



RICHTLIJNEN VOOR ARTSEN
OMTRENT HET SPORTMEDISCH HANDELEN

INHOUDSOPGAVE

1. VOORWOORD	blz 3
2. OVERZICHT RICHTLIJNEN	blz 4
3. RICHTLIJNEN MET TOELICHTING	
3.1. Richtlijnen 1 t/m 11: <i>Categorie 1</i> <i>Aspecten in relatie tot het algemeen medisch-technisch handelen</i>	blz 8
3.2. Richtlijnen 12 t/m 18: <i>Categorie 2</i> <i>Aspecten in relatie tot de patiënt.</i>	blz 17
3.3. Richtlijnen 19 t/m 21: <i>Categorie 3</i> <i>Aspecten in relatie tot collega-beroepsbeoefenaren en andere hulpverleners.</i>	blz 23
3.4. Richtlijnen 22 t/m 24: <i>Categorie 4</i> <i>Aspecten in relatie tot het vastleggen van gegevens</i>	blz 25
3.5. Richtlijnen 25 t/m 36: <i>Categorie 5</i> <i>Aspecten in relatie tot de maatschappij</i>	blz 28
4. VERKLARING VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	blz 38
5. LITERATUUR	blz 39

1. VOORWOORD

Speciale richtlijnen voor artsen bij sportmedisch handelen, is dat gewenst? Kan niet worden volstaan met de algemene gedragsregels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst (KNMG)? De Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) meende van niet. In de sportgeneeskunde komen specifieke situaties voor, zoals doping, blessurebehandeling, belangstelling van de media, grote financiële belangen van de sportbeoefenaars en clubs enz. Vaak worden van artsen in de sport handelingen verwacht die op zijn minst anders zijn dan in de geneeskunde gebruikelijk. Naar aanleiding van ernstige medische problemen bij een wielerploeg in de Tour de France in 1991 concludeerde de Hoofdinspectie Volksgezondheid dat er veel mis was in de begeleiding binnen die tak van sport. Aanbevolen werd om tot veldstandaarden te komen ten behoeve van de begeleiding van sporters.

Door de VSG werd in 1992 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld waarin ook de KNMG was vertegenwoordigd. Deze werkgroep heeft zich over deze problematiek gebogen en concept-richtlijnen opgesteld. Die werden voorgelegd aan diverse belanghebbende organisaties en daarna, in 1995, besproken in een openbare zogenaamde consensusbijeenkomst waar zowel groeperingen uit de sportmedische sector als daarbuiten aanwezig waren. Dit heeft geleid tot bijstellingen. Uiteindelijk werden de richtlijnen op 4 november 1995 door de Algemene Ledenvergadering van de VSG vastgesteld.

Op 19 maart 1996 besloot de Algemene vergadering van de KNMG aan haar 'gedragsregels' toe te voegen dat de arts -dus ook degene die niet als sportgeneeskundige is ingeschreven in het register van Sociaal Geneeskundigen of geen lid is van de VSG- die betrokken is bij het behandelen, begeleiden of controleren van een sportbeoefenaar, gehouden is de richtlijnen van de VSG in acht te nemen.

Na deze afronding kan gesteld worden dat er een nieuwe mijlpaal op de weg naar volwassenheid van de sportgeneeskunde is bereikt. Belangrijk is nu hoe de richtlijnen in de praktijk zullen uitwerken. Sportartsen en sporters kunnen op deze richtlijnen en beroep doen als er iets mis gaat. Er zal bij behandeling van klachten en (tucht)rechtspraak jurisprudentie ontstaan, en mede gezien de ontwikkeling van de sport en de sportgeneeskunde, zal het nodig zijn over enkele jaren de richtlijnen op hun bruikbaarheid te toetsen en zo nodig aan te vullen en te herzien. De VSG heeft hierin een belangrijke taak.

Prof. Dr. J. Pool
Voorzitter van de Werkgroep Gedragsregel.

2 OVERZICHT RICHTLIJNEN

Categorie 1 Aspecten in relatie tot het algemeen medisch/technisch handelen

(1-3: algemene behandeling, training)

- 1 Behandelmethoden ten behoeve van zieke of geblesseerde sporters houdt een arts niet voor zichzelf of houdt hij niet geheim voor een beperkte groep.
- 2 Een arts houdt test- en trainingsmethoden die een curatief of preventief effect hebben, niet voor zichzelf.
- 3 Een arts houdt bijwerkingen van een behandeling van zieke of geblesseerde sporters en schadelijke effecten van trainingsmethoden niet geheim.

(4-8: infuus, suppletie, injectie)

- 4 De indicatie tot een behandeling per infuus is voor een zieke sporter in beginsel niet anders dan voor een patiënt die geen sport beoefent.
- 5 De arts zal slechts dan overgaan tot suppletie van (sport) voedingspreparaten als er sprake is van een vermoedelijk tekort aan voedingsbestanddelen en/of als er een verhoogde behoefte aan voedingsbestanddelen bestaat waarin de normale voeding, ondanks zorgvuldige samenstelling en variatie, tijdelijk niet kan voorzien.
- 6 Hormonale suppletie is alleen toelaatbaar als er ten opzichte van een normale Ausgangssituatie sprake is van een abnormale daling van de hormoonspiegel die volgens de huidige inzichten van de medische wetenschap gekoppeld is aan een verhoogd risico op verstoring van de gezondheid van de sporter.
- 7 Het door een arts toedienen van pijnstillende injecties is ook in de sport een geaccepteerde behandelingsmethode van pijn.
- 8 De arts dient geen injectie toe, als daardoor bij sportdeelname een risico op irreversibele schade aan het lichaam van de sporter ontstaat.

(9-11: doping; zie ook 33-34)

- 9 De arts die benaderd wordt door een gezonde sporter met het verzoek dopinggeduide middelen voor te schrijven, dient op dit verzoek afwijzend te reageren.
- 10 Indien een arts tijdens de begeleiding van sporters geconfronteerd wordt met het gebruik van dopinggeduide middelen, op medische indicatie voorgeschreven door een (andere) behandelend arts in verband met een aandoening, heeft de arts de plicht, na verkregen toestemming van de sporter, in samenspraak met de sporter/patiënt en met de behandelend arts te zoeken naar een vergelijkbaar effectief (ander) geneesmiddel dat niet op de (inter)nationale dopinglijst(en) voorkomt.
- 11 Indien een arts bij de begeleiding van sporters geconfronteerd wordt met het gebruik van dopinggeduide middelen die de sporter(s), zonder dat er sprake is van een medische indicatie, gebruikt (gebruiken) in het kader van het streven naar prestatieverbetering, heeft de arts de plicht de desbetreffende sporter(s) het gebruik van deze middelen te ontraden.

Categorie 2 Aspecten in relatie tot de patiënt

(12- 15: verantwoordelijkheid (sport)arts en sporter)

- 12 De arts draagt zorg voor de gezondheid, veiligheid en het welzijn van de aan zijn zorg toevertrouwde sportbeoefenaren. De arts werkzaam bij een sportbond of sportvereniging zal hierbij een zorgvuldige afweging moeten maken tussen individuele, groeps- en organisatiebelangen. Het belang van de gezondheid van de individuele sporter staat echter voor de arts centraal.
- 13 De arts is persoonlijk verantwoordelijk en vrij in de besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding ten behoeve van de aan zijn zorg toevertrouwde sportbeoefenaren. Bij deze besluitvorming dient altijd rekening gehouden te worden met het recht op informed consent en de eigen verantwoordelijkheid van de sporter.
- 14 De arts aanvaardt alleen opdrachten indien zijn positie als onafhankelijke deskundige in voldoende mate is gewaarborgd.
- 15 De arts heeft de plicht om helder en precies zijn objectieve mening te geven aan de sporter en zijn trainer/coach over de geschiktheid tot sportdeelname van de betreffende sporter, zodat geen twijfel kan bestaan over zijn uitspraak. De arts respecteert hierbij de eigen verantwoordelijkheid van de aan zijn zorg toevertrouwde sporter na zo nodig op de uit de beslissing van de sporter voortvloeiende consequenties te hebben gewezen. Een uitzondering op deze richtlijn is van toepassing als er sprake is van gezondheidsrisico's voor derden of een acute noodsituatie (zie richtlijn 32).

(16-17: informed consent)

- 16 De arts informeert de sporter op begrijpelijke wijze over de behandeling, het gebruiken van medicatie en de eventuele gevolgen, en gaat vervolgens over tot het vragen van zijn toestemming voor de behandeling.
- 17 Een teamarts die de begeleiding van een sportclub of sportteam verzorgt, maakt aan de individuele sporters duidelijk dat zij vrij zijn een andere arts te raadplegen. Tevens maakt de teamarts de betrokken sporter duidelijk dat hij (de teamarts) in dat geval niet verantwoordelijk kan zijn voor het handelen en adviseren van (de) andere arts(en).

(aansprakelijkheid (sport)arts)

- 18 Een arts, dan wel zijn werkgever, behoort in ieder geval een adequate beroepsaansprakelijkheidsverzekering en eventueel een beroepsrechtsbijstandsverzekering te hebben.

Categorie 3 Aspecten in relatie tot collega-beroepsbeoefenaren en andere hulpverleners

(kritiek op collega-arts)

- 19 De arts zal zich onthouden van kritiek in het openbaar op collegae-beroepsbeoefenaren die een (top)sporter onder behandeling hebben.

(20-22: uitwisselen gegevens)

- 20 In het kader van de begeleiding van de sporter kan de arts, met toestemming van de sporter, relevante medische gegevens uitwisselen met de behandelend arts.
- 21 Wanneer de arts dient te beslissen over de toelating tot een bepaalde (tak van) sport, zal de arts op basis van zijn eerdere contacten met de sporter of op grond van zijn onderzoek zonodig

aanvullende informatie van feitelijke aard aan de behandelend arts vragen .

Categorie 4 Aspecten in relatie tot het vastleggen van gegevens

- 22 De arts maakt aantekeningen van de voor de sporter en diens sportbeoefening relevante medische zaken en registreert deze gegevens zorgvuldig in een dossier. De arts bewaart de gegevens gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop deze zijn vastgelegd, of zoveel langer als redelijkerwijs nodig is voor een goede hulpverlening aan de sporter.
- 23 De arts zal het dossier en de registratie waarin het dossier is opgenomen zo inrichten en beheren, dat geheimhouding van de inhoud en de bescherming van de privacy van de sporter tegenover anderen gewaarborgd worden.
- 24 Op verzoek van de sporter zal de arts zo spoedig mogelijk inzage en afschrift van de gegevens in het dossier alsmede daarbij benodigde toelichting geven.
Alleen indien door inzage in en afschrift van bepaalde gegevens aan de sporter de privacy van een ander zou worden geschaad, blijft dit achterwege.

Categorie 5 Aspecten in relatie tot de maatschappij

(25-26: sportkeuring, geschiktheidsbeoordeling)

- 25 De arts keurt alleen op basis van de specifiek geldende medische eisen die aan de betreffende sportbeoefening gesteld worden.
- 26 De arts die in opdracht van een derde een keuring doet stelt de sporter, op wie het onderzoek betrekking heeft, in de gelegenheid om mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen en, zo ja, of hij daarvan als eerste wenst kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.
Deze mededeling beperkt zich tot het advies van de arts dat de sporter "geschikt", "ongeschikt" of "beperkt geschikt" (met vermelding van de voorwaarden waaronder) wordt bevonden om de betreffende (top)sport (nog langer) te beoefenen.

(beloning)

- 27 De arts aanvaardt geen financiële beloning of geschenken die in onevenredige verhouding tot de gebruikelijke honorering staan.

(signaleringszaak)

- 28 De arts signaleert - op basis van ervaring en beroepsmatig verkregen gegevens - gezondheidsbedreigende situaties bij sportbeoefening of training aan daarvoor verantwoordelijken met het doel de geconstateerde gezondheidsbedreiging te reduceren en waar mogelijk te elimineren.

(eigen kwaliteit en bijscholing)

- 29 De arts verkrijgt en behoudt inzicht in de specifieke en mentale eisen, waaraan sporters blootstaan bij deelname aan sportactiviteiten. Relevante aspecten in dit verband zijn:
- deskundigheid;

- doeltreffendheid en doelmatigheid;
- zorgvuldigheid;
- veiligheid.

(toelaatbaarheid vechtsporten)

- 30 De arts is zich ervan bewust dat die takken van sport waarbij het opzettelijk (tijdelijk) uitschakelen van vitale lichaamsfuncties van de tegenstander direct bijdraagt aan het sportieve resultaat, strijdig zijn met belangrijke medische en ethische beginselen, juist wanneer zulks ook als zodanig door de reglementen toegestaan wordt.

(extra aandacht voor jeugdige sporter)

- 31 De arts is verantwoordelijk voor de medische begeleiding van jeugdige sporters, helpt mee de ontwikkeling van het kind zowel somatisch als psycho-somatisch te bevorderen en helpt mee uitwassen van te intensieve sportbeoefening te voorkomen.

(beslissingsbevoegdheid arts in riskante situaties)

- 32 De arts die zich bezighoudt met medische begeleiding van en toezicht houdt op de sportbeoefening (bijvoorbeeld als toernooiarts of rondearts) heeft onder bepaalde omstandigheden het recht te beslissen of een sporter wel of niet aan een wedstrijd kan (blijven) deelnemen. Deze bevoegdheid geldt indien de betrokken sporter op dat moment niet in staat is tot een adequate beoordeling van zijn eigen gezondheidstoestand en van de omgeving en/of de gezondheidstoestand van de betrokken sporter een risico voor derden vormt.

(33-34: doping)

- 33 De arts werkt mee aan een in de sportregelgeving neergelegde, verplichte dopingcontrole voor sporters, indien hij hierbij in zijn beroepsuitoefening is betrokken en voor zover andere uit de gedragsregels en richtlijnen voortvloeiende plichten zich daartegen niet verzetten.
- 34 De arts heeft de vrijheid van zijn mening inzake de dopingproblematiek - ongeacht of deze een positieve, dan wel een negatieve houding inzake het gebruik van dopinggeduide (genees)midde-len heeft - aan anderen blijf te geven. Dit mag niet op een voor de patiënten/sporters hinderlijke wijze geschieden en vooropgesteld dient te worden, dat dit hem er niet van weerhoudt elke patiënt/sporter ongeacht diens levensovertuiging die zorg te geven die voor deze het beste is en waarop deze recht kan doen gelden.

(35-36: publiciteit)

- 35 De arts doet slechts met toestemming van de sporter en op zeer zorgvuldige wijze uitlatingen in de media over de gezondheidstoestand van een bij hem onder behandeling zijnde sporter. De bepalingen over het beroepsgeheim dienen hierbij uiteraard in acht te worden genomen.
- 36 Publiciteit door en voor artsen moet feitelijk, controleerbaar en begrijpelijk zijn. Publiciteit mag niet wervend zijn of dusdanig gevoerd worden dat bepaalde diensten of behandelmethoden van een arts worden vergeleken met die van met name genoemde of onmiskenbaar aangeduide collega's.

3 RICHTLIJNEN MET TOELICHTING

3.1. Categorie 1 Aspecten in relatie tot het algemeen medisch/technisch handelen

1 Behandelmethoden ten behoeve van zieke of geblesseerde sporters houdt een arts niet voor zichzelf of houdt hij niet geheim voor een beperkte groep.

Regel III.2 van de KNMG Gedragsregels geeft aan dat de arts kennis of nieuwe behandelingsmethoden niet voor zich zelf zal houden, maar deze op daartoe geëigende wijze ter beschikking van collega's zal stellen.

Een succesvolle nieuwe behandeling voor ziekten of afwijkingen die (zonder behandeling of met de gangbare behandeling) de speelvaardigheid van de sporter positief beïnvloedt kan met name bij top- en beroepssporters leiden tot het verzoek om geheimhouding van de kant van de sporter of diens trainer. Op grond van regel III.2 moet een dergelijk verzoek zonder meer afgewezen worden. De arts is zelfs verplicht de nieuwe behandelmethode op "geëigende wijze" ter beschikking te stellen van andere deskundigen. Indien de arts het vermoeden heeft dat de behandelmethode een belangrijk voordeel biedt boven de bestaande methoden, is de arts verplicht over te gaan tot openbaarmaking, bijvoorbeeld in een medisch-wetenschappelijk of medisch-praktisch tijdschrift, op een symposium of congres of op een andere wijze waardoor artsen en andere begeleiders op de hoogte kunnen geraken van de nieuwe behandeling. Het gegeven dat de behandeling wellicht een op gespannen voet staat met bestaande dopingreglementen van sportorganisaties dient voor de arts geen beletsel te zijn voor het publiceren van zijn bevindingen.

