

# Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard

R. GROL  
A. CLAESSENS  
J. VAN DER VELDEN  
H. HEERDINK

In hoeverre werkten Nederlandse huisartsen volgens de standaard 'Enkeldistorsie' voordat deze standaard was uitgebracht? En welke factoren belemmeren het (gaan) werken volgens die standaard? Ter beantwoording van de eerste vraagstelling werden gegevens van de Nationale Studie van het Nivel geanalyseerd. Ter beantwoording van de tweede vraagstelling werd een enquête afgenoemt aan een aselecte steekproef van 320 huisartsen (respons 64 procent). In het bestand van de Nationale Studie werden 1366 episoden met de diagnose enkeldistorsie gevonden, met 2194 patiëntcontacten die op deze diagnose betrekking hadden. In bijna 80 procent van de consulten werd lichamelijk onderzoek verricht. Op episode-basis werd in 17 procent van de gevallen een foto gemaakt, in 9 procent van de gevallen verwezen naar de specialist en in 12 procent van de gevallen verwezen naar de fysiotherapeut. Ruim 60 procent van de huisartsen bleek op de hoogte van het bestaan van de standaard en ongeveer 50 procent zei de inhoud goed te kennen. Als belangrijkste problemen om volgens de standaard te werken, noemde men onvoldoende vaardigheid in het bandageren en het feit dat de patiënt nogal eens andere wensen heeft dan de arts en vaak direct naar de eerste hulp of de fysiotherapeut gaat.

Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 30-4.

Prof. dr. R.P.T.M. Grol, coördinator Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde KUN-RL; A.A.M.C. Claessens, arts, Nivel; J. van der Velden, arts, Nivel; H. Heerdink, socioloog, NHG.

Correspondentie: Prof. dr. R.P.T.M. Grol, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

## Inleiding

Om de huisartsgeneeskundige zorg op een bepaald terrein op het peil van de NHG-standaarden te brengen, dient men een goede indruk te hebben van zowel de feitelijke zorg (de mate waarin wordt afgeweken van de standaard) als de factoren die werken volgens de standaard belemmeren. Deze laatste factoren kunnen divers zijn en hebben te maken met zowel kennis, vaardigheden en attitude van de huisarts als praktische, organisatorische en situationale omstandigheden.<sup>1,2</sup> Inzicht in deze factoren kan helpen de invoering van standaarden te richten op de feitelijke problemen in de kwaliteit van de zorg.

Enkeldistorsie is een van de meest voorkomende blessures. *Van Galen & Diederiks* schatten op grond van een telefonische enquête onder bijna 25.000 huishoudens, dat er jaarlijks 2,7 miljoen sportblessures zijn, waarvan 43 procent medisch wordt behandeld; in 22 procent van de gevallen zou het om een enkelblessure gaan.<sup>3</sup>

De standaard 'Enkeldistorsie', verschenen in 1989, vraagt van de huisarts een centrale rol in de diagnostiek en behandeling van enkeltrauma's. Hij dient het beleid in eigen hand te houden, foto's alleen te laten maken ter bevestiging van een gediagnoseerde fractuur en bij voorkeur zelf te bandageren.<sup>4</sup> Het vermoeden bestaat dat veel patiënten onnodig de polikliniek bezoeken, dat er veel overbodige foto's worden gemaakt en dat te veel patiënten voor behandeling en begeleiding bij de fysiotherapeut terechtkomen in plaats van door de huisarts begeleid te worden. In het onderzoek van *Van Galen & Diederiks* bleek het percentage patiënten dat voor een enkelblessure de huisarts bezocht, lager dan het percentage dat direct naar een andere hulpverlener (EHBO, specialist, fysiotherapeut) was gegaan.<sup>3</sup>

Gegevens over de feitelijke zorg van de huisarts op het gebied van enkeldistorsie ontbreken grotendeels. In de vier CMR-praktijken van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werden in de jaren 1987-1989 584 gevallen van enkeldistorsie gediagnoseerd (incidentie 1,6 procent).

Daarvan ging 24 procent rechtsstreeks naar de eerste hulp, bij 10 procent werd een foto gemaakt, 8 procent kreeg een verwijzing naar de specialist en 7 procent een verwijzing naar de fysiotherapeut [persoonlijke mededeling W.J.H.M. van den Bosch]. Hieruit krijgt men de indruk dat een belangrijk deel van de zorg voor dit probleem zich buiten de huisartspraktijk afspeelt. Het gaat hier echter om gegevens uit enkele geselecteerde praktijken.

