

*TRAILING COAT-TAILS**KLIP-IN-DIE-BOS*

Sportgeneeskunde, Onkunde en Sport

P. J. SMIT

Sportgeneeskunde is lankal reeds 'n noodsaaklikheid in Suid-Afrika, en 'n leerstoel in sportgeneeskunde is in 1971 bepleit, nadat Suid-Afrika 'n waarnemer gestuur het na die Kongres van Olimpiese Geneeshere in Olimpia, Griekeland. Soos met baie verdienstelike sake, het die pleidooi min of meer op dowe ore geval, eenvoudig omdat die sukses van 'n argument afhang van die aantal kere wat dit herhaal word eerder as van hoe goed dit mag wees. Wie beskuldig ek, vra 'n vriend? Ten eerste myself, omdat ek nog nooit genoeg getorring het hieroor nie. Ten tweede my vriend wat my nie help torring het nie; eintlik my vriende. Ten derde die sportmanne en diegene in die professie wat die toestand nog altyd so gelate aanvaar het.

Die XXste Wêreldkongres vir Sportgeneeskunde het so pas in Melbourne, Australië, afgeloop. Dié kongres sit mens aan die dink, en die eerste wat getref het, was die uitstekende medewerking wat daar elders heers tussen geneeshere en liggaamlike opvoedkundiges, saamgesnoer in een gemeenskaplike sportgeneeskundige vereniging met fisioterapeute en basiese wetenskaplikes.

In Europa, waar daar oral gekwalifiseerde sportgeneeshere praktiseer, weet die algemene praktisyn dat hy sekere gevalle liefs na 'n sportgeneesheer moet verwys. Hier by óns het die algemene praktisyn nie so 'n spesialiteit nie. Omdat hy self gereeld vir die mediese koshuis se eerste span uitgedraf het, weet hy alles van sport en dus ook eintlik van elke tipe sportbesering—van branderplankry- tot skibeserings. En as hy iets nie weet nie, probeer hy maar iets wat hy ken—dalk werk dit.

Die liggaamlike opvoedkundige leer weer op universiteit van die werk van Astrand en Cooper (en

hy aanbid hulle), en probeer op sy eie so 'n bietjie navorsing doen waarvan nie 'n kwart publiseerbaar is nie, eenvoudig omdat hy dikwels by die beplanning en die uitvoering niemand gehad het om te raadpleeg wat werklik wéét nie, of geen kundige leiding gehad het by die opstel van 'n navorsingsverslag nie. Die praktisyn is so besig met sy pasiënte dat hy self selde of ooit enige navorsing wil aanpak. So bly ons dan 20 jaar of meer agter die VSA, Duitsland en Switserland, en 30 jaar agter Swede en Denemarke, en die agterstand word vererger deurdat daar so-te-sê geen medewerking tussen die dissiplines bestaan nie.

Ons het geen sportgeneeskundiges op ons rol nie, en as daar wel 'n verdwaalde gekwalifiseerde iewers rondloop, hoor ons selde of ooit van hom. Een praktisyn sê hy is bang om te gaan spesialiseer in sportgeneeskunde omdat daar gesê gaan word dat hy ander se pasiënte afrokkel. Wat moet die nie-medikus dáárvan dink?

Sommige sportafrigters in Suid-Afrika is bang om hul atlete na 'n praktisyn te stuur, want hulle voer aan dat baie praktisyns vergeet het om eers gesonde verstand, ys, kompressie en elevasie te gebruik voordat 'n gewrig met kortisoon oorsproei word. In die VSA het die professionele 'coach' deur lukraakmetodes vir hom 'n stelsel opgebou waardeur hy sy sportman kan behandel—en dit werk! Ernstiger gevalle word na 'n sportgeneesheer gestuur. Dog wat maak ons eie nie-professionele afrigters wat aangewese is op ondervinding wat in die eerste mediese koshuisspan opgedoen is?

En wat het van fisieke rehabilitasie van lyers aan degeneratiewe siektes geword? Ons maak dit mos sommer af met 'n 'daar's nog niks bewys nie'.

Enkele 'voortvarende' praktisyns besef dat van hul pasiënte aan hipokinese ly en beveel 'oefening' aan. Die pasiënt gaan na 'n 'gesondheidsateljee', word gewys hoe om 10 opdrukke, 10 roeibewegings en 10 diepkniebuigings uit te voer, en word dieselfde aand nog tot die Intensiewe Sorgeneheid toegelaat met koronêre trombose. (Dis 'n werklike geval, en daar is meer.)

Elders sou die praktisyn daarenteen 'n ergoloog hê ('n liggaamlike opvoedkundige of fisioterapeut wat spesiaal opgelei is om gegradeerde oefening uit te werk), na wie hy sy pasiënte kan verwys. Die internis of kardioloog stel enige beperkings, bv. 'n maksimum hartfrekwensie van 110 of 120, en die ergoloog voer die opdrag uit, hou toesig oor die oefening, en doen noodsaaklike waarnemings vir voorlegging aan die spesialiteit. Ergologiese behandeling word voortgesit totdat die pasiënt ergologies fiks is, d.w.s. aangepas het om fisieke arbeid van bepaalbare intensiteit te verrig. Nou word daar volgens die pasiënt se vermoë en aanleg (deur 'n sielkundige bepaal) 'n aantal sportsoorte voorgestel

(deur 'n sportterapeut bepaal, wat oefening, somatotype en sportaanleg ken). Uiteindelik kies die pasiënt een uit die voorgestelde sportsoorte waarvan hy hou, en word sodoende op die pad geplaas om sy habituele hipokinese te korrigeer. Waar nodig, word fisieke medisyne deur 'n geskikte spesialis voorgeskryf.

Of mortaliteit met so 'n program sal verbeter, is 'n vraag vir die statistikus. 'n Mens kan wel met 'n redelike mate van sekerheid sê dat ergologiese fiksheid tog verbetering in morbiditeit en produktiwiteit kan teweegbring, hoewel geen oefening natuurlik sal help as mens jou slaapgeselskap verkeerd kies, of by iemand gaan kuier wat die vorige dag pökkies opgedoen het nie.

Natuurlik is 'n ergologiese opset, soos geskets, by ons onmoontlik, omdat ons mos nie kan saamwerk sonder om bedreig te voel nie. Of is ons dalk bang ons leer iets van ander dissiplines wat, op stuk van sake, geen Hippokratiese eed onderskryf nie, maar tog ook hul morele en ander waardes het?