2 Een arts houdt test- en trainingsmethoden die een curatief of preventief effect hebben, niet voor zichzelf.

In de sportgeneeskunde en met name bij de begeleiding van topsportploegen en van individuele topsporters, kan de situatie zich voordoen waarbij de arts in kennis wordt gesteld van bijzondere trainingsmethoden. Voorbeelden in dit verband zijn het doseren van de training op geleide van melkzuurmetingen in het bloed om overtraining te voorkomen en speciale intervaltraining voor sporters met inspanningsastma. Indien deze methode slechts sportieve prestatieverbetering inhoudt voor de betreffende sporters is er aan geheimhouding geen medisch-ethisch probleem verbonden, hooguit een sport-ethisch probleem in de sfeer van "fair play" vanuit de gedachte dat er minder sprake is van gelijke kansen voor de tegenstander(s).

Wanneer de trainingsmethode met zich meebrengt dat de kans op "overtraining", op letsel, of op andere medische problematiek vermindert, kan er wel een medisch-ethisch probleem ontstaan. Als de arts een dergelijke trainingsmethode geheim houdt, komt hij mogelijk in conflict met regel III.2 van de KNMG Gedragsregels.

3 Een arts houdt bijwerkingen van een behandeling van zieke of geblesseerde sporters en schadelijke effecten van trainingsmethoden niet geheim.

Schadelijke effecten van bestaande of nieuwe behandelmethoden zijn dikwijls niet van meet af aan bekend; sommige worden niet eens vermoed bij introductie van middelen of methoden. Het signaleren van bijwerkingen, ook als het om een incident lijkt te gaan, vormt een bijdrage aan de ontwikkeling van de geneeskunde (Regel III.2 KNMG, 1994). De arts is dan ook verplicht deze kennis op geëigende wijze ter beschikking te stellen van andere deskundigen. Hierbij zal de arts zich ervan gewissens dat hij geen tot individuen herleidbare gegevens openbaar maakt zonder toestemming van direct betrokkenen

(patiënt/sporters). De arts dient hierbij de belangen van indirect betrokkenen niet onnodig te schaden. Deze belangen mogen de arts er niet van weerhouden om tot publikatie over te gaan.

4 De indicatie tot een behandeling per infuus is voor een zieke sporter in beginsel niet anders dan voor een patiënt die geen sport beoefent.

Het toedienen van intraveneuze infusen is niet zonder risico's (Elliott, 1990). Bij het besluit om over te gaan tot een infuus moet de arts alle nodige maatregelen nemen om complicaties te vermijden (zie bijlage).

Er zijn verschillende vormen van intraveneuze infuustoediening met elk een eigen indicatiegebied:

- Het toedienen van een bloedtransfusie;
- Medicatie welke, wanneer snel of te weinig verdund toegediend, schadelijk is of die door de consistentie niet snel intravasaal toegediend kan worden. Het gaat bijvoorbeeld om medicijnen die bij de behandeling van ernstige cardiale en pulmonale ziekten gebruikt worden, of om bepaalde chemotherapeutica die in de oncologie toegepast worden.
- Water en mineralen waarvan een tekort via de orale weg in onvoldoende mate dan wel niet tijdig kan worden aangevuld.
- Voedingsstoffen die niet of in onvoldoende mate binnen een bepaalde tijdsduur via de orale weg opgenomen kunnen worden.

De eerste twee vormen zullen zich binnen de sportbegeleiding niet voordoen. Ernstige sporttrauma's kunnen uiteraard bloedtransfusies noodzakelijk maken, maar sportparticipatie is dan niet meer aan de orde. Het toedienen van (eerder afgenomen en bewaard) autoloog of homolog bloed met het oog op verbetering van de sportprestatie betreft geen medische indicatie, aangezien de uitgangshemoglobine-waarden veel hoger liggen dan die welke een indicatie vormen voor een bloedtransfusie. De arts dient zich in dit verband bewust te zijn van de Wet inzake bloedtransfusie (1988) en van de Richtlijnen van het College voor de Bloedtransfusie van het Nederlandse Rode Kruis. Deze wet stelt met een donor gelijk "...de persoon die een deel van zijn bloed of een bestanddeel van zijn bloed laat afzonderen ten behoeve van de geneeskundige behandeling van zichzelf". Van belang is dat de (Raad van Europa-) Overeenkomst ter bestrijding van doping en de reglementen van het Internationaal Olympisch Comité bloedtransfusies verbieden.

De derde vorm kan wel van toepassing zijn in de sportmedische begeleiding. Te denken valt aan ernstige uitdrogingsverschijnselen tijdens of na langdurige belasting in een warme omgeving (bijvoorbeeld marathon) en hitte-overbelasting tijdens meerdaagse sportevenementen zoals tennistoernooien en etappewedstrijden wielrennen. Het geven van een infuus kan zonder meer op medische gronden geïndiceerd zijn, terwijl ondanks (of wel juist door) de noodzakelijke therapie het voortzetten van de wedstrijd binnen 24 uur mogelijk is. Dit mag geen aanleiding zijn om een dergelijke therapie alleen daardoor tot doping te verklaren of met het oog op de wedstrijd achterwege te laten. De arts zal op basis van de ernst van het klinische toestandbeeld (eventueel vochtgebrek en mineralen dysbalans), de belasting die de sporter verdragen heeft en welke deze nog te dragen krijgt, zijn advies aan de sporter geven. De sporter beslist vervolgens zelf over al dan niet continueren van de sportbeoefening.

De vierde vorm van infuustoediening doet zich in de sportsituatie slechts onder heel extreme omstandigheden voor. Bij een gezond spijsverteringskanaal is de bijdrage van een voedingsinfuus relatief gering (Saris, persoonlijke mededeling). De sport in kwestie zal een hoge dagelijkse energetische belasting betekenen en de opname-capaciteit van de sporter-patiënt zal verlaagd zijn. Deze verlaging zal van tijdelijke aard zijn aangezien chronische ernstige darmziekten extreme duursport onmogelijk maakt. Indien de betreffende patiënt in de dergelijke situatie een voedingsinfuus nodig heeft, is duursport sterk te ontraden.

Bij tijdelijke vermindering van de opnamecapaciteit van het spijsverteringskanaal kan een voedingsinfuus een wezenlijke bijdrage leveren aan de energie-behoefte van de sporter. Een fysieke top-

prestatie kan echter onder deze omstandigheden niet verwacht worden. Het consolideren van een positie in de laatste fase van een meerdaags evenement behoort wel tot de mogelijkheden. In een dergelijke situatie baseert de arts zijn advies op de oorzakelijke ziekte, de actuele voedingstoestand en de voor de sporter te verwachten energetische belasting. De sporter beslist over het voortzetten van de wedstrijd en daarmee indirect over de indicatie voor het infuus. Indien de arts voortzetting ontraadt en de sporter desondanks het sportevenement wil voortzetten, kan de arts niet gedwongen worden de infusietherapie toe te passen.

Bijlage bij richtlijn 4:

Mogelijke complicaties van een intraveneus infuus zijn:

- Er kan een verkeerd vat aangeprikt worden.
- Er kan een hematoom ontstaan.
- Er kan een infiltraat ontstaan door het subcutaan lopen van de infuus-vloeistof.
- Er kan een infectie ontstaan bij de insteekplaats.
- Er kan door verwisseling of anderszins een verkeerd medicijn, een verkeerde vloeistof of een verkeerde combinatie van middelen worden toegediend.
- Er kan door verwisseling of anderszins een verkeerde concentratie van de te infunderen stof worden gebruikt en daarmee een verkeerde dosering.
- Het infuus kan te snel of te langzaam inlopen en daarmee een verkeerde dosering veroorzaken en (bij te snel inlopen) een overbelasting van de circulatie.
- Er kan een besmetting via de infuusvloeistof plaatsvinden.
- Er kan abusievelijk lucht in de circulatie gebracht worden.
- Door de procedure kunnen tijdens het prikken en het verwijderen en verdere afvoeren van gebruikte materialen bij de sporter bestaande ziekten worden overgebracht ("prikaccident").

Deze complicaties kunnen in belangrijke mate vermeden worden door:

- Het inschakelen van deskundig (para)medisch personeel voor de bewaking van het infuus.
- Het gebruik maken van gecontroleerde en gecertificeerde materialen.
- Het gebruik maken van gestandaardiseerde en gecertificeerde outillage.
- Het nauwkeurig volgen van protocollen, ook voor het afvoeren van gebruikte materialen.

5 De arts zal slechts dan overgaan tot suppletie van (sport) voedingspreparaten als er sprake is van een vermoedelijk tekort aan voedingsbestanddelen en/of als er een verhoogde behoefte aan voedingsbestanddelen bestaat waarin de normale voeding, ondanks zorgvuldige samenstelling en variatie, tijdelijk niet kan voorzien.

Algemeen

In onze huidige maatschappij is de beschikbaarheid van voedingsmiddelen zo groot dat de samenstelling van een evenwichtig menu waarin plaats is voor voldoende koolhydraten, groenten, fruit en eiwitrijke producten, geen probleem vormt. Daarmee kan doorgaans ook de behoefte aan essentiële micronutriënten worden gedekt (Van der Beek, 1988; Van Dokkum, 1988; Voedingsraad, 1988). Desalniettemin wordt regelmatig waargenomen dat sporters zich kwalitatief slecht voeden. Training op onregelmatige trainingstijden, vaak op uren die samenvallen met de normale maaltijden (zwemmen in de ochtend, schaatsen, atletiek, etc. in de vroege avond) en het daaruit resulterende frequente "snacken", leidt veelal tot consumptie van kwalitatief mindere voedingsproducten. Daarvan zal vooral de opname

van vitamines, mineralen en sporenelementen te lijden hebben. Omdat dit onderkend wordt en sporters het zekere voor het onzekere willen nemen, wordt in veel takken van sport frequent gebruik gemaakt van voedingspreparaten. In bepaalde takken van sport is er zelfs sprake van een extreem hoge consumptie (van Erp-Baart, 1992; Van der Beek, 1992). Naast het gebruik van preparaten met vitaminen, mineralen en spoor-elementen worden ook veel preparaten met macronutriënten (koolhydraten, vetten en eiwitten) gebruikt. Soms gaat men over tot intramusculaire of intraveneuze toediening van deze preparaten (Geneeskundige Hoofdingspectie, 1992, Guglielmini et al, 1989).

Het spreekt voor zich, dat doelgerichte scholing van sporters en hun begeleiders omtrent een juist samengestelde voeding belangrijk is om ongecontroleerd gebruik van voedingspreparaten tegen te gaan. Daarnaast is een goede voorlichting nodig, die duidelijk maakt dat het gebruik van vitaminen, mineralen en sporenelementen alsmede eiwit- en aminozuurpreparaten bij een goede voedselkeuze geen enkel prestatie verhogend effect hebben.

Sporten met gewichtsklassen

Het is een eerste vereiste dat de arts onderkent dat sporters (in ruime zin) die een laag calorisch dieet volgen met als doel een zo laag mogelijk lichaamsgewicht te handhaven (bijvoorbeeld turnsters, danseressen, licht gewicht sporters, jockeys, etc.), een relatief lage inname van eiwit en micronutriënten zoals magnesium, ijzer, calcium, selenium, zink en vitaminen zullen hebben. Om die reden is het supplementeren van een "breedspectrum" micronutriënten preparaat dat de vitaminen-, mineralen- en sporenelementen behoefte met 50-100% van de dagelijkse aanbevolen hoeveelheden (Recommended Daily Allowance, RDA) dekt, voor deze sport(st)ers aan te raden.

Duursporten

De arts dient te weten dat de consumptie van eiwit en micronutriënten vrijwel lineair met de (totale voedselconsumptie =) energie opname toeneemt. Om deze reden hebben duursporters bij een vergrote energie opname en een kwalitatief goede menukeuze, geen problemen met de micronutriënten voorziening.

Een uitzondering vormt de situatie waarin duursporters deelnemen aan intensieve langdurige belastingen. De grote verliezen aan vocht en de behoefte aan energie in de vorm van koolhydraten stellen eisen aan de samenstelling van de voeding die, indien tijdens de belasting ingenomen, bij voorkeur vloeibaar en snel absorbeerbaar dient te zijn. De toevoeging van mineralen om de verliezen met het zweet te compenseren, is met uitzondering van natrium - dat tezamen met koolhydraat de rehydratie-effectiviteit vergroot - niet noodzakelijk. Commercieel verkrijgbare sportdranken voldoen meestal aan de gewenste criteria m.b.t. koolhydraat- en natriumgehalte en osmolaliteit (voor samenstellingscriteria zie Brouns, 1993).

"Grijs gebied" tussen voeding en doping

Sinds de versterkte controle op doping ontwikkelt zich in toenemende mate een grijs gebied tussen voeding enerzijds en farmaca anderzijds. Het gaat daarbij veelal om preparaten die weliswaar een of meer voedingsbestanddelen bevatten, doch meestal in geëxtraheerde en/of geconcentreerde vorm en in kwantiteiten die met de normale voeding doorgaans niet kunnen worden ingenomen.

De arts die over bedoelde middelen geraadpleegd wordt, doet er goed aan zijn adviezen te baseren op wetenschappelijke gegevens. Het dilemma van een verbod van de zijde van sportorganisaties doet zich hierbij weliswaar niet voor, maar wel het beginsel van "niet schaden".

Omdat het vaak gaat om ongebruikelijke hoeveelheden of ongebruikelijke stoffen, kan niet zonder meer uitgegaan worden van onschadelijkheid van de gepropageerde preparaten. Er moet van worden uitgegaan, dat ongecontroleerd megagebruik van voedingsstoffen schadelijk kan zijn.

Overzicht van enkele stoffen anno 1995

Een aantal voedingsstoffen en hun werkzaamheid worden hieronder opgesomd. Voor verdere informatie wordt verwezen naar Van der Beek (1991), Brouns (1991 en 1993), Bucci (1994), Clarkson (1991)

Werkzame stof	Effecten
Caffeïne:	Prestatie verhogend bij > 4mg/kg lichaamsgewicht Verhoogt de diurese voor de wedstrijd Kan tot maag-darm problemen leiden
L-carnitine:	Geen effect op de vetstofwisseling Geen duurprestatie verbetering Geen versnelde afbraak van vetweefsel Mogelijk een verbetering van de doorbloeding (?) waardoor anaerobe prestaties kunnen toenemen (?) Mogelijk een effect op de immuunstatus (?)
Coenzym Q:	Geen duidelijk bewijs dat het de prestatie verbetert Antioxidant werking
Natrium bicarbonaat:	Vergroot de buffercapaciteit Verbetert het anaerobe laktisch prestatie vermogen Leidt vaak tot maag-darmklachten en diarree
Natrium citraat:	Zie bicarbonaat Minder maag-darmklachten
Vertakte keten aminozuren (BCAA):	Geen effect op het prestatie vermogen Geen verbeterde eiwitsynthese Vergroot de ammoniakproductie tijdens inspanning
Ornithine Arginine Tryptofaan	In de dosis welke aanwezig is in preparaten géén effect op de produktie van groeihormoon Geen effect op de eiwitsynthese
Tryptofaan:	Geen duidelijk bewijs dat het de prestatie verbetert
Aspartaat (kalium-, magnesium)	Geen duidelijk bewijs dat het de prestatie verbetert
Inosine:	Geen effect op het prestatievermogen
Bee pollen Royal jelly	Geen effect op het prestatie vermogen Kans op allergische reactie/anaphylactische shock
Creatine:	Kan het totaal creatine, creatine fosfaat en creatinefosfaat resynthese verbeteren (niet bij alle personen) Verbetert hoog intensieve belastingen tot 3 min Vergroot het lichaamsgewicht 1-2 kg (vermoedelijk water) Effecten op duurbelastingen nog niet aangetoond

6 Hormonale suppletie is alleen toelaatbaar als er ten opzichte van een normale uitgangssituatie sprake is van een abnormale daling van de hormoonspiegel die volgens de huidige inzichten van de medische wetenschap gekoppeld is aan een verhoogd risico op verstoring van de gezondheid van de sporter.

Sportbelasting

Topsporters onderwerpen zich vaak aan zeer grote trainings- en wedstrijdbelastingen. Hierbij bestaat een reëel gevaar van verstoring van de balans tussen belasting en belastbaarheid. Indien bij voortdurend deze balans doorslaat naar belasting en er dus onvoldoende rust/herstel tegenover staat, kan zich het beeld van overtraining manifesteren (Fry, 1991).

