De afgelopen jaren werden naast de diverse preventie- en gezondheidsakkoorden, ook beleidsregels omtrent de gecombineerde leefstijl interventie (GLI) uitgerold. In 2009 werd door het Zorginstituut de GLI geduid als effectieve zorg dat dus verzekerd zal worden vanuit het basispakket. Het duurde echter nog een tijd totdat er ook voldoende aanbieders waren om de GLI structureel aan te bieden. Hierbij valt op dat er in de huidige opzet van het programma geen sportartsen zijn opgenomen, terwijl dit gezien de kernkwaliteiten van de sportarts, wel van meerwaarde zou kunnen zijn (NZA, zd).

9.3 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

Voor zover ons bekend is niet eerder in deze breedte de positie van de sportarts in Nederland onderzocht en de toekomstige ontwikkelingen in kaart gebracht die de vraag naar sportartsen zal bepalen. Is het achterliggende doel de beroepsvereniging input te geven voor visie- en strategievorming, juist ook de stakeholders 'rond' de beroepsgroep zijn geconsulteerd, zijnde de werkgevers van de sportartsen, de burger, de zorgprofessional waar de sportarts mee samenwerkt en de zorgverzekeraar. Verschillende geledingen binnen de beroepsgroep zelf zijn geconsulteerd en ook de aio's als de aankomende generatie sportartsen. Er is gebruik te maken van bestaande databronnen, nieuwe data verzameld en de verschillende stakeholders zijn geconsulteerd door middel van interviews, focusgroepen en vragenlijsten. Zo kon een zo volledig mogelijk beeld van de positie van de sportarts en ontwikkelingen voor de toekomst worden opgesteld. Cross-validatie en synthese werd mogelijk omdat informatie niet alleen onder de beroepsgroep zelf, maar ook dus onder alle relevante stakeholders in het zorgveld is verzameld.

Daarnaast zijn in dit onderzoek steeds kwantitatieve data gecombineerd met kwalitatieve data. Zo konden visies van verschillende stakeholders met cijfers en feiten worden gecombineerd. Focusgroepen werden gebruikt om ook kleine *polls* te verrichten. En andersom vormden enquête-uitkomsten input voor uitvragen input voor interviews en focusgroepen. Op deze manier is een zo volledig en samenhangend mogelijke meta-set van informatie verzameld en heeft synthese daarop kunnen plaats vinden door de verschillende databronnen en stakeholders thematisch vergelijkbaar te houden.

Reflecteren we op de beperkingen van dit onderzoek dan kunnen de volgende punten worden benoemd. Voor de focusgroepen en interviews zijn contacten veelal gelegd via bestaande relaties vanuit de Vereniging voor Sportgeneeskunde. De focusgroepen met sportartsen werden gehouden op een Ledendag. Hierdoor konden fysieke focusgroepen plaatsvinden met sportartsen uit het hele land, maar waren de sportartsen die minder actief zijn voor de VSG mogelijk minder vertegenwoordigd. Bij de interviews met zorgprofessionals waarmee de sportarts samenwerkt, droeg de VSG suggesties aan voor interview-kandidaten. Hierdoor zijn vooral zorgverleners gesproken die betrokken zijn bij de sportgeneeskunde. Al deze mogelijke vormen van selectie zijn zo goed mogelijk geneutraliseerd door het opstellen van protocollen en draaiboeken, het aangaan van een open en objectieve manier van vragen en doorvragen, het benadrukken van onze rol als onafhankelijk onderzoekers.

Zoals eerder benoemd is een belangrijke beperking dat slechts één interview met een zorgverzekeraar heeft plaats gevonden, van de beoogde vijf. Dit zou nog een aparte een andere wijze van consultatie vergen, of op later moment na of op basis van de resultaten van dit onderzoek. De verschillende kwantitatieve databronnen kennen ook hun beperkingen. De bias onder de bezoekers van de website sportzorg.nl die de enquête invulde is eerder besproken. Daarnaast was er sprake van non-respons op de uitvraag die is gedaan onder de werkgevers van sportartsen en ook onder respondenten van de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten. Tenslotte is een opmerking op zijn plaats wat betreft de expertisegebieden van de sportartsen (zie paragraaf 3.2). Een beperking is dat deze geanalyseerd zijn op basis van antwoorden op de open vraag: "Wat is jouw individuele expertise als sportarts?" Het voordeel hiervan is dat het mogelijk was elk antwoord te geven en dat de hele breedte van het vak dus naar voren kon komen. Maar ook is het mogelijk dat sportartsen bepaalde doelgroepen of aandachtsgebieden niet specifiek hebben genoemd, omdat zij dit vanzelfsprekend vonden.