Om de feitelijke zorg en problemen bij het werken volgens de NHG-standaard in de huisartspraktijk op grotere schaal in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van twee verschillende databronnen: gegevens van de Nationale Studie van het Nivel en gegevens uit een landelijke enquête onder huisartsen. De vraagstellingen waren:

- in hoeverre werkten Nederlandse huisartsen volgens de standaard 'Enkeldistorsie' voordat deze standaard was uitgebracht?
- welke factoren belemmeren het (gaan) werken volgens die standaard?

## Methode

### Onderzoek naar het feitelijk handelen

In de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'<sup>5</sup> van het Nivel zijn gegevens verzameld in een aselecte steekproef van 103 huisartspraktijken met 161 huisartsen en 335.000 patiënten. In deze praktijken werden gedurende drie maanden op speciale registratieformulieren per contact alle klachten, diagnoses en interventies geregistreerd. Gedetailleerde gegevens over anamnese en lichamelijk onderzoek werden niet verzameld. Gezamenlijk geven deze praktijken een goed beeld van de aangeboden problemen en het feitelijk handelen gedurende een heel jaar (periode 1987-88). Controle op de betrouwbaarheid van de zelfregistratie vond plaats door middel van papieren patiënten en door steekproefgewijs controleren van 10 procent van de zelfregistratieformulieren, terwijl alle ziekte-episoden zijn gecontroleerd.

De Nationale Studie bevat in totaal 1366 episoden met de diagnose enkeldistorsie (ICPC-code L77) en 2194 patiëntcontacten die op deze episoden betrekking hadden.

Analyse van deze gegevens vond plaats op episodeniveau (foto's, verwijzingen, beleid, voorlichting) en op contactniveau, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen eerste contacten en vervolgcontacten. Tevens werd de relatie tussen het handelen van de huisarts en enkele achtergrondkenmerken van patiënt en huisarts bestudeerd.

### Onderzoek naar ervaren belemmeringen

Om de acceptatie van de NHG-standaarden te peilen worden met enige regelmaat schriftelijke enquêtes onder aselecte steekproeven van huisartsen gehouden.<sup>6</sup> Daarin worden ook door huisartsen ervaren problemen om de standaarden te volgen geïnventariseerd. De enquête over de stan-

daard 'Enkeldistorsie' vond plaats in januari 1990 onder 500 huisartsen. De respons was 64 procent (n=320). In de enquête werden de volgende vragen gesteld:

- Is de huisarts op de hoogte van het bestaan en de inhoud van de standaard enkeldistorsie?
- Hoe staat de huisarts tegenover enkele richtlijnen uit deze standaard?
- Welke problemen ziet de huisarts bij het (gaan) werken volgens de standaard?
- Hangt op de hoogte zijn van of de houding ten aanzien van de standaard samen met kenmerken van huisarts of praktijk?

Vergelijkt men de respondenten met de landelijke populatie van huisartsen, dan ziet men een oververtegenwoordiging van NHG-leden (62 procent versus 55 procent landelijk). Qua leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad was er weinig verschil.

## Resultaten

### Onderzoek naar het feitelijk handelen

Enkeldistorsie kwam relatief meer voor bij mannen dan bij vrouwen, met name in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar (*tabel 1*). In de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder waren de vrouwen in de meerderheid. Bij standaardisatie naar leeftijd bleek dit verschil echter weg te vallen.

Van de 2194 contacten met enkeldistorsie-patiënten had 59 procent betrekking op een eerste contact, 39 procent op een vervolgcontact en 2 procent op een recidiefcontact. De contacten vonden hoofdzakelijk in het kader van het reguliere spreekuur plaats (79 procent); 13 procent werd 'even tussendoor' afgehandeld, in 7 procent van de gevallen vond een visite plaats en de rest verliep telefonisch of is onbekend (*tabel 2*).

Ten behoeve van de *diagnostiek* werd in 79 procent van de contacten lichamelijk onderzoek van enkel of voet verricht. In 17 procent van de episoden met de diagnose enkeldistorsie werd een röntgenfoto van de enkel of de voet gemaakt. Patiënten ouder dan 45 jaar kregen aanzienlijk minder vaak een foto dan jongere patiënten (*tabel 3*). Door solistisch werkende huisartsen en door huisartsen in de grote steden werden relatief weinig foto's aangevraagd.