De karakterstructuur en het gedrag van de sporter en zijn directe begeleiders (trainer/coach, ploegleider) kunnen belangrijke factoren zijn bij het ontstaan van overtraining. Ook kunnen andere factoren zoals een relatief lage energieopneming of een slecht samengestelde voeding provocerend werken op het ontstaan van overtraining.

Overtraining kan gepaard gaan met een scala van klachten die duiden op een disfunctioneren van de betreffende sporter. De daling van de sportieve prestatie is één van de meest opvallende verschijnselen.

Binnen de sportgeneeskunde bestaat consensus over het feit dat overtrainde sporters een verhoogd risico hebben op blessures, met name overbelastings- of surmenageletsels (o.a. stressfracturen). Ook lijkt er een verhoogd risico aanwezig op infectieziekten op basis van een verworven immunodeficiëntie.

Hormonaal systeem

Het neuro-endocriene systeem lijkt een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van overtraining (Vervoorn, 1992). Storingen in de hormonale balans zijn regelmatig gerapporteerd. Deze storingen betreffen de hypothalamus - hypofyse - bijnierschors (ovarium) as (Keizer en Rogol, 1990). Zowel bij mannen als bij vrouwen geeft dit aanleiding tot een daling van de productie van geslachtshormonen.

Aangezien geslachtshormonen een rol lijken te spelen bij het herstel na training- en wedstrijdbelastingen, voornamelijk via een remming van de katabole invloed van cortisol, wordt aangenomen, dat de vrije testosteron/cortisol ratio een bruikbare maat voor dit herstel is. Naast te hoge waarden van bepaalde enzymen (CPK, ASAT, ALAT) en van ureum wordt een daling van de vrije testosteron/cortisol ratio van 30% of meer ten opzichte van de uitgangswaarde of beneden de kritische grens van $0,35 \times 10^{-3}$ door een aantal onderzoekers beschouwd als een relatief belangrijk criterium voor het vroegtijdig opsporen van overbelasting alhoewel het ultieme bewijs nog steeds ontbreekt, zeker bij vrouwen. Ook de langdurige secundaire amenorroe bij intensief sportende vrouwen wordt gerelateerd aan overtraining. Storingen in de pulsatiële secretiepatronen van gonadotropinen liggen ten grondslag aan dit beeld. Dientengevolge worden chronische lage plasmawaarden van oestradiol waargenomen. Vrouwelijke sporters met een langdurige secundaire amenorroe hebben dan ook een verhoogd risico op de ontwikkeling van osteopenie en stressfracturen.

Aangezien overtraining als een pathologische toestand beschouwd moet worden, heeft de begeleidende arts het recht en de plicht deze pathologische toestand lege artis te behandelen. Centraal in deze behandeling staat de reductie van de training- en wedstrijdbelasting in samenspraak met de sporter en zijn directe begeleiders. De behandeling dient zich verder te richten op de eliminatie van andere provocerende factoren. Lichamelijk en geestelijk herstel dienen gestimuleerd te worden.

Suppletie

Hormonale suppletie staat bij behandeling van overtraining ter discussie. Alhoewel er bij overtraining sprake lijkt te zijn van een hormonale dysbalans, zijn er in de huidige literatuur nog geen bewijzen voorhanden, waaruit blijkt dat deze dysbalans gebaseerd is op hormonale tekorten. Bovendien is nog onvoldoende zicht op de oorzaken van deze dysbalans.

In zijn algemeenheid is er momenteel geen indicatie voor hormonale suppletie (steroïdtherapie) bij de

behandeling van overtraining.

Argumenten voor deze stellingname zijn de volgende:

- 1 Er zijn momenteel geen wetenschappelijke bewijzen dat er werkelijk sprake is van hormonale tekorten.
- 2 Het is onduidelijk welke de effecten zijn van hormonale suppletie (steroidtherapie) op de hormonale balans (het normale piekvormige secretiepatroon) en de receptor-gevoeligheid.

Een uitzondering op deze richtlijn vormt de langdurige secundaire amenorroe, indien er sprake is van een osteopenie.

Primair dient hier de menstruele cyclus hersteld te worden door bijvoorbeeld voldoende rust en herstel in te bouwen. Eventueel kan een oraal anticonceptivum voorgeschreven worden alhoewel het positieve effect op de botmassa nog niet vaststaat.

Het gebruik van hormonale therapie in het kader van anticonceptie en de behandeling van menstruele klachten is door de internationale sportorganisaties geaccepteerd. Eén van de best werkende middelen bij een langdurige secundaire amenorroe met osteopenie is een anabool steroid bijvoorbeeld decadurabolin. Mede gezien de huidige dopingreglementen van de internationale sportorganisaties dient pas in laatste instantie overgegaan te worden tot toepassen van steroidtherapie.

7 Het door een arts toedienen van pijnstillende injecties is ook in de sport een geaccepteerde behandelingsmethode van pijn.

Pijnstillende injecties hebben een algemene werking (centrale analgetica) bijvoorbeeld morfine, of een lokale, regionale werking (lokale analgetica) bijvoorbeeld lido- en marcaine. Corticosteroid injecties hebben een ontstekingsremmend effect, waardoor pijn en zwelling kunnen verminderen. Het directe gevolg van pijnstillende injecties is een vermindering en een maskering van de pijn. Het doel van de injecties is de pijn zodanig te onderdrukken, dat de patiënt in staat is op een bepaald niveau te functioneren (algemeen dagelijkse levensverrichtingen, werk, sport). Deze behandeling kan uiteraard alleen plaatsvinden na informed consent van de patiënt (sporter) met inachtneming van de beginselen zoals die in deze richtlijnen zijn vastgesteld.

8 De arts dient geen injectie toe, als daardoor bij sportdeelname een risico op irreversibele schade aan het lichaam van de sporter ontstaat.

De arts past geen geneesmiddelen toe, die uiteindelijk meer schade dan genezing opleveren voor de sporter. Dit geldt met name als er op medische gronden geen reden voor het toedienen (bijvoorbeeld een injectie) van het geneesmiddel bestaat. Dit wordt geformuleerd in regel 4.4 van de verklaring van de World Medical Association (WMA): "De sportarts dient zich te verzetten tegen het aanwenden van hulpmiddelen, die niet in overeenstemming zijn met de medische ethiek of die schadelijk kunnen zijn voor de sporter, in het bijzonder: handelingen om pijn of andere waarschuwingssymptomen te maskeren, waardoor de sporter alsnog kan deelnemen aan sportactiviteiten."

De arts zal de afweging moeten maken of maskering van de oorzaak van de pijn een risico op irreversibele schade met zich meebrengt. Uitsluitend indien irreversibele schade niet waarschijnlijk is en/of de periode van herstel van de schade toelaatbaar is, bespreekt hij met de sporter de mogelijkheid van een pijnstillende injectie. Indien het de wens van de sporter is om ondanks een negatief advies toch een pijnstillende injectie toegediend te krijgen, dan zal de arts de verantwoordelijkheid van de sporter moeten afwegen tegen zijn eigen verantwoordelijkheid. Blijft de arts het toedienen van de injectie afwijzen, dan moet hij de sporter wijzen op de mogelijkheid van een second opinion.

Indien de injectiestoffen voorkomen op de lijst van/of dopinggeduide middelen dan deelt hij dit mede

aan de sporter.

9 De arts die benaderd wordt door een gezonde sporter met het verzoek dopinggeduide middelen voor te schrijven, dient op dit verzoek afwijzend te reageren.

Bij het merendeel van de takken van sport is het gebruik van een groot aantal middelen verboden wegens vermeende prestatie bevorderende effecten. Deze dopinggeduide middelen zijn door de internationale organisaties bij reglement verboden. De lijst is doorgaans dezelfde als de lijst vastgesteld door het Internationaal Olympisch Comité.

Het voorschrijven van dopinggeduide middelen aan sporters is in strijd met "good medical practice" en met datgene wat bij de beroepsgenoten gebruikelijk is.

Regel I 1 van de herziene gedragsregels voor artsen stelt dat de arts zich bij zijn beroepsuitoefening laat leiden door:

- De bevordering van de gezondheid en het welzijn van de mens.
- De kwaliteit van zorg.
- Het respect voor zelfbeschikking van de patiënt.
- Het belang van de volksgezondheid.

Het voorschrijven van dopinggeduide middelen, dan wel de systematische begeleiding van overigens gezonde sporters bij het gebruik van deze middelen, is in strijd met enige van bovenstaande items. De WMA-verklaring is zeer expliciet over dit onderwerp (regel 4).

Terecht wordt hier door de KNMG de kanttekening gemaakt dat bij gebruik van sommige dopinggeduide middelen er niet alleen sprake kan zijn van gezondheidsrisico's voor de gebruiker zelf, maar dat er ook een gevaar voor derden bestaat (KNMG, Medicus en Sport, met name doping MC. 47, 1526-1527, 1984).

De arts heeft niet alleen de plicht de sporter te wijzen op de gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan het gebruik van doping geduide middelen, maar ook dat dit gebruik in strijd is met de regels in de betreffende tak van sport. De arts kan ervan uit gaan dat de sporter zich geconformeerd heeft aan deze regels via zijn lidmaatschap van deze sportorganisatie.

Hoewel ook het adviseren van sporters over het gebruik op gespannen voet staat met de aangehaalde algemene regels van KNMG en WMA, is volledige afwijzing van medische bemoeienis bij dergelijke verzoeken niet houdbaar. Ten eerste wordt bij een categorische afwijzing van de hulpvraag de gelegenheid gemist om de sporter af te houden van onnodig medicijngebruik. Ten tweede ontnemt men de sporter - ook al blijft deze willens en wetens gebruiken - de mogelijkheid om de gezondheidsschade zoveel mogelijk te beperken. Uit gericht medisch onderzoek gebleken bijwerkingen van gebruikte middelen zullen de sporter doorgaans er van overtuigen om minder van deze middelen te gaan gebruiken of zelfs om het gebruik tijdelijk, dan wel definitief, te staken.

Het beginsel van "niet schaden" leidt tot het niet onnodig voorschrijven van medicijnen. Hetzelfde beginsel toepassend bij het al dan niet ingaan op de hulpvraag, leidt tot de conclusie dat de arts wel op de hulpvraag moet ingaan, omdat categorische afwijzing schade met zich mee kan brengen. Deze schade kan nog groter zijn in het geval dat de sporter, bij ontbreken van enige adviesmogelijkheid door een arts, zich door ondeskundigen laat adviseren.

Richtlijn 9 geldt in beginsel voor elke arts die in zijn/haar beroepsuitoefening met een sporter te maken heeft. Voor de arts die op enigerlei wijze gebonden is aan de sportorganisatie(s) waarvan de sporter lid is, kan het verzoek van de sporter aanleiding zijn tot een conflict van plichten. De arts dient in dat geval zorg te dragen voor adequate verwijzing naar een andere arts, die niet op vergelijkbare wijze gebonden is.

Tenslotte is het aanbevelenswaardig de sporter in positieve zin te (laten) begeleiden door hem mogelijkheden aan te bieden voor een goede sportmedische, diëtair, trainingsfysiologische of andersoortige begeleiding met als oogmerk het optimaliseren van de sportprestatie.

- 10 Indien een arts tijdens de begeleiding van sporters geconfronteerd wordt met het gebruik van dopinggeduide middelen, op medische indicatie voorgeschreven door een (andere) behandelend arts in verband met een aandoening, heeft de arts de plicht, na verkregen toestemming van de sporter, in samenspraak met de behandelend arts en de sporter/patiënt te zoeken naar een vergelijkbaar effectief (ander) geneesmiddel dat niet op de (inter)nationale dopinglijst(en) voorkomt.**

In het overleg met behandelende arts zal de juistheid van de medische indicatie en het al of niet aanwezig zijn van een alternatief ter discussie staan. Blijkt er geen medische indicatie voor het gebruik van het dopinggeduide middel te bestaan, dan dient de sporter het gebruik van dit middel ontraden te worden.

Indien er na toetsing wel een medische indicatie bestaat, een vergelijkbaar alternatief niet voorhanden is en sportbeoefening op competitieniveau met medicatie mogelijk is, zal, voorafgaande aan wedstrijden waarbij controle op dopinggeduide middelen zal plaatsvinden, de organisatie door de arts geïnformeerd moeten worden over dit gebruik. Bij de medische instantie verboden aan de organisatie van het sportevenement, zal de keuze van deze therapie door de arts gemotiveerd moeten worden.

De toestemming van de sporter voor overleg met de behandelend arts mag worden verondersteld als de arts uitsluitend een begeleidende en of behandelende taak en geen controlerende taken heeft ten aanzien van de sporter.

- 11 Indien een arts bij de begeleiding van sporters geconfronteerd wordt met het gebruik van dopinggeduide middelen die de sporter(s), zonder dat er sprake is van een medische indicatie, gebruikt (gebruiken) in het kader van het streven naar prestatieverbetering, heeft de arts de plicht de desbetreffende sporter(s) het gebruik van deze middelen te ontraden.**

Wijzend op de gezondheidsrisico's die kleven aan het gebruik van dopinggeduide middelen zal de begeleidend arts trachten de sporter(s) te overtuigen van de noodzaak het gebruik van deze middelen te staken. Aanbevolen wordt van dit advies in het medisch dossier van de sporter(s) aantekening te maken. De begeleidend arts heeft echter een geheimhoudingsplicht en kan derhalve niet de verantwoordelijke bonds- c.q. verenigingsinstanties informeren.

Een begeleidend arts kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor het gebruik van doping geduide middelen door deze sporters indien de arts deze middelen niet heeft voorgeschreven.

Indien de arts kennis heeft van het gebruik van dopinggeduide middelen zonder medische indicatie en de betreffende sporter ondanks zorgvuldige informatie van de zijde van de arts niet bereid is dit gebruik te staken kan er (op dit punt) sprake zijn van een gestoorde vertrouwensrelatie tussen de begeleidend arts en de sporter(s). Het is verstandig ook hiervan in het medisch dossier van de betreffende sporter een aantekening te maken.

De begeleidend arts moet zich realiseren dat hij de handel/begeleidingsovereenkomst met de sporter slechts eenzijdig onder vermelding van argumenten kan beëindigen als redelijkerwijze van hem in deze situatie niet kan worden gevergd dat hij deze overeenkomst voortzet (art. 44 modelregeling arts-patiënt). Indien de begeleidend arts hiertoe overgaat, zal hij medische hulp en adviezen blijven verlenen totdat de sporter redelijkerwijze een overeenkomst met een andere arts heeft kunnen sluiten.

3.2. *Categorie 2 Aspecten in relatie tot de patiënt*

- 12 De arts draagt zorg voor de gezondheid, veiligheid en het welzijn van de aan zijn zorg toevertrouwde sportbeoefenaren. De arts werkzaam bij een sportbond of sportvereniging zal hierbij een zorgvuldige afweging moeten maken tussen individuele, groeps- en organisatiebelangen. Het belang van de gezondheid van de individuele sporter staat echter voor de arts centraal.**
- 13 De arts is persoonlijk verantwoordelijk en vrij in de besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding ten behoeve van de aan zijn zorg toevertrouwde sportbeoefenaren. Bij deze besluitvorming dient altijd rekening gehouden te worden met het recht op 'informed consent' en de eigen verantwoordelijkheid van de sporter.**
- 14 De arts aanvaardt alleen opdrachten indien zijn positie als onafhankelijke deskundige in voldoende mate is gewaarborgd.**

De Richtlijnen 12, 13 en 14 gaan nader in op de verschillende taken en verantwoordelijkheden die een arts kan hebben: behandelend/begeleidend versus controlerend. Ook wanneer er geen expliciete taakomschrijving voor de arts vastgelegd is, kan door de betrokkenheid van de arts bij een (sport)organisatie sprake zijn van een impliciete verantwoordelijkheid voor het handhaven van de reglementen en het beleid van de bedoelde organisatie. Faro en Niessen spreken dan van een "gebonden" arts (Faro en Niessen, 1993). Ook in die gevallen dient de arts zijn professionele autonomie te kunnen uitoefenen, zelfs als dat in strijd zou komen met die reglementen of dat beleid. Richtlijnen 12, 13 en 14 zijn bedoeld om deze professionele autonomie te onderstrepen.