9.4 Conclusie

Recent is de kerntaak van de sportarts als volgt geformuleerd: *“de sportarts is medisch specialist in bewegezorg en richt zich met haar kennis, diagnostiek en behandeling op de “fysiek complexe zorgvraagstukken” in de 2e lijn. Daarbij fungeert sportgeneeskunde als een horizontaal, verbindend specialisme met een orgaan(systeem) overstijgende aanpak gericht op belasting en belastbaarheid. Naast kennis van de diverse voor bewegen vitale orgaansystemen maakt ook de biomechanische en inspanningsfysiologische kennis van de diverse beweegvormen en sport een essentieel onderdeel uit van de inhoudelijke expertise van de sportarts als medisch specialist.” (Bron: VSG 2024 “Sportarts als Medisch specialist bewegezorg”)*

Deze omschrijving sluit aan bij een groot aantal ontwikkelingen die we met dit onderzoek in kaart hebben gebracht en richt zich ook op positie van de sportarts in het Nederlandse zorglandschap. De sportgeneeskunde richt zich op meerdere doelgroepen en medische domeinen: topsporters, amateursporters, mensen met een chronische aandoening, klachten bij inspanning of klachten aan het bewegingsapparaat. De kracht van de sportarts zit in het specialisme op het gebied van sport en bewegen gecombineerd met een bredere medische kennis.

Feiten zijn dat de afgelopen vijf jaar de verwijzingen van de huisarts naar de sportarts in aantal duidelijk toe zijn genomen, vacatures lastig te vervullen zijn en ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra over vijf jaar veel meer sportartsen verwachten in te zetten om aan de toenemende sportgeneeskundige zorgvraag te voldoen. Ondertussen groeit de beroepsgroep langzaam, combineren veel sportartsen verschillende werkkringen en is er relatief veel belangstelling voor de opleiding. Dit onderstreept het belang van voldoende beschikbare capaciteit aan sportartsen om aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen.

Dit onderzoek identificeerde zes ontwikkelingen waardoor de vraag naar sportartsen zal toenemen – en dus waarop de sportgeneeskunde zou *kunnen* inzetten. Dat is en blijft een keuze, waarbij elke ontwikkeling met belangrijke randvoorwaarden rond capaciteit, opleiding en financiële afwegingen te maken heeft. Met de geschetste ontwikkelingen of scenario's, en de randvoorwaarden en belemmeringen daarbij, geeft dit onderzoek input aan Sportgeneeskunde Nederland om zijn strategisch beleid en visie verder te ontwikkelen. Hierbij hoort ook het betrekken van de relevante stakeholders die niet of minder in dit onderzoek zijn geconsulteerd zoals de zorgverzekeraars, het ministerie van VWS, gemeenten en (specifiek als het gaat om de arbeidsmarkt en opleidingsinstroom) het Capaciteitsorgaan.

Bronnen

Capaciteitsorgaan, Publicaties Medisch Specialisten, Deel II: bijlage: details en infographics per specialisme, okt 2022, <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-medisch-specialisten/>

Capaciteitsorgaan, Publicaties Medisch Specialisten, Capaciteitsplan Medisch Specialisten 2020-2023, Deelrapport 1, maart 2019 <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-medisch-specialisten/>

Capaciteitsorgaan, Publicaties Medisch Specialisten, Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 1 Medische Specialismen, mei 2016 <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-medisch-specialisten/>

CBS Statline, Medisch geschoolden; specialisme, arbeidspositie, leeftijd, woonregio, 29 mrt 2024, <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84779NED/table?ts=1740388997322>

FMS, Loopbaanmonitor Medisch Specialisten, data van 2024, <https://loopbaanmonitormedischspecialisten.nl/resultaten/resultaat-2024/>

Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2025, <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-consumentenpanel-gezondheidszorg>

Nivel Zorgregistraties Eerst Lijn, databron ziekten en zorg in de eerste lijn, 2025, <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>

NOS, NOC*NSF: 'Plannen coalitie grootste kaalslag ooit in Nederlandse sport', [NOC*NSF: 'Plannen coalitie grootste kaalslag ooit in Nederlandse sport'](https://www.noc-nsf.nl/plannen-coalitie-grootste-kaalslag-ooit-in-nederlandse-sport)