**Tabel 1** Leeftijd en geslacht van patiënten met enkeldistorsie. Afgeronde kolompercentages.

	Man (n=728)	Vrouw (n=638)	Totaal (n=1366)
0 - 14 jaar (n=223)	14	19	16
15 - 44 jaar (n=895)	75	55	64
> 44 jaar (n=248)	11	25	18

**Tabel 2** Aard van het contact. Afgeronde percentages.

	Eerste contact (n=1288)	Herhaal- contact (n=859)	Recidief (n=47)	Totaal (n=2194)
Vrij spreekuur	15	12	15	14
Afspraak	59	73	72	65
Tussendoor	18	7	13	13
Visite	6	7	—	6
Overig	2	1	—	1

**Tabel 3** Verwijs- en aanvraaggedrag bij enkeldistorsie en kenmerken van patiënt en huisarts. Percentages.

	Foto	Specialist	Fysio- therapeut
<b>Leeftijd patiënt</b>			
0 - 14 (n=223)	15	8	5
15 - 44 (n=895)	18*	11	14**
> 44 (n=248)	12	11	14
<b>Praktijkvorm</b>			
solo (n=457)	12	14	13
duo (n=537)	21**	7**	13
groep/centrum (n=375)	16	7	11
<b>Urbanisatie</b>			
ruraal (n=521)	16	9	10
suburbaan (n=583)	18	9	11*
urbaan (n=265)	13	12	18

Verschil significant \*\* p < .01; p\* < .05.

Kijkt men naar het *beleid* van de huisarts (*tabel 4*), dan valt een diversiteit aan handelingen op. In ongeveer de helft van de gevallen is volgens de huisartsen voorlichting over de klacht en over de behandeling

**Tabel 4** Beleid bij enkeldistorsie. Afgeronde percentages (n=1366 ziekte-episoden).

Geruststellen	19
Voorlichting over klacht/aandoening	47
Voorlichting over beleid	50
Advies	
– aankijken	10
– rust	16
Medicatie (met/zonder recept)	34
Zwachtelen/tapen	59

dus de inhoud van deze standaard en de daarin gegeven adviezen (nog) niet. Jongere huisartsen, leden van het NHG en huis-

artsen die ooit hebben deelgenomen aan onderlinge toetsing, waren significant beter op de hoogte van de standaard (*tabel 7*).

**Tabel 5** Vervolgafspraken bij enkeldistorsie. Afgeronde percentages (n=2194 contacten).

	Totaal (n=2194)	Eerste (n=1335)	Vervolg (n=859)
Geen afspraak	26	27	23
Niet terugkomen	9	7	12
Terugkomen bij geen verbetering	32	39	23
Opbellen	3	3	4
Terug binnen week	21	19	25
Terug binnen 3 weken	8	5	13
Terug binnen 3 maanden	1	–	–

**Tabel 6** Verwijzen bij enkeldistorsie. Percentages (n=1366 episoden).

	Chirurg/orthopeed	Fysiotherapeut
Totaal	9	12
Nieuw	7	8
Verlenging	0,6	1
Achteraf	1,4	0,3
Onbekend	–	2,7

**Tabel 7** Kennis van de standaard enkeldistorsie en achtergrondkenmerken van de huisarts. Percentages.

	Kennis van standaard	
<i>Leeftijd huisarts</i>		
< 39 jaar	(n=125)	71
40 - 49 jaar	(n=134)	62***
> 49 jaar	(n=61)	48
<i>Lid NHG</i>		
– ja	(n=198)	76***
– nee	(n=122)	41
<i>Deelname toetsing</i>		
– NUHI ja	(n=58)	82***
nee	(n=262)	59
– O & O ja	(n=51)	82***
nee	(n=269)	59
<i>Praktijkvorm</i>		
– solo	(n=176)	61
– duo	(n=83)	54*
– groep/centrum	(n=61)	80

Verschil significant \*\*\* p < .001, \* p < .05

Hetzelfde geldt voor huisartsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

Gevraagd naar de mening over enkele essentiële richtlijnen in de standaard, bleek de meerderheid van de huisartsen het daar in grote lijnen mee eens (*tabel 8*). Een probleem vormde voor een deel van de huisartsen het zelf behandelen van rupturen en het bandageren.

De huisartsen werd verder gevraagd naar ervaren of te verwachten problemen bij het (gaan) werken volgens de standaard (*tabel 9*). De belangrijkste problemen hebben betrekking op het gegeven dat patiënten zich soms niet wensen te voegen naar de richtlijnen van de standaard. Ze gaan uit zichzelf naar het ziekenhuis of de fysiothe-

rapeut, en twijfelen nogal eens aan de vakbekwaamheid van de huisarts. Verder is het feit dat veel huisartsen niet of niet goed kunnen bandageren, een belemmering.