De bovenstaande richtlijnen zijn gebaseerd op de herziene gedragsregels voor artsen van de KNMG (regels I.4, I.8 en VII. 2 KNMG, 1994). Artikel 8 van de WMA-verklaring (WMA, 1981) is ook zeer expliciet als het gaat over de onafhankelijkheidspositie van de sportarts: om de sportarts in staat te stellen zijn ethische verplichtingen na te komen, moet hij als autoriteit werkzaam kunnen zijn, in het bijzonder wanneer het de gezondheid, veiligheid en legitieme belangen van de sportbeoefenaren betreft. Hierbij mogen de belangen van derden geen wezenlijke rol spelen. Professionele autonomie kan echter nooit een vrijbrief vormen voor onzorgvuldigheid of vrijblijvendheid van de zijde van de arts. De professionele autonomie dient beschouwd te worden in het licht van de relatie van de arts met individuele sportbeoefenaren, sportorganisaties (sportvereniging, sportbond, organisatie sportevenement), technische staf (coach, trainer) en de andere leden van het medisch begeleidingsteam (verzorger, masseur, fysiotherapeut).

Individuele sporters

Als een sporter de arts verzoekt zijn professionele autonomie en verantwoordelijkheid opzij te zetten terwille van zijn verlangens, dan is dit geen gerechtvaardigde eis. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een conflict over verwijzing naar de tweede lijns gezondheidszorg, bij het voorschrijven van bepaalde therapieën en/of medicijnen of het verzoek de begeleiding te verzorgen bij het gebruik van dopinggeduide middelen in het kader van het streven naar prestatieverbetering. Een goede verhouding tussen arts en sporter vereist, naast vakbekwaamheid van de arts, dat hij in staat is de sporter uit te leggen hoe en waarom hij hem op een bepaalde manier behandelt en adviseert. Daarnaast is het belangrijk dat er sprake is van een vertrouwensrelatie tussen de arts en de sporter. Ook bij de geschiktheidsbeoordeling van een sporter voor trainingen of wedstrijden wordt veel gevergd van de medische onafhankelijkheid. De sporter is doorgaans goed gemotiveerd om te spelen. Het belang van de leiding van een sportorganisatie of de technische staf bij het deelnemen van de sporter aan de wedstrijd kan ook op gespannen voet staan met het gezondheidsbelang van de sporter. Als de arts de sporter en zijn

begeleiders goed en eenvoudig kan uitleggen dat het onverantwoord is om te spelen, zal de arts zijn onafhankelijkheid ook beter kunnen waarmaken. Zie in dit verband ook de richtlijn met betrekking tot wel of niet spelen.

Sportorganisaties

De leiding van een sportorganisatie kan niet in de autonomie van de arts treden. De werkrelatie die de arts met een sportorganisatie heeft (dienstverband of anders) doet daarbij niet terzake. De arts blijft altijd persoonlijk en dus ook tuchtrechtelijk aansprakelijk voor zijn medisch handelen. Dit geldt ook voor de situatie waarin hij zich bij zijn medisch handelen laat leiden door de informatie verkregen uit de consultatie van een andere arts. In het geval van een conflict zal de arts de leiding van de sportorganisatie duidelijk moeten maken dat hij te waken heeft over de gezondheid van de sporters.

Technische staf

Met betrekking tot de verhouding tussen arts en leden van de technische staf geldt eigenlijk hetzelfde als tussen arts en de leiding van een sportorganisatie. De trainer/coach heeft wellicht een meer persoonlijk belang bij goede sportprestaties, namelijk het behouden van zijn functie. Ook in dit geval kan er slechts sprake zijn van een vruchtbare samenwerking tussen trainer/coach en arts als er sprake is van een duidelijke terreinafbakening met wederzijds respect voor elkaars beroep. Ook hier zullen echter botsingen kunnen plaatsvinden tussen het belang van de trainer/coach en de professionele onafhankelijkheid van de arts. Veel van de adviezen die de arts ter preventie van gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld ongevallen en letsels) geeft, kunnen slechts effect hebben als de leiding van de sportorganisatie en de technische staf deze adviezen ondersteunen. De leiding van een sportorganisatie en de technische staf blijven verantwoordelijk voor de "bedrijfsveiligheid"; zij zullen de maatregelen dienen te treffen die de arts adviseert, in de eerste plaats in het belang van de sporter, waarbij men zich dient te realiseren dat bij een betere gezondheidstoestand van de sportbeoefenaren (bijvoorbeeld minder blessures) de prestaties vermoedelijk zullen verbeteren, hetgeen ook in het belang van de sportorganisatie en zijn technische staf is.

Andere leden van het medisch begeleidingsteam

Ook binnen het medisch team (onder andere verzorger, masseur, fysiotherapeut, clubarts) dienen de taken en verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend te worden. De arts dient ook hier te waken voor zijn professionele autonomie. Hij zal in principe de eindverantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van het medisch team en daartoe (bij voorkeur schriftelijk bevestigde) bevoegdheden moeten hebben.

- 15 De arts heeft de plicht om helder en precies zijn objectieve mening te geven aan de sporter en zijn trainer/coach over de geschiktheid tot sportdeelname van de betreffende sporter, zodat geen twijfel kan bestaan over zijn uitspraak. De arts respecteert hierbij de eigen verantwoordelijkheid van de aan zijn zorg toevertrouwde sporter na zonodig op de uit de beslissing van de sporter voortvloeiende consequenties te hebben gewezen. Een uitzondering op deze richtlijn is van toepassing als er sprake is van gezondheidsrisico's voor derden of een acute noodsituatie (zie richtlijn 32).**

De richtlijn is een combinatie van regel 6 van de WMA-verklaring: "de sportarts heeft de plicht om zijn objectieve mening helder en precies te geven aan de sporter en trainer over het al of niet fit zijn van de betreffende sporter" en een uitgangspunt van het nieuwe beroepsprofiel van de bedrijfsarts (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 1995).

Bij onderhavige richtlijn dient in de Nederlandse situatie de volgende aspecten betrokken te worden:

- 1 De medische onafhankelijkheid zoals deze verwoord is in de Gedragsregels regel I.4, de WMA-

- verklaring, regel 8 en de Beroepscode voor bedrijfsartsen.
- 2 De eigen verantwoordelijkheid van de sporter zoals verwoord in de Gedragsregels II.7 paragraaf 3 en regel 10 en de Beroepscode voor bedrijfsartsen categorie 3, regel 4.2.
 - 3 De informatieplicht zoals opgenomen in art. 1653b WGBO.
 - 4 De informatie-overdracht naar derden, in dit geval met name de trainer/coach. Hierover zijn regels opgesteld door de KNMG in de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens.

Enige opmerkingen moeten hierbij geplaatst worden:

Regel 7 van de WMA-verklaring welke de medicus de plicht geeft om bij letsels te beslissen of de sporter de wedstrijd al of niet kan continueren of hervatten, verliest, gegeven bovenstaande aspecten, dan zijn geldigheid. De arts heeft voor zichzelf wel de plicht te beslissen of bij letsel de sporter de wedstrijd wel of niet kan continueren of hervatten, maar heeft in feite hieromtrent ten opzichte van de betrokken sporter en trainer/coach geen formele beslissingsbevoegdheid. Het komt nogal eens voor dat de sporter zich bij zijn beslissing al of niet deel te (blijven) nemen aan wedstrijden laat leiden door de meningen van derden (trainer/coach, ploegleider, bestuur, ploeggenoten etc.).

Neemt een sporter, tegen het uitdrukkelijk advies van de begeleidend arts in, toch deel aan de competitie, dan zal de arts op zijn minst met klem dienen te verklaren, dat hij zich niet verantwoordelijk stelt voor eventuele nadelige gevolgen.

De beslissing van de sporter om af te wijken van het dringende advies van de begeleidend arts kan gevolgen hebben voor de vertrouwensrelatie tussen beiden.

De arts moet zich echter realiseren dat hij respect dient te hebben voor de zelfbeschikking van de patiënt (regel I.1 Gedragsregels). De patiënt heeft het recht van de voorschriften, die de arts na zorgvuldige overweging aan hem geeft, af te wijken. Van de arts mag verwacht worden dat hij er begrip voor heeft dat een eventueel afwijken van het gegeven advies niet op gebrek aan vertrouwen behoeft te berusten.

Indien echter duidelijk blijkt dat een vertrouwensrelatie niet langer aanwezig is of ontbreekt, zal de behandelend arts de patiënt aanraden zich binnen een redelijke termijn tot een andere arts te wenden. Totdat een andere arts hem heeft aanvaard, blijft hij verantwoordelijk voor de zorgverlening. Eventueel kan de mogelijkheid van een 'second opinion' aan de sporter geboden worden. In praktijk kunnen de tijdsdruk en andere factoren in de sportsituatie dit echter soms onmogelijk maken.

Verzekeringsaspect

In de betaalde sport kan het verzekeringsaspect in het geding komen. Indien de betrokken sporter tegen het advies van de arts toch gaat spelen, kan de betrokken verzekeringsmaatschappij bij een eventueel ongeval of letsel in geval van medische kosten niet tot vergoeding van die kosten overgaan. Niet alleen kan het belang van bestuur en/of trainer/coach dat een sporter moet spelen op gespannen voet staan met het gezondheidsbelang van de sporter, maar de sporter zal doorgaans zelf ook goed gemotiveerd zijn om te spelen, bijvoorbeeld als er sprake is van een belangrijke finale of in verband met de marktwaarde van de sporter.

In dit soort situaties zal er veel worden gevergd van de objectiviteit van de arts. Mits hij de sporter goed (en eenvoudig) kan uitleggen dat het onverantwoord is om te spelen, kan hij die onafhankelijkheid ook waar maken.

Het is verstandig dat de arts zijn adviezen aan de sporter in het medische dossier vastlegt, ook al gebeurt dit onder de druk van de omstandigheden achteraf.

Informatie overdracht

Met betrekking tot de informatieoverdracht aan derden (bijvoorbeeld de trainer/coach) dient de arts op de hoogte te zijn van het feit dat hij in beginsel geen medische informatie mag geven. Zoals in alle andere takken van de geneeskunde bestaat ook in de sportgeneeskunde het medisch beroepsgeheim.

Er zijn drie mogelijkheden denkbaar waarbij de overdracht van informatie omtrent de gezondheidstoestand van de sporter door de arts naar de trainer/coach geregeld zou kunnen worden:

- 1 De trainer/coach wordt door de sporter gevolmachtigd de voor de sportbeoefening relevante

- informatie omtrent de gezondheidstoestand van de sporter te ontvangen.
- 2 De trainer/coach krijgt advies zonder medische informatie. Dit advies heeft de strekking van geschikt of ongeschikt voor deelname aan wedstrijden of (onderdelen van) trainingen. Het advies aan de trainer/coach kan echter niet vrijblijvend zijn. Daarover moeten tevoren duidelijke afspraken worden gemaakt.
 - 3 De trainer/coach krijgt advies na vooroverleg met de sporter en in het bijzijn van de sporter.

De eerste mogelijkheid wordt krachtig van de hand gewezen. Vaak staat bij de trainer/coach om diverse redenen het belang van een goed resultaat van de individuele sporter of het team centraal. Het gezondheidsbelang van de individuele sporter is voor deze secundair. Daarom is de kans groot, dat er zich situaties voordoen waarin beide belangen met elkaar in strijd zijn, met als consequentie gezondheidsschade op korte dan wel lange termijn voor de betrokken sporter.

De voorkeur gaat dan ook uit naar de tweede mogelijkheid, omdat deze het meest aansluit bij de gebruikelijke gang van zaken bij berichtgeving aan de opdrachtgever voor een aanstellingskeuring in een gewone werksituatie.

Minderjarige sporter

In het geval van behandeling en geschiktheidsbeoordeling van minderjarigen (bijvoorbeeld bij turnen) gelden de regels zoals die in de WGBO zijn opgenomen. Het aangaan van een behandelingsovereenkomst met een arts en het uitoefenen van rechten door de minderjarige zijn hierin gekoppeld aan een leeftijdsgrens. Patiënten *vanaf 16 jaar* mogen dat geheel zelfstandig doen zonder dat hun ouder(s) of voogd daarin gekend worden.

Voor de uitvoering van een behandeling bij patiënten *tussen 12 en 16 jaar* is de gezamenlijke toestemming van zowel de minderjarige als de ouders of voogd (ingevolge toekomstige wetgeving mogelijk ook de toezienend voogd) nodig. De behandeling kan echter zonder toestemming van de ouders of voogd worden uitgevoerd indien deze *'kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen'* of indien de minderjarige na de weigering van toestemming door de ouders of voogd, de behandeling *weloverwogen* blijft wensen. Bij deze uitzonderingen kan ondermeer gedacht worden aan een spoedeisende ingreep, het voorschrijven van anti-conceptie, een poliovaccinatie of abortus. Of de arts op de eerste dan wel de tweede uitzondering een beroep zal moeten doen hangt mede af van de vraag of het kind de ouders of voogd bewust buiten de besluitvorming wenst te houden en dat deze dus ook niet geïnformeerd worden en of het kind daarvoor ook goede redenen heeft. Het is wel raadzaam voor de arts in zo'n situatie met een collega te overleggen en een en ander zorgvuldig in het dossier vast te leggen.

Daarnaast heeft de 12-16 jarige een zelfstandig recht op informatie, en wel op voor de minderjarige begrijpelijke wijze, en op geheimhouding van zijn gegevens tegenover anderen. Geheimhouding kan ook bestaan tegenover zijn ouders of voogd als de arts, op grond van het belang van de minderjarige sporter, het niet verantwoord vindt hen te informeren. Ook kan de 12-16 jarige inzage in of afschrift of vernietiging van zijn medisch dossier vragen.

Met betrekking tot de behandeling van patiënten *jonger dan 12 jaar* beslissen de ouders of de voogd alleen en oefenen zij namens het kind alle patiëntenrechten uit. In het geval de ouders of voogd zouden weigeren toestemming te geven voor een *noodzakelijke* behandeling, dan kan de arts besluiten bij de Raad voor de Kinderbescherming een maatregel te initiëren. Als het kind zelf aangeeft ernstige bezwaren te hebben tegen een bepaalde behandeling en de arts op professionele gronden van mening is dat deze bezwaren moeten prevaleren boven de wens van de ouders of voogd, dan kan de arts besluiten de behandeling niet uit te voeren. De minderjarige jonger dan 12 jaar heeft één expliciet in de WGBO vastgelegd recht, namelijk het recht op informatie (aangepast aan zijn 'bevattingvermogen'). Ook bij deze categorie bestaat een recht op geheimhouding op grond van het belang van de minderjarige sporter zoals genoemd bij de 12-16 jarige.

In de regel zal de vraag wanneer de arts buiten de ouders/voogd om kan of zelfs moet handelen, zich

alleen kunnen voordoen in uitzonderingssituaties. In spoedeisende gevallen mag de arts om *ernstige schade voor de minderjarige te voorkomen*, zelf tot een behandeling overgaan als de tijd ontbreekt de ouders/voogd om toestemming te vragen. Voor niet-ingrijpende verrichtingen mag van veronderstelde toestemming van de ouders/voogd worden uitgegaan.

De arts die meent dat de ouders/voogd een onverantwoord of zelfs voor de minderjarige *schadelijke besluit* nemen, zal dit naast zich neer moeten leggen. De arts kan zich dan beroepen op het in de WGBO opgenomen criterium 'de zorg van een goed hulpverlener'. Er kan bijvoorbeeld een conflict zijn tussen arts en ouders over deelname aan een sport vanwege gezondheidsbelangen van de minderjarige.

De arts moet ook in staat zijn terzake een (wetenschappelijk) onderbouwde publicatie in bijvoorbeeld een vaktijdschrift te laten opnemen als hij dat nodig acht. In dit verband wordt verwezen naar richtlijn 31 en de toelichting daarbij. *Verzet* de minderjarige sporter zich tegen een ingrijpende verrichting waarvoor de ouders wel toestemming hebben gegeven dan mag de arts die verrichting volgens de WGBO alleen uitvoeren als deze *noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen*. Bijvoorbeeld bij het geven van medicatie met ernstige bijwerkingen.

16 De arts informeert de sporter op begrijpelijke wijze over de behandeling, het gebruiken van medicatie en de eventuele gevolgen, en gaat vervolgens over tot het vragen van zijn toestemming voor de behandeling.