NZA, Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-21137, [Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-21137 - Nederlandse Zorgautoriteit](https://www.nza.nl/beleidsregel-gecombineerde-leefstijlinterventie-br-reg-21137)

RGS, Overzicht aantal aio's per specialisme/profiel, 26 mrt 2024, [https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/rgs/registers#Aantallen_geregistreerde_aios_\(Registers\)-anchor](https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/rgs/registers#Aantallen_geregistreerde_aios_(Registers)-anchor)

RGS, Overzicht aantal geregistreerde specialisten / profielartsen, 26 mrt 2024, [https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/rgs/registers#Aantallen_geregistreerde_aios_\(Registers\)-anchor](https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/rgs/registers#Aantallen_geregistreerde_aios_(Registers)-anchor)

Rijksoverheid, GALA, Gezond en Actief Leven Akkoord, 31 jan 2023, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>

Rijksoverheid, Hoofdlijnen Sportakkoord II: Sport versterkt, 14 dec 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/12/14/hoofdlijnen-sportakkoord-ii>

Rijksoverheid, Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg', 16 sep 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

Sportzorg, Overzicht vergoedingen sportzorg door zorgverzekeraars, 2025, <https://www.sportzorg.nl/sportzorg/vergoedingen-sportzorg>

Sportzorg, Overzicht vergoedingen sportmedische zorg uit de aanvullende verzekering 2025, 2025
https://www.sportzorg.nl/asset/public/site_6/PDFs/Overzicht-vergoedingen-door-zorgverzekeraars-2025.pdf ,

VWS, Arbeidsmarktprognose zorg en welzijn 2024, 16 december 2024,
<https://open.overheid.nl/documenten/31a9972a-6f4b-42b7-a1e1-a479f6bb18bf/file>

Zorginstituut Nederland, Standpunt sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet, 4 dec 2014,
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/12/04/standpunt-sportgeneeskunde-en-de-zorgverzekeringswet>

Bijlage A - Categorisering expertisegebieden

Categorisering expertisegebieden open antwoorden in clusters en subcategorieën

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeelden
Allround	-	“algemeen sportarts” “heel breed veld” “breed opgeleid” “ik doe eigenlijk alles” “volle breedte” “geen subspecialisatie”
Lichaamsdelen	Bovenste extremiteit	“bovenste extremiteit” “schouder” “elleboog”
	Onderste extremiteit	“onderste extremiteit” “onderbeen” “bovenbeen”
	Extremiteiten	“extremiteiten”
	Enkel/voet	“enkel” “voet” “plantaire hielpijn”
	Knie	“knie”
	Heup en/of lies	“heup” “lies” “heup/lies”
	Rug en/of bekken	“rug” “bekken” “rug/bekken” “wervelkolom”
Specifieke sport	Topsport	“topsport” “high performance”
	Wielrennen	“wielrennen” “fietsen” “cyclists”
	Voetbal	“voetbal”
	Hardlopen	“hardlopen”
	Vechtsport	“vechten” “vechtsport” “taikwando”
	Balsport	“volleybal” “basketbal”

		"tennis" "balsport"
	Duursport	"duursport" "zwemmen" "triatlon" "schaatsen" "trailrunning"
	Overige sport	"hockey" "dans" "bergsport" "schietsport" "roeien" "duiken" "paralympische sport" "honkbal" "turnen" "surfen" "aangepaste sporten" "korfbal" "crossfit" "vrouwensport"
	Sportmedische begeleiding	"sportmedische begeleiding" "trainingsleer" "kracht en conditietraining" "slaap en herstel" "hoogtetraining"
	Teambegeleiding	"teambegeleiding" "elftalbegeleiding"
	Jeugd	"jeugd"
Blessures	Musculoskeletale klachten	"musculoskeletaal" "msk" "spieren"
	Peesklachten	"pezen" "tendinopathie" "prolotherapie"
	Bewegingsapparaat	"bewegingsapparaat" "orthopedie"
	Blessures algemeen	"blessure"
	Hoofdletsel	"hersenletsel" "hoofdletsel"
Inspanningsdiagnostiek en Inspanningsfysiologie	Inspanningsdiagnostiek	"inspanningsdiagnostiek" "inspanningstest" "inspanningsonderzoek"
	Inspanningsfysiologie	"inspanningsfysiologie" "fysiologie"