Op basis van een factoranalyse (varimax rotatie) kan men de problemen globaal clusteren in:

- problemen die te maken hebben met de invloed van anderen op de werkwijze van de huisarts (invloed van patiënten, specialisten, fysiotherapeuten);
- problemen die te maken hebben met kenmerken van de huisarts of diens praktijk, zoals gebrek aan kennis of vaardigheid, wetenschappelijke twijfel of praktische belemmeringen.

Wat betreft de situationele belemmeringen (*factor 1*) bleek dat huisartsen in de steden

deze significant vaker noemden dan huisartsen op het platteland (61 versus 33 procent,  $p<0.0001$ ).

### Beschouwing

Conclusies uit de bevindingen van de twee onderzoeken moeten met enige voorzichtigheid worden getrokken. De gegevens van de Nationale Studie zeggen alleen iets over het handelen van de huisarts bij gepresenteerde enkeldistorsies in de huisartspraktijk en bieden geen inzicht in het gedrag van patiënten bij enkelproblemen. In de CMR-gegevens en het onderzoek van *Van Galen & Diederiks* wordt de indruk gewekt dat de huisarts in veel gevallen gepasseerd wordt.<sup>3</sup> De lage cijfers in de Nationale Studie voor verwijsskaarten achteraf zeggen derhalve waarschijnlijk weinig. Nader onderzoek naar het gedrag van patiënten bij enkeltrauma is gewenst.

Een andere beperking kan zijn dat de gegevens in de Nationale Studie over het aanvragen van röntgenfoto's, verwijzingen naar chirurgen en orthopeden en behandelingen niet betrouwbaar gerelateerd kunnen worden aan een diagnostische noodzaak. De zelfregistratie kan verder hebben gezorgd voor enige onbetrouwbaarheid van de gegevens met betrekking tot voorlichting geven aan patiënten. De landelijk enquête onder huisartsen tenslotte geeft uitspraken van huisartsen weer, geen feitelijk gedrag.

Desondanks bieden de gegevens uit beide onderzoeken bruikbare aanknopingspunten voor het opsporen van probleemgebieden, niet alleen in de kwaliteit van het handelen bij enkeldistorsie, maar ook in de richtlijnen van de standaard:

- Aangezien na twee keer publikatie in *Huisarts en Wetenschap* waarschijnlijk niet meer dan de helft van de huisartsen kennis heeft genomen van de inhoud van de standaard, zullen ook andere kanalen benut moeten worden om huisartsen te benaderen. Met name een persoonlijke benadering via de reguliere, lokale instellingen op het gebied van opleiding en deskundigheidsbevordering komt dan in aanmerking. Vooral huisartsen die geen NHG-lid zijn of actief deelnemen aan toetsing en nascho-

**Tabel 8 Houding ten aanzien van enkeldistorsierichtlijnen. Percentages (n=320).**

	Mee eens	Werk al zo
Huisarts sluit zelf via onderzoek fractuur uit	89	89
Stressfoto's zijn overbodig	83	80
Enkelbandrupturen worden door de huisarts behandeld	62	62
Bij zwelling eerst enkele dagen rust	92	91
Hematoom en voldoende ontzwelling: bandage gedurende enkele weken	91	80
Huisarts bandageert zelf	73	50

**Tabel 9 Invoeringsproblemen standaard enkeldistorsie (n=320, percentages, factoranalyse varimax rotatie)**

Problemen	Ja	Factoranalyse	
		I	II
Patiënten gaan vaak direct naar het ziekenhuis	83	.60	.05
Patiënten komen vaak met andere wensen	69	.67	.17
Patiënten twijfelen aan vakbekwaamheid huisarts	60	.76	.09
Specialisten wijzen op belang foto i.v.m. mogelijke fractuur	60	.09	.41
Ik kan (nog) niet bandageren	54	.08	.52
Fysiotherapeut heeft patiënt vaak al in behandeling	53	.68	.04
Collegae handelen anders	38	.40	.14
Wetenschap is er (nog) niet helemaal uit	36	.10	.53
Legt extra beslag op weekenddienst	28	.11	.58
Heb onvoldoende kennis van anatomie en pathologie om zelf te behandelen	24	.03	.70
Heb vaste afspraken met de fysiotherapeut	22	.10	.44
Verandering van beleid geeft onrust	11	.21	.38

ling, vormen de doelgroep van deze activiteiten.