Volgens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) wordt onder geneeskundige "*behandeling*" verstaan het "verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst" (art. 1653). Deze handelingen kunnen zowel preventief (gericht op het voorkomen van een ziekte of blessure) als curatief van aard zijn. In de sportsfeer betekent dit dat de totale medische begeleiding van een sporter onder de werking van deze richtlijn valt. Er zal dus eerst aan de sporter gevraagd moeten worden of hij instemt met de medische begeleiding welke door de bond of andere instantie aan de sporter wordt aangeboden. Vervolgens zal in het concrete geval door de arts toestemming voor een bepaalde verrichting gevraagd moeten worden. De basis hiervoor is in de Grondwet (art. 11) te vinden. In dit artikel is het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam verankerd. Onlosmakelijk hiermee verbonden is het recht op zelfbeschikking. Dit betekent dat in principe een ieder zelf beslissingen aangaande zijn lichaam neemt en dat een arts toestemming moet vragen voordat er tot behandeling kan worden overgegaan.

De zieke of geblesseerde sporter staat onder druk en wil zo snel mogelijk weer fit zijn. Ook druk van buitenaf (coach, trainer, ploegleider, clubleiding) kan een rol spelen. Als de belangen groot zijn (topsporter, belangrijke wedstrijden), zal de wens snel terug te keren ook groot zijn. Het gevaar bestaat dat de sporter niet meer in vrijheid en zelfstandig een beslissing kan nemen over een medische behandeling.

Volgens art. 6 van de WMA-verklaring heeft de arts uitdrukkelijk de verplichting zijn objectieve mening te geven over de lichamelijke toestand ("fitness or unfitness") van de sporter. Daarbij dient hij geen enkele twijfel te laten bestaan over zijn conclusies ("leaving no doubt as to his conclusions"). De arts dient erop toe te zien dat de sporter in volle vrijheid, zelfstandig een beslissing kan nemen en dient hem eventueel in bescherming te nemen tegen derden.

Zorgvuldig dient de arts na te gaan wat de sporter zelf wil. De arts dient het belang van de gezondheid van de sporter op de eerste plaats te stellen en los te zien van eventuele andere belangen. Het beginsel van zelfbeschikking wordt nader uitgewerkt in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Met name gaat het dan om het toestemmingsvereiste en het recht op informatie en inzage.

Belangrijk punt is dus dat de sporter voldoende geïnformeerd moet zijn voordat hij tot een beslissing kan komen. In art. II.8 van de Gedragsregels wordt het aspect van de informatieverschaffing nader besproken. Op begrijpelijke wijze dient de arts de patiënt/sporter (of indien de sporter minderjarig is: diens wettelijke vertegenwoordiger) op de hoogte te stellen van de motieven voor zijn handelen en van de resultaten van zijn onderzoek. Het hoe en waarom van de toe te passen therapie, eventueel een

geadviseerde verwijzing, financiële consequenties dienen eveneens aan de orde te komen. Dit betekent dat bij ziekte of een blessure de arts de sporter inlicht over de aard van de ziekte of de blessure en de te nemen maatregelen. Met name voor een sporter, bij wie het goed functioneren van zijn lichaam van essentieel belang is, is informatie, mits goed gegeven, uiterst belangrijk. Als de sporter het zelf aangeeft, of als de arts dit in het belang van de sporter acht, kan de informatie achterwege blijven. Hierbij moet overwogen worden of die informatie niet in een later stadium alsnog gegeven moet worden.

De arts dient zich ervan bewust te zijn dat de wijze waarop hij de informatie verschafft van essentieel belang is voor de waardering en de verwerking ervan. De kwestie is ook *welke* informatie de arts aan de sporter moet verschaffen. In ieder geval dienen de resultaten van het diagnostisch onderzoek, de voorgestelde therapie en het te verwachten resultaat aan de orde te komen. Alternatieve behandelingen (de beslissing conservatief versus operatief) dienen eveneens besproken te worden.

Informatieverschaffing dient niet onderschat te worden. Voorkomen moet worden dat de sporter al te gemakkelijk denkt "de dokter weet wel wat goed voor me is, dus hij gaat zijn gang maar". De sporter dient in principe *zelf* te beslissen. Uiteraard zal het vaak zo zijn dat hij zich daarbij laat leiden door de adviezen die hem worden verstrekt. Belangrijk is dus dat die adviezen in alle objectiviteit worden gegeven en dat het belang van de gezondheid van de sporter daarbij voorop staat. Indien er twijfel bestaat bij de sporter dient hij gewezen te worden op de mogelijkheid van een "second opinion". De behandelend arts kan de sporter begeleiden bij de consultatie van een andere arts.

- 17 Een teamarts die de begeleiding van een sportclub of sportteam verzorgt, maakt aan de individuele sporters duidelijk dat zij vrij zijn een andere arts te raadplegen. Tevens maakt de teamarts de betrokken sporter duidelijk dat hij - de teamarts - in dat geval niet verantwoordelijk kan zijn voor het handelen en adviseren van (de) andere arts(en).**

Het komt voor dat een sporter die lid is van een club of team waaraan een arts verbonden is, de behoefte heeft aan incidentele raadpleging van (een) andere arts(en), of zelfs de voorkeur geeft aan een meer structurele begeleiding. Op grond van een regel uit de gedragsregels voor artsen waarin het beginsel van vrije artsenkeuze is vervat, dient de teamarts daartegen in principe geen bezwaar te maken. De teamarts doet er wel verstandig aan met de betrokken sporter afspraken te maken omtrent het uitwisselen van gegevens met de andere arts(en).

- 18 Een arts, dan wel zijn werkgever, behoort in ieder geval een adequate beroepsaansprakelijkheidsverzekering en eventueel een beroepsrechtsbijstandsverzekering te hebben.**

Zowel in het belang van de sporter als van de arts c.q. diens werkgever is het afsluiten van een adequate beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor claims als gevolg van medische fouten of onzorgvuldig handelen van de arts, en een beroepsrechtsbijstandsverzekering voor juridische ondersteuning bij klachten, essentieel. Daarbij is het voor de arts of diens werkgever raadzaam in de verzekeringspolis na te laten gaan welke zaken wel of niet onder de verzekering vallen, hoe groot de dekking is en of bepaalde (meer risicovolle) zaken nog moeten worden bijverzekerd.

3.3 Categorie 3 Aspecten in relatie tot collega-beroepsbeoefenaren en andere hulpverleners

19 De arts zal zich onthouden van kritiek in het openbaar op collegae-beroepsbeoefenaren die een (top)sporter onder behandeling hebben.

Het is een bekend feit dat er graag in de media wordt gediscussieerd over de behandeling van gezondheidsproblemen bij sporters. Met name wanneer het herstel bij ziekte of blessure niet wil vlotten, wordt de handelwijze van de behandelend arts al snel ter discussie gesteld.

Artsen dienen er voor te waken via de pers negatieve uitlatingen te doen over collegae. Niet altijd zal dit bewust gebeuren, maar het kan bijvoorbeeld aantrekkelijk zijn via de pers te melden dat men een andere behandelingsmethode al vele jaren met succes hanteert.

Dit gedrag is niet in het belang van de betrokkene en kan schade toebrengen aan het vertrouwen in de gezondheidszorg. Bovendien kan de aangevallen arts zich dikwijls niet adequaat verdedigen zonder zijn beroepsgeheim te schenden. Discussies over behandelingsmethoden horen thuis in het wetenschappelijke circuit (research, symposia, literatuur en nascholing) en niet in de pers.

Een arts dient zich dus in het openbaar of ten opzichte van een patiënt te onthouden van kritiek op collegae. Als kritiek hem ter ore komt, stelt hij zich gereserveerd op en bespreekt hij primair de kritiek met de betrokken collega.

In de sport kan het voorkomen dat verschillende artsen zich om de gezondheidstoestand van de sporter bekommeren: de huisarts, specialist, club- of ploegarts, bondsarts. Een sporter kan bijvoorbeeld tijdens een interland-wedstrijd geblesseerd raken en in eerste instantie onder behandeling van de bondsarts staan. Voor verdere behandeling is hij vervolgens aangewezen op de club- of ploegarts of eventueel de specialist. Een goede samenwerking en een optimale informatieuitwisseling zijn dan essentieel.

Daarbij past niet een houding waarbij men elkaars handelwijze openlijk bekritiseert. In de oude versie van de Gedragsregels werd een Gedragsregel aan dit aspect gewijd:

"Voor een goede behandeling van een patiënt is nodig een goede verhouding tussen de artsen onderling voorzover deze bij de behandeling zijn betrokken en de artsen en andere hulpverleners, met respect voor iedere deskundigheid op eigen terrein. Bereidheid tot samenwerking en een goede wederzijdse informatie staan daarbij voorop, waarbij uiteraard niet meer informatie behoort te worden uitgewisseld dan voor de behandeling noodzakelijk..."

Alhoewel deze regel (4) in deze vorm vervallen is, heeft de inhoud nog wel relevantie voor de sportgezondheidszorg en verdient het aanbeveling de tekst hier onder de aandacht te brengen.

20 In het kader van de begeleiding van de sporter kan de arts, met toestemming van de sporter, relevante medische gegevens uitwisselen met de behandelend arts.

Wanneer sprake is van een onduidelijke taakomschrijving van de arts of van een "gebonden" arts met gecombineerde taken, is toestemming van de sporter vereist en kan niet uitgegaan worden van veronderstelde toestemming.

Dat is anders als de arts uitsluitend begeleidende/behandelende en geen controlerende taken heeft. In een dergelijke situatie kan de begeleidende arts uitgaan van de veronderstelde toestemming van de sporter, tenzij de arts het vermoeden heeft, of weet, dat de sporter zich verzet tegen het verstrekken van (bepaalde) medische gegevens. Hetzelfde geldt voor de verstrekking van relevante gegevens door de behandelend arts aan de arts die de sporter begeleidt.

Wanneer het bestuur van een sportvereniging medische gegevens wenst te ontvangen, dan zal de arts betrokken bij de medische begeleiding van de sporter in overleg treden met de sporter om na te gaan of,

en zo ja welke gegevens voor het aangegeven doel kunnen worden verstrekt.

21 Wanneer de arts dient te beslissen over de toelating tot een bepaalde (tak van) sport, zal de arts op basis van zijn eerdere contacten met de sporter of op grond van zijn onderzoek zo nodig aanvullende informatie van feitelijke aard aan de behandelend arts vragen (zie ook de stellingen hieronder ten aanzien van keuringen).

De taak die de arts in deze situatie heeft, is niet zozeer een behandelende als wel een controlerende. Daarom is de toestemming van de sporter nodig voor het opvragen van deze gegevens. De arts die de keuring of selectie verricht, verstrekt met toestemming van de sporter de conclusie aan de opdrachtgever, bijvoorbeeld de sportbond of de betaald voetbalorganisatie. Een toelichting op deze conclusie wordt alleen gegeven als de sporter hiervoor zijn toestemming heeft verleend.

3.4. Categorie 4 *Aspecten in relatie tot het vastleggen van gegevens*

- 22 De arts maakt aantekeningen van de voor de sporter en diens sportbeoefening relevante medische zaken en registreert deze gegevens zorgvuldig in een dossier. De arts bewaart de gegevens gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop deze zijn vastgelegd, of zoveel langer als redelijkerwijs nodig is voor een goede hulpverlening aan de sporter.**

Ingevolge de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) maar ook uit recente uitspraken van de medische tuchtrechter volgt, dat de arts een dossierplicht heeft. Dat geldt derhalve ook voor een arts die zich bezig houdt met de medische begeleiding in de sport. De WGBO bepaalt dat 'de arts in het dossier aantekening dient te houden van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is'. Daarbij kan gedacht worden aan gegevens over de aard, omvang en doel van het (voorgestelde) onderzoek, de behandeling of begeleiding, de eventuele gevolgen en risico's daarvan voor de patiënt en de mogelijke alternatieven op het vlak van onderzoek, behandeling en begeleiding. Zeker in geval van twijfel over het mogelijk later ontstaan van misverstanden met de sporter, de coach of sportbond is het raadzaam dat de arts het gemotiveerde advies dat hij aan de sporter heeft gegeven vastlegt (bijvoorbeeld om niet (verder) te spelen of een bepaalde behandeling of verrichting niet uit te voeren) alsmede de uitdrukkelijke wens of beslissing van de sporter terzake. Met andere woorden: een dergelijke vastlegging kan, voorzover dat nodig blijkt, in een later stadium ook als bewijsmateriaal voor de arts dienen. Indien de patiënt dat wenst dient hij een door deze afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe te voegen. Dit kan zich voordoen in het geval de sporter of een andere hulpverlener een van de arts afwijkende zienswijze heeft over een aangelegenheid, bijvoorbeeld een bepaald onderdeel van de behandeling of begeleiding of de gezondheidssituatie van de sporter. De arts is volgens de WGBO verplicht het verzoek van de patiënt om een verklaring in het dossier op te nemen, in te willigen. Zoals hierboven al is aangegeven kan het opnemen van een dergelijke verklaring ook in het belang van de arts zijn. Een gebrekkige of onvolledige verslaglegging van relevante (medische) gegevens of een onzorgvuldige organisatie van de medische administratie, waardoor controle achteraf op de behandeling of de begeleiding onmogelijk wordt, heeft artsen meermalen een (tuchtrechtelijke) veroordeling opgeleverd.

In de WGBO is een algemene bewaartermijn van tien jaar vanaf het moment van het vastleggen van de gegevens opgenomen. Deze termijn komt overeen met de termijn voor het indienen van een klacht bij het medische tuchtcollege. Ingevolge de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) is de verjaringstermijn voor het indienen van een klacht namelijk tien jaar.

Nadat de bewaartermijn van tien jaar is verlopen kunnen de arts en de sporter wel gezamenlijk overeenkomen, dat het met het oog op de (toekomstige) behandeling en begeleiding van belang is dat de gegevens langer worden bewaard. Zo kunnen voor de sportbeoefening relevante gegevens over een vroegere operatie of behandeling, een bepaalde allergie of gebruik van medicatie van belang zijn om langer te worden bewaard. De bewaarplicht van gegevens is ook van belang bij de overgang van de sporter naar een andere club. In dat geval dienen de gegevens met toestemming van de sporter verstrekt te worden aan de nieuwe arts die de sporter gaat begeleiden.

De bewaartermijn van tien jaar kan eventueel worden bekort door een verzoek van de sporter tot vernietiging van de gegevens. Volgens de WGBO moet binnen drie maanden aan zo'n verzoek worden voldaan. Het kan wel zijn dat, als gevolg van vernietiging van de gegevens, de arts niet meer kan of wil instaan voor een goede zorgverlening en begeleiding aan de sporter vanwege het ontbreken van essentiële informatie. Dat zal de arts dan wel goed met de sporter moeten bespreken en hij zal ter zake tot overeenstemming moeten komen. Van het verzoek tot vernietiging en de inwilliging daarvan alsmede

van voornoemde consequentie dient bij voorkeur kort verslag te worden gedaan in het dossier, ondertekend door arts en sporter.

23 De arts zal het dossier en de registratie waarin het dossier is opgenomen zo inrichten en beheren, dat geheimhouding van de inhoud en de bescherming van de privacy van de sporter tegenover anderen gewaarborgd worden.

De sporter heeft recht op bescherming van zijn privacy. Het beroepsgeheim van de arts is hiermee onlosmakelijk verbonden. Het gaat hier om het geheim van de patiënt en niet van de arts. De sporter moet ervan kunnen uitgaan dat *alles* dat aan de arts wordt meegedeeld zonder zijn toestemming niet aan derden wordt doorgegeven. De zwijgplicht van de arts, een van de aspecten van het beroepsgeheim, is vastgelegd in het Wetboek van Strafrecht. Het tweede aspect van het beroepsgeheim is het verschoningsrecht, neergelegd in het Wetboek van Strafvordering. Het verschoningsrecht houdt in dat de arts zich ten opzichte van de rechter mag verschonen om vragen over zijn patiënt te beantwoorden. Hij kan daarop een beroep doen indien hij door te spreken in strijd zou komen met zijn beroepsgeheim. De arts is overigens, net als iedere burger, wel verplicht aan een oproep om te verschijnen voor de rechter te voldoen. Het is uiteindelijk aan de rechter om in een concreet geval te oordelen of gebruikmaking van het verschoningsrecht gehonoreerd wordt dan wel of de arts alsnog dient te spreken. Uit het voorgaande volgt dat de arts de plicht heeft de informatie die hem wordt toevertrouwd te beschermen tegen kennisneming door derden, bijvoorbeeld het bestuur van de sportvereniging of de bondscoach, tenzij de sporter daarvoor expliciet toestemming heeft gegeven. Dit betekent dat de arts de gegevens op een voor derden niet toegankelijke c.q. afsluitbare plaats moet bewaren en dat hij ervoor moet zorgen dat, voorzover aanwezig, ondersteunend personeel (bijvoorbeeld een assistente of secretaresse) een geheimhoudingsverklaring aflegt of -bij voorkeur- ondertekent, waarmee zij zich tot geheimhouding van de gegevens verplichten. Voorts zal de arts dan wel diens werkgever (in de hoedanigheid van 'houder' van het gegevensbestand) aan een aantal verplichtingen ingevolge de Wet Persoonsregistraties (WPR) moeten voldoen, zoals het opstellen van een privacy-reglement. Hierin moet ondermeer worden vastgelegd wat het doel is van de registratie, hoe deze wordt gebruikt, wie toegang hebben tot de gegevens uit de registratie, aan welke personen de gegevens kunnen worden verstrekt en de bewaartermijn van de gegevens. Voorts moet het bestand van de (sport)registratie door de arts of diens werkgever worden aangemeld bij de Registratiekamer in Rijswijk en dient het privacy-reglement op een toegankelijke plaats voor alle betrokkenen ter inzage te worden gelegd.