	Inspanningsgebonden klachten	“dyspneu bij inspanning” “klachten bij inspanning” “inspanningsgerelateerde klachten” “inspanningshoofdpijn”	
	Fysieke fitheid	“fysieke fitheid”	
	Exercise is medicine	“exercise is medicine” “eim”	
	Overtraining	“overtraining” “chronische pathologie” “overbelastingsblessures” “belasting/belastbaarheid”	
	Cardiologie	“cardiologie” “ecg”	
Chronische doelgroepen	Hartrevalidatie	“hartrevalidatie” “hartfalen”	
	Post-covid	“covid”	
	Chronisch zieken (niet verder gespecificeerd)	“chronisch zieken” “chronische ziekte”	
	Prevalidatie	“prevalidatie”	
	Revalidatie	“revalidatie”	
	Oncologie	“oncologie”	
	Artrose	“artrose”	
	Leefstijl	“leefstijl”	
	Overige expertise	-	“wetenschap”
			“zwangerschap”
		“gynaecologie”	
		“echo geleid injecteren”	
		“digitalisering”	
		“eilo”	
		“eetstoornissen”	
		“shochwave”	
		“onbegrepen klachten”	
		“acp-injecties”	
		“medisch-ethische dilemma's”	
		“bike fitting”	
		“hart rate variability”	

Bijlage B - De top 20 verwijfsredenen vanuit huisartsen

De 20 meest voorkomende verwijfsredenen (gebaseerd op ICPC code) vanuit de huisarts per specialisme, geordend van meest voorkomend (boven) naar minder voorkomend (onder)

	Sportartsen	Orthopedie	Reumatologie	Revalidatie
1	Knie symptomen/klachten	Knie symptomen/klachten	Symptomen meerdere/niet-gespecificeerde	Andere infectie(s) luchtwegen
2	Been/dijbeen symptomen/klachten	Schouder symptomen/klachten	Hand/vinger symptomen/klachten	Spierpijn
3	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	Gonartrose	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	Rug symptomen/klachten
4	Heup symptomen/klachten	Voet/teen symptomen/klachten	Reumatoïde artritis/verwante aandoeningen	Voet/teen symptomen/klachten
5	Rug symptomen/klachten	Coxartrose	Jicht	Lage-rugpijn met uitstraling
6	Lage-rugpijn zonder uitstraling	Heup symptomen/klachten	Spierpijn	Ongeval/letsel
7	Enkel symptomen/klachten	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	Andere artrose/verwante aandoening(en)	Lage-rugpijn zonder uitstraling
8	Voet/teen symptomen/klachten	Schouder syndroom/PHS	Symptomen meerdere/niet-gespecificeerde	Moeheid/zwakte
9	Moeheid/zwakte	Verworven afwijking(en) extremiteiten	Knie symptomen/klachten	Cerebrovasculair accident (CVA)
10	Schouder symptomen/klachten	Verstuiking/distorsie knie	Rug symptomen/klachten	Gegeneraliseerde pijn
11	Ander letsel bewegingsapparaat	Been/dijbeen symptomen/klachten	Gegeneraliseerde pijn	Hersenschudding
12	Andere infectie(s) luchtwegen	Acuut letsel meniscus/kniebanden	Voet/teen symptomen/klachten	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat
13	Andere/meerdere symptomen/klachten bewegen	Rug symptomen/klachten	Moeheid/zwakte	Been/dijbeen symptomen/klachten
14	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen	Lage-rugpijn met uitstraling	Lage-rugpijn zonder uitstraling	Nek symptomen/klachten
15	Verstuiking/distorsie enkel	Enkel symptomen/klachten	Schouder symptomen/klachten	Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n)
16	Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n)	Lage-rugpijn zonder uitstraling [e	Pols symptomen/klachten	Andere perifere neuritis/neuropathie

17	Lage-rugpijn met uitstraling	Andere artrose/verwante aandoening(en)	Been/dijbeen symptomen/klachten	Andere ziekte(n) zenuwstelsel
18	Borstkas symptomen/klachten	Ander letsel bewegingsapparaat	Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n)	Symptomen meerdere/niet- gespecificeerde
19	Hartkloppingen/bewust van hartslag	Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n)	Andere/meerdere symptomen/klachten bewegingsapparaat	Verlamming/krachtverlies
20	Nek symptomen/klachten	Hand/vinger symptomen/klachten	Artrose/spondylose wervelkolom	Specifiek leerprobleem

Bijlage C - Vragenlijst uitgezet onder het Nivel Consumentenpanel en via sportzorg.nl

Had u de afgelopen 12 maanden moeite met sporten of bewegen? En zo ja, is dat nog steeds zo?