• Deskundigheidsbevordering zou zich in de eerste plaats dienen te richten op het vergroten van de diagnostische vaardigheden van de huisarts. De resultaten doen vermoeden dat er waarschijnlijk veel onnodige foto's worden gemaakt. In meer dan 20 procent van de gevallen besteedde de huisarts verder de diagnostiek of de behandeling uit aan andere hulpverleners. De verwachting is dat dergelijke percentages kunnen dalen als huisartsen zich zekerder in hun oordeel voelen. Een punt van aandacht zal dan ook het leren van een bandagetechniek moeten zijn, die gemakkelijk in het normale consult kan worden ingepast. Dit betekent dat zo'n methode niet langer dan 5-10 minuten in beslag mag nemen.

• Gezien de belangrijke rol van patiënten in het beslissingsproces rond het enkeltrauma is voorlichting over de standaard, zowel in de landelijke massamedia als lokaal en individueel door de huisarts (folder), een eerste prioriteit. De verwachting is dat een dergelijke 'market-pull-strategy' op indirekte wijze een grote invloed op de routines in de gezondheidszorg kan hebben.<sup>7</sup> Huisartsen vinden dat zij veel ten onrechte gepasseerd worden bij enkeltrauma's. Het gaat echter te ver de oorzaak daarvan alleen in de schoenen van patiënten en andere hulpverleners te schuiven. De huisarts zal ook zelf moeten laten zien dat hij de eerst verantwoordelijke kan en wil zijn.

• Het is daarom duidelijk dat een stan-

daard die adviseert dat de huisarts de diagnostiek en het beleid bij enkeldistorsies in eigen hand moet houden, niet kan slagen als er geen duidelijke afstemming op lokaal en regionaal niveau is tussen huisarts enerzijds en collega-huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en fysiotherapeuten anderzijds. Dit speelt in het bijzonder een rol in de steden, waar huisartsen de problematiek van de patiënt die de huisarts passeert, ook als erger ervaren. Het verkrijgen van onderlinge afstemming en het ontwikkelen van werkafspraken is een nieuw, vaak nog gevoelig terrein. Huisartsen kunnen dit terrein met de standaard in de hand exploreren.

#### Literatuur

- <sup>1</sup> Grol R, Tielens V, Mokkink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. *Huisarts Wet* 1988; 31: 392-7.
- <sup>2</sup> Grol R, Zwaard A. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering van huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.
- <sup>3</sup> Van Galen W, Diederiks J. Sportblessures en de huisarts. *Practitioner* 1990; ter perse.
- <sup>4</sup> Van den Bosch WJHM, Coumans RHM, Verkerk S, Van Weert H, Sips AJBI. Enkeldistorsie [Standaard]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 182-5; 523-6.
- <sup>5</sup> Van der Velden J, Foets M. De huisarts onderzocht. De nationale studie naar ziekten en verrichtingen. Utrecht: Nivel, 1990.
- <sup>6</sup> Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 494-7.

<sup>7</sup> Smith R. The roots of innovation. *Br Med J* 1987; 295: 1335-8. ■

#### Abstract

**Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Quality of care in ankle sprains and strains: implementation of a standard. Huisarts Wet** 1991; 34(1): 30-4.

Data from the Nivel National Study were analysed to determine to what degree general practitioners actually followed the standard 'Ankle Sprains and Strains' of the Dutch College of General Practitioners. In this study all activities in a random selection of 103 practices with 330,000 patients were recorded. 1366 episodes with the diagnoses of ankle sprain or strain referring to 2194 patient contacts were found. In most consultations (almost 80%), the patient was examined. An X-ray was made in 17% of cases. 9% were referred to a specialist and 12% to a physiotherapist.

In another study, a questionnaire was sent to a random selection of general practitioners (n=320, 64% response). Over 60% of the doctors knew of the existence of the standard 'Ankle Sprains and Strains' and approximately 50% claimed to know the content well. The most important problems in following the standard were named as insufficient skill in bandaging and the fact that the patient sometimes has other wishes than the doctor and often goes straight to a physiotherapist or to a casualty department.

**Keywords** Ankle; Family practice; Morbidity; Quality assurance.

**Correspondence** Prof. dr. R.P.T.M. Grol, Nijmegen University Department of General Practice, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.