In het kader van de begeleiding van de sporter kan de arts aan de behandelend arts van de sporter om relevante medische gegevens vragen. De arts dient dit wel eerst met de sporter te bespreken. Het kan immers zijn dat de sporter daartegen bezwaar heeft en de arts de gegevens derhalve niet behoort te verstrekken. Alleen als de arts uitsluitend begeleidende/behandelende en geen controlerende taken ten aanzien van de sporter heeft, kan voor het verstrekken van deze gegevens worden uitgegaan van veronderstelde toestemming van de sporter, tenzij de verstreckende arts het vermoeden heeft of weet dat de sporter zich daar tegen zou verzetten. Hetzelfde geldt voor de arts die relevante medische gegevens aan de behandelend arts van de sporter, bijvoorbeeld de huisarts, meent te moeten verstrekken.

24 Op verzoek van de sporter zal de arts zo spoedig mogelijk inzage en afschrift van de gegevens in het dossier alsmede daarbij benodigde toelichting geven. Alleen indien door inzage in en afschrift van bepaalde gegevens aan de sporter de privacy van een ander zou worden geschaad, blijft dit achterwege.

Het recht van de patiënt/cliënt op inzage in en afschrift van de gegevens wordt in de jurisprudentie al langere tijd gehonoreerd. In de Wet Persoonsregistraties (WPR) van 1988 is het recht op kennisneming en op afschrift van de gegevens door de geregistreerde voor het eerst vastgelegd. Ook in de WGBO is dit recht van de patiënt c.q. cliënt vastgelegd. Derhalve geldt dit ook voor de sporter over wie de arts gegevens heeft vastgelegd in een dossier. Daarnaast is ook het recht op vernietiging van de gegevens in de WGBO opgenomen. Op dit verzoek hoeft de arts echter niet in te gaan:

1. 'indien de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt' (een voorbeeld daarvan is het geval dat de sporter een juridische procedure tegen de arts heeft aangespannen of wenst aan te spannen);
2. of een wettelijk voorschrift zich tegen vernietiging zou verzetten (bijvoorbeeld omdat een voorgeschreven bewaartermijn ingevolge de Arbeidsomstandighedenwet nog niet is verstreken).

Binnen de sportgeneeskunde is dit laatste echter minder relevant. In de WGBO wordt uitgegaan van een ongeclausuleerd inzagerecht van de patiënt i.c. de sporter, en indien deze jonger dan twaalf jaar is, van zijn ouders of voogd. De enige uitzondering die in de WGBO op het inzagerecht wordt gemaakt is de situatie dat de privacy van een ander zou worden geschonden door bepaalde gegevens ter inzage te geven aan de sporter. De onderliggende reden daarvan is, dat de informatie door die ander is verstrekt in het veronderstelde vertrouwen dat de sporter daarvan geen kennis zou verkrijgen. Het kan hier gaan om voor de begeleiding relevante gegevens over een derde of eventueel over de sporter. Immers indien deze niet relevant zijn hoeven ze ook niet te worden opgenomen in het dossier. Uiteraard dient de arts in overleg met die derde na te gaan of het, met het oog op een goede hulpverlening aan de sporter, wel juist is dat de sporter niet op de hoogte is van deze informatie en of hij niet (alsnog) geïnformeerd moet worden.

De termijn waarbinnen op het verzoek tot inzage en/of afschrift moet worden ingegaan bedraagt volgens de WPR maximaal een maand. In de WGBO wordt gesproken over 'zo spoedig mogelijk'. Dit kan, afhankelijk van het geval, variëren van één dag tot maximaal (de in de WPR genoemd) maand. De arts is gerechtigd om voor de verstrekking van afschriften van de gegevens een redelijke kostenvergoeding in rekening te brengen.

3.5 Aspecten in relatie tot de maatschappij (Categorie 5)

25 De arts keurt alleen op basis van de specifiek geldende medische eisen die aan de betreffende sportbeoefening gesteld worden.

Ten aanzien van het keuren is van belang dat er geen sprake is van mogelijke belangenverstrengeling en dat de keuring derhalve wordt gedaan door een arts die in staat is een onafhankelijk oordeel te geven. De sportkeuring moet worden onderscheiden van een periodieke screening van de sporter op diens gezondheid of een beoordeling van de conditie van de sporter die door de bonds- of clubarts kan worden gedaan. Indien het periodiek medisch onderzoek de arts aanleiding geeft om daarover een advies uit te brengen aan een derde (bijvoorbeeld de sportbond of de bondscoach) dan zal hij dat doen conform hetgeen onder gedragsregel 26 en de bijbehorende toelichting is bepaald.

De vanuit de organisatie verplicht gestelde sportkeuring heeft betrekking op het lichamenlijk onderzoek door een arts aan de hand van specifieke eisen en de op basis van het onderzoek te trekken conclusies ten aanzien van de geschiktheid van de sporter voor de beoefening van de betreffende sport. De bonden voor motorsport, autosport, wielrennen, onderwatersport en duiken, draf- en rensport eisen bijvoorbeeld een keuring. De overheid stelt deze verplicht voor zweefvliegen en parachutespringen.

Met het oog op uniformiteit is het van belang dat artsen bij het keuren van sporters zoveel mogelijk gebruik maken van algemeen aanvaarde specifieke eisen die gesteld worden aan de beoefening van een bepaalde sport. In dat kader kunnen ondermeer worden genoemd de specifieke eisen die voor zweefvliegers, duikers, parachutisten en motorracers zijn opgesteld. Het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (NISG) heeft ondermeer richtlijnen opgesteld voor aan diverse door de Sport Medische Adviescentra (SMA's) uit te voeren onderzoeken te stellen eisen. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar het soort onderzoek, zoals het basisonderzoek, uitgebreid onderzoek, inspanningsonderzoek en ergometrisch onderzoek alsmede wat betreft de (conditie)begeleiding en de voorlichting aan de sporter. Het NISG heeft erkenningseisen voor SMA's opgesteld, waarin ondermeer minimum eisen worden gesteld aan de door de SMA's te leveren kwaliteit en het toestaan van kwaliteitscontrole, aan de toegankelijkheid, een op de doelgroep afgestemd aanbod van diverse activiteiten op het gebied van de sportgezondheidszorg zoals onderzoek, begeleiding en voorlichting, accommodatie, apparatuur en functionele bezetting.

Bij het streven naar een meer uniforme vastlegging van specifieke (medische) eisen voor de beoefening van daartoe aangewezen sporten is derhalve eveneens van belang dat aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van de toe te passen diagnostiek c.q. keuringsinstrumenten.

26 De arts die in opdracht van een derde een keuring doet stelt de sporter, op wie het onderzoek betrekking heeft, in de gelegenheid om mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen en, zo ja, of hij daarvan als eerste wenst kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

Deze mededeling beperkt zich tot het advies van de arts dat de sporter "geschikt", "ongeschikt" of "beperkt geschikt" (met vermelding van de voorwaarden waaronder) wordt bevonden om de betreffende (top)sport (nog langer) te beoefenen.

De sportkeuring kan op initiatief van de sporter zelf of in opdracht van een derde, bijvoorbeeld de sportbond, plaatsvinden.

Indien de keuring op initiatief van de sporter plaats vindt, zal de uitslag alleen aan de sporter worden meegedeeld. In geval van een keuring in opdracht van een derde dient de arts de sporter eerst in de gelegenheid te stellen de uitslag te vernemen en/of te beslissen of deze aan de opdrachtgever wordt doorgegeven. Dit is dwingend vastgelegd in artikel 464 lid 2 van de WGBO. Ook is het van belang dat

de sporter duidelijk wordt geïnformeerd over de inhoud en het doel van de keuring, de kosten(verdeling) van het onderzoek en de voorwaarden die daarbij gelden, zijn (wettelijke) rechten (zie hieronder), wie de eventuele opdrachtgever is (bij de keuring van zweefvliegers is dat bijvoorbeeld de Rijksluchtvaartdienst) en wat er met de keuringsuitslag gebeurt. Indien de keuring op verzoek van de sporter zelf plaatsvindt zal de keuringsarts zijn conclusies van het onderzoek aan de sporter zelf meedelen.

De keuringsgegevens moeten worden bewaard door de keuringsarts zolang als dat noodzakelijk is in verband met het doel van het onderzoek. Dit betekent dat een keuringsarts, die geen enkele bemoeienis meer heeft met de keuring nadat degene die opdracht heeft gegeven tot de keuring een definitieve beslissing heeft genomen, de keuringsgegevens kan vernietigen. Gebruikmaking van de keuringsgegevens op een later moment, bijvoorbeeld in het kader van de sportmedische begeleiding door dezelfde arts (derhalve voor een geheel ander doel dan de keuring), is alleen mogelijk met uitdrukkelijke toestemming van de sporter.

De resultaten van een keuringsonderzoek, dat gericht is op de oorzaken van een eventuele afwijking, vallen geheel onder het medisch beroepsgeheim en worden derhalve niet aan de opdrachtgever meegedeeld tenzij dit gebeurt met uitdrukkelijke toestemming van de sporter. Wanneer een afwijking bij de sporter wordt gevonden, kan het in bepaalde gevallen nodig zijn om, met informed consent van de sporter, de huisarts hierover te berichten opdat geëigende stappen kunnen worden ondernomen.

Deelname aan de keuring dient plaats te vinden op basis van vrijwilligheid. De sporter heeft het recht het onderzoek te weigeren indien dit een onevenredig zware belasting voor hem met zich meebrengt. Dit heeft zowel betrekking op de ingrijpendheid van bepaalde diagnostische methoden in verband met de grondwettelijk beschermde lichamelijke integriteit (proportionaliteit dat wil zeggen de te gebruiken middelen moeten in redelijke verhouding staan tot de gestelde doelen van de keuring) als de ingrijpendheid van de effecten van die methoden en de daardoor beschikbaar komende informatie (voor betrokkene en diens omgeving) in verband met de grondwettelijk beschermde persoonlijke levenssfeer. Met dat laatste wordt ondermeer gedacht aan genetisch onderzoek of de HIV-test. De Gezondheidsraad heeft in haar rapport "Erfelijkheid: Wetenschap en Maatschappij" van 1989 reeds aangegeven, dat erfelijkheidsonderzoek buiten de keuring moet worden gehouden. Alleen in het geval genetisch onderzoek plaatsvindt in het gezondheidsbelang van betrokkene, waardoor schade aan zijn gezondheid kan worden voorkomen, zou een uitzondering hierop volgens de Raad mogelijk zijn.

Naast het recht om te beslissen dat aan anderen de conclusies van het keuringsonderzoek niet worden meegedeeld, heeft de sporter het recht het onderzoek te weigeren of zich uit de keuring terug te trekken maar de hieraan verbonden consequenties zijn, voor rekening van de sporter. De keuringsarts kan in dat geval de reeds door hem vastgelegde gegevens vernietigen en verstrekt geen nadere inhoudelijke informatie aan de opdrachtgever of aan derden. Het lijkt wel redelijk om de sporter in die gevallen (alsnog) de kosten van de keuring te laten dragen. Van belang is dat hierover duidelijkheid bestaat voordat de keuring plaatsvindt teneinde latere misverstanden of verrassingen te voorkomen. Dat geldt ook voor een eventuele herkeuring, als second opinion, door een andere onafhankelijke (sport)arts. In de Gedragsregels voor artsen van de KNMG alsmede in de modelregeling Arts-Patiënt, welke in 1990 tussen KNMG en Landelijk Patiënten/Consumenten Platform werd overeengekomen, is dit recht van de keuring c.q. patiënt opgenomen. Overwogen kan worden om een onafhankelijke klachtencommissie in het leven te roepen voor ondermeer klachten over de wijze van uitvoering van keuringen, hetzij van de zijde van de arts (bijvoorbeeld over de ingrijpendheid van te gebruiken keuringsmiddelen of een verzoek tot herkeuring) hetzij van de zijde van de opdrachtgever.

Op basis van het door de arts verrichte keuringsonderzoek of op basis van via eerdere contacten met de sporter verkregen gegevens kunnen aanvullende medische gegevens van feitelijke aard bij de behandelend artsen van de sporter relevant zijn en opgevraagd worden. Daarvoor is wel de uitdrukkelijke toestemming van de sporter nodig. De informatie-uitwisseling dient ter voorkoming van dubbel, kostbaar en voor de sporter soms hinderlijk onderzoek.

27 De arts aanvaardt geen financiële beloning of geschenken die in onevenredige verhouding tot de gebruikelijke honorering staan.

In de beroepssport en de (amateur) topsport komt het voor dat artsen naast een basisinkomen evenals de sporters en de technische staf profiteren van een premiereregeling ingesteld door de betrokken sportbond, vereniging of individuele topsporters. De premiereregeling is dan gekoppeld aan het behaalde resultaat in de reguliere competitie, bepaalde wedstrijden of kampioenschappen. Soms geschiedt dit blijk van waardering achteraf middels een niet van te voren aangekondigde c.q. afgesproken geldelijk bedrag of geschenk.

Daar waar dit blijk van waardering in onevenredige verhouding staat tot de gebruikelijke honorering, dreigen de objectiviteit van het medisch handelen en de onafhankelijke positie van de arts in gedrang te komen.

Bij de herziening van de gedragsregels voor artsen van de KNMG is deze problematiek onderkend en is gedragsregel II 21 opgenomen:

De arts aanvaardt tijdens het leven van zijn patiënt geen geschenken die in onevenredige verhouding tot de gebruikelijke honorering staan.

En gedragsregel VI.1:

De arts aanvaardt van de industrie geen geschenken, tenzij deze een geringe waarde hebben en relevant zijn voor de uitoefening van de geneeskunde.

Ook de laatste zinsnede in artikel 7 van de WMA-verklaring is expliciet:

In competitive sports or professional sports events it is the physician's duty to decide whether the sportsman or athlete can remain on the field or return to the game, priority always being given to the best interests of the sportsmans or athletes health and safety and not to the outcome of the competition.

Het gevaar dreigt dat bij premiereregelingen de arts zich eerder zal laten leiden door het resultaat van een sportevenement voor zijn medisch handelen, zulks soms zelfs ten koste van de gezondheid (op lange termijn) van de sporter.

Bovenstaande gedragsregel heeft dan ook tot doel de objectiviteit van het medisch handelen en de onafhankelijke positie van de arts, ook in de toekomst, te waarborgen.

28 De arts signaleert - op basis van ervaring en beroepsmatig verkregen gegevens - gezondheidsbedreigende situaties bij sportbeoefening of training aan daarvoor verantwoordelijken met het doel de geconstateerde gezondheidsbedreiging te reduceren en waar mogelijk te elimineren.

Deze richtlijn heeft een overeenkomst met richtlijn 6 over schadelijke bijwerking van een behandeling. Voor de gebonden arts (bondsarts, clubarts, teamarts) is deze regel van betekenis in de belangenafweging tussen prestatie en (kans op) letsel. Training gebeurt vaak op de grens van de belastbaarheid van het menselijk lichaam. Bij een te zwaar trainings- of wedstrijdprogramma kan van de arts verwacht worden dat hij de trainer aanspreekt. Dit is ook het geval bij gevaarlijke trainingsvormen en/of oefeningen.

29 De arts verkrijgt en behoudt inzicht in de specifieke en mentale eisen, waaraan sporters blootstaan bij deelname aan sportactiviteiten.

Relevante aspecten in dit verband zijn:

- deskundigheid;
- doeltreffendheid en doelmatigheid;
- zorgvuldigheid;
- veiligheid.