- Nee, ik had afgelopen jaar geen moeite met sporten of bewegen → door naar vraag 31
- Ja, ik had het afgelopen jaar moeite met sporten of bewegen, maar nu niet meer
- Ja, ik had het afgelopen jaar moeite met sporten of bewegen, en nu nog steeds

Wat is de voornaamste reden dat u moeite heeft of had met sporten of bewegen?

- Ik heb een chronische ziekte (bijvoorbeeld hart- en vaatziekte, diabetes, COPD)
- Ik heb problemen met mijn bewegingsapparaat (bijvoorbeeld rug, heup, knie, enkel, schouder, arm, nek)
- Een andere reden dan bovenstaande, namelijk:

Welke zorgverlener(s) heeft u in de afgelopen 12 maanden bezocht, in verband met moeite met sporten of bewegen? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- Huisarts
- Orthopeed
- (Manueel/sport) Fysiotherapeut
- Revalidatiearts
- Chirurg
- Sportarts
- Internist
- Cardioloog
- Longarts
- Andere zorgverlener, namelijk: ...
- Geen zorgverlener hiervoor bezocht

Heeft u in de afgelopen 12 maanden één of meerdere blessures gehad als gevolg van sport en/of bewegen?

- Nee → door naar vraag 33
- Ja, één blessure
- Ja, meerdere blessures

Welke zorgverlener(s) heeft u voor deze blessure bezocht? (Had u meerdere blessures? Houd dan de meest ernstige blessure aan bij het beantwoorden van deze vraag. U kunt hier meerdere antwoorden aankruisen)

- Huisarts
- Orthopeed
- (Manueel/sport) Fysiotherapeut
- Revalidatiearts
- Chirurg
- Sportarts
- Podotherapeut
- Chiropractor

- Sportverzorger/sportmasseur
- Andere zorgverlener, namelijk: ...
- Geen zorgverlener hiervoor bezocht

Hieronder staat een aantal mogelijke klachten die sporten en bewegen moeilijk maken. Stel u heeft zo'n klacht, door welke zorgverlener(s) zou u dan behandeld willen worden? (U kunt per klacht dus meerdere antwoorden aankruisen. Indien u het niet weet, dan kunt u dit ook aangeven bij iedere klacht)

Dan gaat u naar: ...									
Stel, u heeft:	Huisarts	Sportarts	Orthopeed	Revalidatiearts	Longarts	(Manueel/sport) Fysiotherapeut	Chiropractor	Sportverzorger/sportmasseur	Ik zou het niet weten
Slijtage van de knie (artrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde conditie door een longziekte (bijv. COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Long COVID *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn aan de voet of onderbeen met lopen (bijv. hielspoor of scheenbeenklacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overbelasting van de schouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugpijn (bijv. door een (beginnende) hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde conditie/fitheid na een operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderde conditie/fitheid vóór een operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Hiermee bedoelen we langdurige gezondheidsklachten die mensen ervaren na herstel van een COVID-19 infectie.

Deze vraag gaat over de sportarts. Stel, u wilt zelf naar de sportarts voor een sportkeuring/preventief sportmedisch onderzoek. Wordt dit dan volgens u vergoed en zo ja hoe?

- Ja, volgens mij uit de basisverzekering, maar ik moet wel eerst mijn eigen risico betalen
- Ja, maar volgens mij alleen uit de aanvullende verzekering
- Nee, dit wordt volgens mij niet vergoed
- Weet ik niet

Heeft uw huisarts of een andere zorgverlener, wel eens een mogelijke verwijzing naar een sportarts met u besproken?

- Nee, en ik ben ook nog nooit door een sportarts geholpen
- Nee, maar ik ben wel zonder verwijzing één of meerdere keren door een sportarts geholpen
- Ja, een verwijzing is besproken, maar ik ben daarna (nog) niet naar de sportarts geweest
- Ja, en na deze verwijzing ben ik ook één of meerdere keren door een sportarts geholpen

Was u voor het invullen van deze vragenlijst bekend met de sportarts?

- Nee, ik had nog nooit van de sportarts gehoord
- Ja, ik had wel van de sportarts gehoord, maar weet niet precies wat de sportarts doet
- Ja, ik had wel van de sportarts gehoord, en weet ongeveer wat een sportarts doet