Deze richtlijn is een samenvoeging van een onderdeel uit de WMA-verklaring en regel I.3 uit de Gedragsregels voor artsen. Terecht wordt door de WMA gewezen op de verantwoordelijkheid om inzicht te hebben in sportspecifieke eisen. In de gedragsregels wordt gewag gemaakt van het feit, dat de door de arts verleende zorg van goede kwaliteit dient te zijn. De genoemde relevante aspecten spelen daarbij een belangrijke rol. De arts werkzaam in de sport heeft de plicht om deze specifieke kennis en de daarbij behorende vaardigheden op peil te houden. Nascholing is hierbij noodzakelijk. Door inzicht te hebben in de sportspecifieke eisen zal de arts rekening kunnen houden met het sportniveau en de maatschappelijke implicatie bij de medische begeleiding en behandeling van de sporter. De eisen kunnen in conflict zijn met medische begeleiding en behandeling van niet-sporters met name door de snelheid van behandeling, die door de sporter gewenst wordt. Als een arts in conflictsituaties, bijvoorbeeld bij wachtlijsten of bij een beperkt budget, besluit om de sporter voorrang te verlenen boven een niet-sporter, dan moet hij dit kunnen motiveren. Indien de medische behandeling in strijd is met de reglementen in de sport, dan is de arts verplicht de sporter hiervan op de hoogte te brengen.

30 De arts is zich ervan bewust dat die takken van sport waarbij het opzettelijk (tijdelijk) uitschakelen van vitale lichaamsfuncties van de tegenstander direct bijdraagt aan het sportieve resultaat, strijdig zijn met belangrijke medische en ethische beginselen, juist wanneer zulks ook als zodanig door de reglementen toegestaan wordt.

Bij takken van sport zoals boksen en kickboksen is knock-out een gelegitimeerd wapen om de winst in een bokspartij te behalen. Bij een knock-out is er sprake van een beeld varierend van een kort durende bewustzijnsvernauwing tot een langduriger bewustzijnsverlies met verlies aan controle over het lichaam. Het anatomisch substraat varieert van een lichte hersenschudding tot een hersenkneuzing. Bij frequente letsels kan, ook indien deze letsels afzonderlijk niet ernstig zijn, toch blijvende schade aan de hersenfunctie ontstaan. In een deel van deze gevallen leidt de beschadiging tot handicaps in het maatschappelijk verkeer, bijvoorbeeld als er sprake is van geheugenverlies, onduidelijke spraak en gestoorde lichaams(voort)beweging ('dementia pugilistica' en parkinson-achtige verschijnselen).

De bokssport onderscheidt zich van takken van sport zoals judo en worstelen, doordat bij de laatste

sporten het hoofd geen aanvalsdoel is.

Sinds 1983 hebben zowel de Canadese, Amerikaanse, Britse en Australische artsorganisaties als de World Medical Association grote zorg geuit ten aanzien van gezondheidsrisico's die bokkers in hun sport lopen.

De Canadian Medical Association vroeg daarbij om een totaal bokksverbod en de commentaren in de Amerikaanse medische bladen tenderden in dezelfde richting. Ook een aantal specialistische artsorganisaties zoals de American Academy of Pediatrics, de Canadian Psychiatric Association en de American Academy of Neurology hebben zich op deze wijze uitgesproken. De WMA kwam op zijn 35e World Medical Assembly tot een aanbeveling het bokken te verbieden en stelde zolang dat ogenblik nog niet bereikt is een aantal strikte voorwaarden voor. Diverse aanbevelingen zijn gedaan en maatregelen zijn getroffen om met name het amateurbokken veiliger te maken.

De veiligheidsmaatregelen zijn te verdelen in 5 categorieën:

- materiaalaanpassing;
- opleiding en bijscholing van alle betrokkenen;
- intensieve medische controle en begeleiding;
- aanpassing van de spelregels en
- het creëren van de mogelijkheid van een goede medische opvang aan de ring en snel bereikbare, adequate neurochirurgische faciliteiten.

In de aanbevelingen van de WMA is reeds het dilemma zichtbaar waarvoor de arts zich geplaatst kan zien. Enerzijds gebiedt de wetenschappelijke kennis het bokken af te wijzen, maar anderzijds biedt de medische professie de mogelijkheid om gezondheidsschade te verminderen of te beperken. De WMA kiest - voorlopig - voor het laatste.

Ook op meer algemeen ethische gronden is het bokken discutabel. Met name de "leer van het dubbele effect" is van toepassing. Volgens deze leer mag een moreel te verwerpen effect (het tijdelijk uitschakelen) niet het middel zijn om een moreel aanvaardbaar effect te realiseren.

Er zijn derhalve meerdere gronden waarop de medische beroepsgroep bokken kan, en wellicht móet, afwijzen. Of deze afwijzing ook moet leiden tot een pleidooi bij de Nederlandse overheid om sporten als bokken **te verbieden** (in navolging van de WMA en andere artsorganisaties) valt buiten het kader van deze voor individuele artsen bedoelde Richtlijnen. De individuele arts kan in deze afweging uiteraard besluiten tot een vermindering van persoonlijke betrokkenheid bij de medische begeleiding van bokkers en/of boksevenementen.

Een vervolgvraag is wel, of de Nederlandse artsorganisatie(s) haar (hun) leden mag (mogen) of moet(en) verplichten tot individuele afwijzing van betrokkenheid bij sporten als bokken.

Omdat ervan uit gegaan moet worden, dat bokkers hun riskante sport - waarbij bewust lichamelijk geweld toegestaan is - uit vrije wil beoefenen, zijn de gedragsregels tegen betrokkenheid van artsen bij martelingen en executies niet van toepassing en dus niet behulpzaam bij het beantwoorden van de gestelde vervolgvraag.

Het beginsel van het "niet schaden" kan wel worden toegepast om een afwijzing van een hulpvraag te toetsen. Hierdoor kan wel een nieuw dilemma ontstaan, als namelijk geconcludeerd wordt dat wél op de hulpvraag van de individuele bokker ingegaan moet worden. Het nieuwe dilemma is dan dat de arts door het behandelen van individuele bokkers een immorele activiteit in stand houdt. Dit dilemma kan worden opgelost, of althans worden verminderd, als de arts waar en wanneer mogelijk zijn stem uitbrengt voor de beperking van schade. In concreto betekent het, dat de aldus betrokken arts zich beijvert om zowel primair-preventieve als secundair-preventieve maatregelen te bewerkstelligen en dat de arts op geen enkele wijze reclame maakt voor de bedoelde tak van sport.

31 De arts is verantwoordelijk voor de medische begeleiding van jeugdige sporters, helpt mee de ontwikkeling van het kind zowel somatisch als psycho-somatisch te bevorderen en helpt mee uitwassen van te intensieve sportbeoefening te voorkomen.

In deze gedragsregel wordt tot uitdrukking gebracht dat de taak van de arts bij de medische begeleiding van een jeugdige (top)sporter, zeer ruim gezien moet worden. De onderbouwing van dit standpunt, wordt gevonden in de negatieve gevolgen welke sport beoefening door en voor jeugdigen kan hebben. Bovendien spelen naast de arts ook de leidinggevendenden bij sportverenigingen en sportorganisaties in dit opzicht een rol. Er dient gezorgd te worden voor deskundige begeleiding en voorlichting. Coaches moeten met name goed opgeleid zijn en in ieder geval in staat zijn te kunnen signaleren wanneer een kind een hoge mate van stress ondervindt. Uiteraard geldt dit laatste ook voor de begeleidend arts.

Uitgangspunt zou moeten zijn dat kinderen "lol" aan hun sportbeoefening beleven. De medische begeleiding dient, waar mogelijk, in die richting te werken. Hoe jonger de sporter, hoe meer de ouders betrokken moeten zijn bij de medische begeleiding.

De arts die de begeleiding van minderjarige sporters verzorgt, wordt over deze betrokkenheid van de ouders/voogd bij de feitelijke medische behandeling of de geschiktheidsbeoordeling aan sportdeelname verwezen naar de toelichting bij Richtlijn 15 inzake 'Minderjarige sporter'.

Ter verdere toelichting is het van belang kennis te nemen van door de UNESCO in 1977 opgestelde "Bill of Rights of Young Athletes".

Deze "bill of rights" luidt als volgt:

- 1 The right to an opportunity to participate.
- 2 The right to participate at a level commensurate to ones development.
- 3 The right to have qualified adult leadership.
- 4 The right to participate in safe and healthy environments.
- 5 The right of each child to share in the leadership and decisionmaking at his sport-participation.
- 6 The right to play as a child and not as an adult.
- 7 The right to proper preparation for participation in the sport.
- 8 The right to an equal opportunity to strive for succes.
- 9 The right to have fun through sport.
- 10 The right to be treated with dignity by all involved

Al lange tijd wordt genuanceerd gedacht over de beoefening van topsport door jeugdigen. In de uit 1979 daterende nota "Topsport en Rijksoverheid" wordt gewezen op de ongunstige bijverschijnselen: "de eventuele te zware en eenzijdige belasting van jongeren, de extra risico's vanwege de sterke prestatie gerichtheid, het plegen van roofbouw door de jeugdsportbegeleiding maar evenzo door ouders, spelverruwing, het gebruik van doping waarbij zelfs aan kinderen anabole steroïden zijn voorgeschreven".

Bol concludeert in 1976 (en 1979) dat de combinatie jeugd en topsport gemakkelijk kan leiden tot onaanvaardbare situaties met min of meer ernstige gevolgen voor het kind. Niet alleen op het medische vlak maar ook op andere terreinen (niet goed functioneren op school bijvoorbeeld) kan de ontwikkeling van de jeugdige topsporter gevaar lopen. Niet alleen de beoefening van topsport door jeugdigen, maar ook de beoefening van "gewone sport" door jeugdigen dient met waarborgen omkleed te worden. Backx constateert in 1991 dat de totale blessure-omvang bij jeugdigen hoog is. De ernst van de blessures valt echter mee. Gepleit wordt voor meer aandacht voor preventie op technisch en organisatorisch niveau.

Het zou onjuist zijn alleen de negatieve aspecten van jeugd sportbeoefening te belichten: "Kinderen vinden het in de regel fijn en plezierig" (Backx et al, 1983).

Hutten concludeert in 1993, op grond van een literatuuronderzoek, dat "kinderen vóór de puberteit, mits onder goede begeleiding, meer voordelen dan nadelen ondervinden hun gezondheid ten gevolge van intensieve sportbeoefening". Voor een klein aantal kinderen blijkt intensieve sportbeoefening wel stressvol te zijn. Met name bleek dat het geval bij individuele sporten. Coaches zouden deze kinderen moeten opvangen maar blijken (volgens de onderzoekster) niet in staat deze kinderen eruit te pikken.

- 32 De arts die zich bezighoudt met medische begeleiding van en toezicht houdt op de sportbeoefening (bijvoorbeeld als toernooiarts of rondearts) heeft onder bepaalde omstandigheden het recht te beslissen of een sporter wel of niet aan een wedstrijd kan (blijven) deelnemen. Deze bevoegdheid geldt indien de betrokken sporter op dat moment niet in staat is tot een adequate beoordeling van zijn eigen gezondheidstoestand en van de omgeving en/of de gezondheidstoestand van de betrokken sporter een risico voor derden vormt.**

Bij gezondheidsproblemen is het gebruikelijk dat de arts de sporter en zijn trainer/coach adviseert ten aanzien van de geschiktheid om de wedstrijd te continueren of te hervatten. In principe is het de verantwoordelijkheid van de sporter om het gegeven advies al of niet te volgen. Er kunnen zich echter bijzondere situaties voordoen, waarbij de gezondheidstoestand van de sporter (een goede beoordeling van) een advies niet meer toestaat, dan wel dat de gezondheidstoestand van de sporter een risico voor derden in de sportsituatie gaat vormen. In deze gevallen moet de arts de beslissingsbevoegdheid hebben de sporter zijn sportbeoefening te laten staken.

Als voorbeelden van dergelijke situaties kunnen genoemd worden: hersentraumata met amnesiebeelden, epileptiforme insulden, reactieve psychosen.

Regel 7 van de WMA-verklaring kan op deze bijzondere situaties van toepassing gebracht worden:

In sportwedstrijden heeft de medicus de plicht om bij letsels (meer algemeen gezondheidsstoornissen) te beslissen of de sporter de wedstrijd wel of niet kan continueren of hervatten. Deze beslissing kan niet worden gedelegeerd. Bij afwezigheid van de medicus dienen zijn richtlijnen opgevolgd te worden, waarbij het belang van de sporter voorop staat en niet de uitslag van de wedstrijd.

Voor het overgrote deel van de sportletsels en contra-indicaties voor sportbeoefening zou een bevoegdheid tot eindbeslissing door de arts te ver gaan, dat wil zeggen dat dan voorbij gegaan wordt aan de eigen verantwoordelijkheid van de sporter die geldt na een goede informed consent procedure. In dit verband wordt verwezen naar richtlijn 15. Richtlijn 32 lost dan ook het vraagstuk van de medical shopping ten aanzien van negatieve sportadviezen niet op. De sporter zal in veel gevallen blijven zoeken naar de arts die toch een positief sportadvies geeft.

- 33 De arts werkt mee aan een in de sportregelgeving neergelegde, verplichte dopingcontrole voor sporters, indien hij hierbij in zijn beroepsuitoefening is betrokken en voor zover andere uit de gedragsregels en richtlijnen voortvloeiende plichten zich daartegen niet verzetten.**

De KNMG Gedragsregels voor artsen bieden weinig directe houvast voor deze richtlijn; wel de publicatie van Berkestijn et al.(1991) over het testen van werknemers op het gebruik van alcohol en drugs. Aan de hand van de enigszins vergelijkbare positie van de bedrijfsarts en de in de sport werkzame arts, is de bovenstaande richtlijn tot stand gekomen. Hierbij kunnen en moeten echter wel de volgende kanttekeningen worden gemaakt:

Kanttekening 1: In hoeverre kunnen en mogen sportregels, of de regelgeving in de sport, op één lijn worden gesteld, of vergeleken worden met wettelijke regels dan wel regelgeving?

Tussen beide categorieën van regelgeving bestaat een aanzienlijk verschil voor wat betreft de rechtskracht alsmede het rechtvaardigheidsgehalte. Bij sportregels betreft het immers regelgeving zoals opgesteld en vastgelegd door een private organisatie waarbij het democratische gehalte van de wijze

waarop deze regels tot stand zijn gekomen vaak gering is en er bovendien niet een direct rechterlijk toezicht op de correcte naleving, uitvoering en interpretatie van deze regelgeving bestaat. Het ligt voor de hand dat hieruit de conclusie getrokken wordt dat deze regelgeving van een lagere orde is dan de wetten waarnaar wordt verwezen. Hier kan echter tegenin worden gebracht, dat een private organisatie grondwettelijk het recht heeft eigen regels te stellen en een ieder die binnen deze organisatie zelf werkzaam is of in het veld dat door deze organisatie wordt bestreken, zich dus aan de betreffende regelgeving heeft te houden.

Kanttekening 2: De in deze richtlijn ingebouwde ontsnappingsclausule, "voor zover overige beroepsplichten zich er niet tegen verzetten", laat de mogelijkheid open dat een in de sport werkzame arts weigert medewerking te verlenen aan het uitvoeren van een dopingcontrole.

Het voorkomen van een bestaande dan wel vroegere relatie, of andere overwegingen kunnen aanleiding geven tot twijfel betreffende de mogelijkheid van de arts een onafhankelijk oordeel te vormen bij een controle of keuring. Andere overwegingen zoals beschreven in het artikel "Het testen van werknemers op het gebruik van alcohol en drugs - medisch-inhoudelijke, medische-ethische en juridische aspecten", kunnen eveneens voor een in de sport werkzame arts aanleiding vormen diens medewerking aan dopingcontroles te weigeren.

Hierbij kunnen in de eerste plaats medisch-inhoudelijke aspecten worden onderscheiden. Deze hebben betrekking op het doel van het controlebeleid, alsmede het bestaan van andere verklaringen, buiten het verboden gebruik van dopinggeduide middelen, voor het niet voldoen aan de voor de test vastgestelde uitgangspunten. Bovendien kan hierbij nog gedacht worden aan de betrouwbaarheid van de toegepaste controlemethoden. Recente wijzigingen in het IOC beleid met betrekking tot het bepalen van de testosteron-epitestosteron ratio geven aanleiding tot het plaatsen van kritische kanttekening bij de betrouwbaarheid van controle-uitslagen. Niet voor niets wordt in het voornoemde artikel gesteld "een arts die uitsluitend op grond van laboratoriumonderzoek diagnoses stelt, is gewoon slecht bezig".

Naast medisch-inhoudelijke worden ook medisch-ethische overwegingen naar voren gebracht. Deze hebben voornamelijk betrekking op de positie van de bedrijfsarts. Volgens de artsen is hierbij vooral van belang dat "de arts ten opzichte van degene die wordt begeleid, gehouden is aan de principes van de medische ethiek en wetgeving. Dit impliceert, dat een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, dan wel op de lichamelijke integriteit, door mee te werken aan verplicht geneeskundig onderzoek en daarmee verkregen gegevens aan derden ter beschikking te stellen, in principe niet geoorloofd is. Slechts in uitzonderlijke situaties kan hiervan worden afgeweken, bijvoorbeeld ingevolge de Arbo-Wet of wanneer een evident belang van derden in het geding is. Ten overvloede wordt hierbij nog opgemerkt dat "de afweging zoals die door de werkgever hier wordt gemaakt, niet een afweging is zoals die in de geneeskunde gebruikelijk is. Artsen maken wel vaker inbreuk op de persoonlijke levenssfeer of de lichamelijke integriteit, maar doen dat alleen indien zij daar expliciete toestemming voor hebben en indien de desbetreffende handeling strekt tot heil van het betrokken individu".

Tot slot worden juridische overwegingen besproken waarbij de nadruk ligt op het vereiste van "informed consent" alsmede het "beroepsgeheim" van de arts. Op grond van het bovenstaande komen de auteurs dan ook met de duidelijke conclusie dat: "zowel op medisch-inhoudelijke, medisch-ethische als op juridische gronden afwijzend moet worden gereageerd op het (routinematig) verplicht testen van werknemers op het gebruik van alcohol en drugs. Dit is in strijd met het in de Grondwet opgenomen algemene rechtsbeginsel van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de onaantastbaarheid van het lichaam. Het uitvoeren van een dergelijk testbeleid behoort niet tot het takenpakket van de bedrijfsarts, ook niet ingevolge de Arbo-wet: de bedrijfsarts is geen opsporingsbeambtenaar en heeft geen door de werkgever opgelegde controlerende taken.

Hoewel niet zondermeer alle conclusies van de auteurs in het voornoemde artikel direct van toepassing geacht kunnen worden op de positie van de arts werkzaam in de sport, kunnen de aangehaalde overwegingen wel degelijk argumenten opleveren voor de conclusie dat de "overige beroepsplichten" van de in de sport werkzame arts zich verzetten tegen het meewerken van de arts aan dopingcontroles.

Echter, in tegenstelling tot de bedrijfsarts, kan de in de sport in dienstverband werkzame arts wel controlerende taken opgelegd gekregen hebben van de werkgever. De "ontsnappingsclausule" in de stelling biedt echter voldoende mogelijkheden voor de in de sport werkzame arts om in voorkomende gevallen medewerking aan de dopingcontrole te kunnen weigeren.

- 34 De arts heeft de vrijheid van zijn mening inzake de dopingproblematiek - ongeacht of deze een positieve, danwel een negatieve houding inzake het gebruik van dopinggeduide (genees)middelen heeft - aan anderen blijk te geven. Dit mag niet op een voor de patiënten/sporters hinderlijke wijze geschieden en vooropgesteld dient te worden, dat dit hem er niet van weerhoudt elke patiënt/sporter ongeacht diens levensovertuiging die zorg te geven die voor deze het beste is en waarop deze recht kan doen gelden.**

De WMA-verklaring stelt in artikel 5 dat "de sportarts behoort de sporter en andere verantwoordelijk personen of instanties te informeren over ene naar zijn mening onjuiste handeling binnen de sportpraktijk. Bovendien dient hij zich te vergewissen van de opvatting van andere artsen en instanties inzake van zijns inziens onjuiste handelingen. Hierbij staat de bescherming van de sporter voorop, vooral wat betreft de druk van buitenaf om ongeoorloofde middelen toe te passen". De bewoordingen die in deze bepaling werden gekozen zijn niet helemaal gelukkig. "De sportarts behoort" kan zowel betekenen dat hij dit moet, als ook dat hij dit zou kunnen doen. Onduidelijk is of de arts wel als dopingbestrijder op mag treden. De beroepscode voor bedrijfsartsen stelt in artikel 7 (categorie 2) dat *de bedrijfsarts zal eventuele bestaande verschillen van inzicht over bedrijfsorganisatie, bedrijfsklimaat of bedrijfsfunctionarissen in het openbaar of ten overstaan van een aan zijn/haar zorg toevertrouwd individu op zakelijke wijze naar voren brengen.*

Hoewel uit de gekozen formulering afgeleid kan worden dat de in de sport werkzame arts als dopingbestrijder op mag treden, legt ook deze formulering teveel nadruk op een verplicht karakter betreffende de wijze waarop de kritiek wordt geuit als op de fundamentele vraag of kritiek mag worden geuit. Ook deze formulering spreekt zich niet duidelijk uit over het karakter van de rol van arts als dopingbestrijder. De WMA-verklaring suggereert dat de arts als dopingbestrijder op dient te treden, terwijl de Beroepscode meer zegt over de wijze waarop hij als dopingbestrijder op dient te treden. Gekozen is daarom voor de formulering die in artikel II.16 KNMG Gedragsregels is gebruikt. Hierin wordt duidelijk aangegeven dat de arts het recht heeft om als "dopingbestrijder" op te treden. Tegelijkertijd wordt ook duidelijk dat een in de sport werkzame arts met een tegengestelde opvatting deze evenzeer mag uiten. Van belang is vooral de zinsnede dat het optreden als "dopingbestrijder" niet op een voor de patiënten/sporters hinderlijke wijze geschiedt en het de arts er niet van zal weerhouden elke patiënt/sporter ongeacht diens levensovertuiging die zorg te geven die voor deze de beste is en waarop deze recht kan doen gelden. Duidelijk is dat de arts in zijn rol van dopingbestrijder kan worden beperkt door de rechten die de patiënt/sporter zelf heeft.

- 35 De arts doet slechts met toestemming van de sporter en op zeer zorgvuldige wijze uitlatingen in de media over de gezondheidstoestand van een bij hem onder behandeling zijnde sporter.
De bepalingen over het beroepsgeheim dienen hierbij uiteraard in acht te worden genomen.**

Het beroepsgeheim, de zwijgplicht, is wettelijk geregeld in het Wetboek van Strafrecht (art. 272). In de KNMG Gedragsregels voor Artsen wordt dit beroepsgeheim als zwijgplicht nader uitgewerkt (art. II.15): *De arts heeft - behoudens wettelijke uitzonderingen - de plicht te zwijgen ten aanzien van elke geheim waarvan hij weet, of redelijkerwijs moet vermoeden, dat hij uit hoofde van zijn beroep verplicht is het te bewaren.*

Het beroepsgeheim strekt ertoe dat de arts geheim houdt datgene wat de patiënt hem vertrouwelijk heeft medegedeeld of waarvan hij het vertrouwelijke karakter had moeten begrijpen. De achterliggende gedachte hierbij is dat niemand ervan wordt weerhouden zich tot een arts te wenden uit vrees voor bekendmaking van vertrouwelijke informatie dat wil zeggen uit vrees voor schending van zijn privacy. Dit is niet alleen een kwestie van het individuele belang van de patiënt maar ook een kwestie van algemeen belang, daarmee wordt bedoeld het belang van de samenleving.

In principe kan de patiënt de arts toestemming geven inlichtingen te verstrekken over zijn gezondheid. Die toestemming moet dan wel eerst gevraagd worden en wordt pas gegeven nadat uitvoerig overleg tussen arts en patiënt heeft plaats gevonden (KNMG Gedragsregels art. V.4). In bepaalde gevallen kan de arts, ook al heeft de patiënt zijn toestemming gegeven, besluiten de informatie toch niet openbaar te maken.

Welk belang dient de arts met het zonder overleg doen van uitlatingen over de gezondheid van de sporter daarbij zijn privacy schendend en hem daarbij wellicht ook nog op andere wijze schade toebrengend? Soms lijkt het erop dat de arts niet stil staat bij het feit dat hij gebonden is door zijn beroepsgeheim en zich op eenvoudige wijze laat verleiden door de aandacht die een automatisch gevolg is van het feit dat je een beroemde Nederlander onder behandeling hebt.

Een bijkomend aspect dat in het contact met de media naar voren komt, is het aspect van reclame. Te veel aandacht voor de arts persoonlijk, voor zijn praktijk of zijn behandelingsmethoden kan conflicterend zijn met art. V.2 van de Gedragsregels:

Het is een arts niet toegestaan eraan mede te werken dat derden reclame voor hem maken met de kennelijke bedoeling op wervende wijze op zijn beroepsuitoefening de aandacht te vestigen.

Bij het geven van medewerking aan interviews, het deelnemen aan bijvoorbeeld radio- of televisie-uitzendingen, het publiceren van medische of semi-medische artikelen in niet-wetenschappelijke tijdschriften of dagbladen, dient de arts zorgvuldigheid in acht te nemen en in ieder geval ieder persoonlijk reclame- of propaganda-element te vermijden....

36 Publiciteit door en voor artsen moet feitelijk, controleerbaar en begrijpelijk zijn. Publiciteit mag niet wervend zijn of dusdanig gevoerd worden dat bepaalde diensten of behandelmethoden van een arts worden vergeleken met die van met name genoemde of onmiskenbaar aangeduide collega's.

In de KNMG gedragsregels voor artsen (art. V.1) en gedragsregels van vergelijkbare beroepsgroepen (bijvoorbeeld van de KNMP, NMT) worden op overeenkomstige wijze grenzen gesteld aan het voeren van publiciteit. Publiciteit die door artsen zelf of door derden wordt gevoerd moet feitelijk zijn en moet dus niet een (be)oordelend karakter hebben. Met name kan hier gedacht worden aan de aandacht die de pers aan de arts, betrokken bij de medische begeleiding van de sporter, schenkt. De arts zal hier alert op moeten zijn en zal, indien mogelijk, de pers hierop moeten attenderen. De publiciteit moet niet wervend, (inhoudelijk) controleerbaar en voor de buitenwereld zijn te begrijpen (zie art. V.1).

4. VERKLARING VAN DE GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Arbo-wet = Wet op de arbeidsomstandigheden

BIG = de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg

GHI = Geneeskundige Hoofdinspectie

HIV-test = Test op de aanwezigheid van het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV), de veroorzakende ziekteverwekker van AIDS

IOC = Internationaal Olympisch Comité

KNMG = Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

KNMP = Koninklijke Nederlandsche Maatschappij der Pharmacie

NeCeDo = Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken

NISG = Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid

NMT = Nederlandse Maatschappij Tandheelkunde

NRV = Nationale Raad voor de Volksgezondheid

NVAB = Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

SMA = Sportmedisch Adviescentrum

UNESCO = United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

VSG = Vereniging voor Sportgeneeskunde

Wet BIG = Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg

WGBO = Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

WMA = World Medical Association

WPR = Wet Persoonsregistraties

5. LITERATUUR

Backx F.J.G., Smith A., en Erich W.B.M. Sportmedische ethiek en jeugd(top)-sport. Discussienota, NISGZ publ. nr. 4, Oosterbeek, 1983.

Backx F.J.G. Sport Injuries in Youth, Etiology and Prevention, dissertatie Universiteit Utrecht, 1991.

Beek E.J. van der. Vitamines en sport. In: Beek E.J. van der et. al. Sport en voeding ed. Samson Stafleu, Alphen a/d Rijn, 1988.

Beek E.J. van der. Vitamin supplementation and physical exercise performance. J Sports Sci. 9: 77-89, 1991.

Beek E.J. van der. Marginal deficiencies of thiamin, riboflavin, vitamine B6 en vitamine C prevalence and functional consequences in man, dissertatie Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1992.

Berkestijn Th.M.G. van, Dillmann Dr. R.J.M., Doppegieter R.M.S. Het testen van werknemers op het gebruik van alcohol en drugs - medisch-inhoudelijke, medisch-ethische en juridische aspecten. Medisch Contact: 439-442, 1991.

Bol F.A. Jeugd en topsport. Medisch Contact 1976: 547.

Bol F.A. Topsport en Rijksoverheid. Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1979.

Brouns F. Advances in Nutrition and Top Sport. Karger, Basel, 1991.

Brouns F. Nutritional needs of athletes, Wiley & Sons, Chichester, 1993.

Bucci L. Nutrients as ergogenic aids for sports and exercise. CRC Press, Boca Raton, 1994.

Clarkson, P.M. Minerals: exercise performance and supplementation in athletes. J Sports Sci 9: 91-116, 1991.

Dokkum W. van. De behoefte aan mineralen en spoor-elementen bij sporters. In: *Beek E.J. van et. al.* Sport en voeding, ed. Samson Stafleu, Alphen a/d Rijn, 1988.

Dörenberg M.A.J. De positie van de clubarts in het betaalde voetbal als bedrijfsarts. Scriptie Civiel Recht, Leiden, 1988.

Elliott T.S.J. Handboek voor het gebruik van perifere I.V. canules. Voor arts en verpleegkundige. Viggo-Spectramed AB. Helsingborg, Zweden, 1990.

Erp-Baart M. van. Food habit in athletes, dissertatie, Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1992.

Faro L.M.C. en Niessen L.M. "Met of zonder", een onderzoek naar de positie van de arts bij het gebruik van dopinggeduide middelen en de wenselijkheid van gedragsregels, Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken (NeCeDo), Oosterbeek (thans Rotterdam), 1993.

Fry R.W., Morton A.R., Keast D. Overtraining in athletes, an update Sports Medicine 12: 32-65, 1991.

Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Medische begeleiding beroepswielrenners,

rapport van een inspectie onderzoek, Rijswijk, oktober 1992.

Guglielmini C., Casoni L., Manfredini F. et. al. Reduction of Hb levels during the racing season in nonsideropenic professional cyclists. *Int. J. Sports Med.* 10: 352-356, 1989.

Hutten B. Intensieve sportbeoefening door kinderen vóór hun puberteit. Scriptie, Vrije Universiteit Faculteit Bewegingswetenschappen, Amsterdam, 1993.

Keizer H.A., Rogol A.D. Physical exercise and menstrual cycle alterations: what are the mechanisms? *Sports Medicine* 10: 218-235, 1990.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Modelregeling arts-patiënt, 1990.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Gedragsregels voor Artsen, 1984 herzien in 1994.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). KNMG-Consult: Arts en patiëntenrechten (brochure), Utrecht, 1995.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, 1994.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Veilig boksen. Rapport van de commissie veilig boksen, Rijswijk, 1987.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Nota bouwstenen, beroepscodes en gedragsregels, (Publ. 22/'88), Zoetermeer, 1988.

Nederlands Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Beroepscode voor Bedrijfsartsen, oktober 1989.

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Beroepsprofiel van de bedrijfsarts nieuwe stijl, (concept) 1995.

Staveren, H.T. van, Das M.J.G. Aspecten van strafrecht en geneesmiddelenrecht bij dopinggeduide middelen, in het bijzonder anabole steroïden, Kluwer, 1990.

UNESCO Bill of rights of the young athlete. UNESCO, 1979.

Vereniging voor Sportgeneeskunde(VSG)/Vakgroep Sportartsen. Nota gedragscode (Intern rapport van de Commissie Gedragscode). Oosterbeek: 1989.

Vereniging voor Sportgeneeskunde. "VSG naar het jaar 2000", Arnhem: 1990.

Vervoorn C. Neuro-endocrine aspects of exercise and training, Dissertatie, Universiteit Utrecht, 1992.

Voedingsraad. Rapport inzake sportvoedingspreparaten, Den Haag, 1986.

Wachter, M.A.M. Zonder doping? ethiek en dopinggebruik in de sport, 1984.

Wet van 8 november 1988 houdende regels inzake bloedtransfusie (*Wet inzake bloedtransfusie*), Staatsblad 1988, 546.

World Medical Association (WMA). Declaration on principles of health care for sportsmedicine. Adopted by the 34th World Medical Assembly, Lissabon: sept./okt. 1981. Een Nederlandse versie werd door de KNMG opgesteld in 1984 gepubliceerd: KNMG. "Medicus en sport, met name doping". *Medisch Contact* 1984: 1526-1527.

Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met opnemings van bepalingen

omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. (*Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO*). Staatsblad 1994, 838.

