

Acuut knieletsel: naar de huisarts of naar de eerste hulp?

H.M. SMEETS

Gedurende een jaar registreerden 49 huisartsen en de eerstehulp-artsen van het VU ziekenhuis de gepresenteerde acute knieletsels bij patiënten van 16-60 jaar. Bovendien werd aan de betreffende patiënten – 137 bij de huisartsen en 319 bij de eerste hulp – een vragenlijst over het letsel en de hulpverlening meegegeven. De respons van beide patiëntengroepen bedroeg respectievelijk 81 en 73 procent. Tussen beide groepen is geen verschil naar de ernst van de gestelde diagnosen (respectievelijk 22 en 24 procent ernstige letsels). De keuze van de hulpverlener hing niet samen met de ernst van het letsel. De huisarts zag bijna alle patiënten overdag, terwijl 58 procent van de patiënten op de eerste hulp buiten kantooruren kwam. De overgrote meerderheid van de huisartspatiënten had tot de volgende dag gewacht met hulp zoeken, terwijl de EH-bezoekers meestal direct waren gekomen. De situatie waarin de ongevallen waren gebeurd, maakte geen verschil, maar de patiënten op de eerste hulp beoordeelden hun letsel als ernstiger en waren bovendien gemiddeld minder tevreden met de geboden hulp.

Smeets HM. Acuut knieletsel: naar de huisarts of naar de eerste hulp? *Huisarts Wet* 1992; 35(12): 454-7.

Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, VU ziekenhuis, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam, telefoon: 020-548.3300.

Drs. H.M. Smeets, gezondheidszorgonderzoeker.

Het onderzoek is begeleid door de werkgroep 'Sportletsels', bestaande uit: E. David, radiodiagnost, S. Faber, huisarts, A. Hamel, huisarts, P. Patka, traumatooloog, H. Rijswijk, fysiotherapeut en R. Stadt, fysiotherapeut.

Inleiding

Huisarts en eerstehulp-afdeling hebben in de spoedeisende medische hulpverlening complementaire functies: patiënten die niet worden opgevangen door de huisarts, komen binnen op de eerste hulp van het ziekenhuis. De laatste jaren groeit, zeker in de grote steden, de toeloop naar de eerstehulp-afdeling (EH-afdeling) en het aantal behandelingen neemt gestaag toe. Veel patiënten vragen echter hulp voor niet-urgente problemen, die de huisarts ook zou kunnen afhandelen.¹⁻⁶

Van alle patiënten die als gevolg van een trauma bij de huisarts of op de EH-afdeling komen, heeft 50 tot 60 procent een letsel van het bewegingsapparaat.⁷⁻¹² Het acute knieletsel heeft hierbinnen een belangrijk aandeel. In principe behoeven echter alleen zeer ernstige knieletsels een snelle specialistische behandeling; de overige letsels kunnen door de huisarts worden behandeld.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

- Hoe zijn de populaties die met een acuut knieletsel naar de huisarts dan wel naar de EH-afdeling gaan, samengesteld naar de aard van het knieletsel?
- Hoe zijn de populaties die met een acuut knieletsel naar de huisarts dan wel naar de EH-afdeling gaan, samengesteld naar patiëntkenmerken?
- Welke factoren ten aanzien van het ongeval en de patiënt beïnvloeden de keuze voor de huisarts of de EH-afdeling?

Methode

Het onderzoek is van medio september 1989 tot medio september 1990 uitgevoerd bij de EH-afdeling van het VU ziekenhuis en in 49 huisartspraktijken in Amsterdam (n=28), Haarlem (n=10), Amstelveen (n=4) en een aantal tussenliggende gemeenten (n=7). Een deel van de huisartsen registreerde de helft van deze periode.

Alle artsen kregen vooraf een instructie over de diagnostiek van acute knieletsels. Daarbij werd het volgende onderscheid gemaakt:

- *Lichte letsels*: self-limiting klachten, surmenageverschijnselen, contusie, distorsie en collateraal bandletsel.

- *Ernstige letsels*: kruisbandletsel, meniscusletsel en kraakbeen- en/of botfractuur.¹³

De indeling van de diagnosen is vooraf getest op de EH-afdeling. De specifieke diagnosen van acute knieletsels bleken daarbij goed te passen binnen de aangegeven categorieën.

Tijdens het onderzoek registreerden de artsen de acute knieletsels bij patiënten van 16-60 jaar. Verder werden vastgelegd: geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, benevens enkele gegevens over het consult en de verwijzing.

De patiënten werd gevraagd thuis een vragenlijst in te vullen met vragen over het ongeval en de hulpverlening. Ook werd gevraagd op vijfpuntsschalen de ernst van het letsel en de tevredenheid over de verkregen hulp aan te geven. Niet-responderende patiënten kregen tot tweemaal toe een rappel met een nieuwe vragenlijst.

Mogelijke verschillen zijn getoetst met de Chi-kwadraattoets; verschillen in leeftijd, de ingeschatte ernst van het letsel en de tevredenheid over de hulpverlening zijn getoetst met de T-toets.

Resultaten

De huisartsen leverden 137 bruikbare registratieformulieren, de EH-artsen 319. In gesprekken met huisartsen kwam naar voren dat er sprake moest zijn van onderrapportage, maar de omvang hiervan is om praktische redenen niet nagegaan. Bij de EH-afdeling is achteraf een steekproef van acute knieletsels uit de administratie getrokken. Hierbij werd een onderrapportage van 48 procent vastgesteld. De verdeling van de diagnosen in de steekproef en in de verzameling gerapporteerde letsels verschilden niet significant ($p=0,19$).

Van de patiënten van de huisartsen retourneerden er 111 (81 procent) hun vragenlijst, van de patiënten van de EH-afdeling 232 (73 procent). De non-respondenten wijkten qua leeftijd en geslacht niet af van de totale respondentengroep.

Aard knieletsels

Ten aanzien van de verdeling naar lichte en ernstige diagnosen is er geen verschil tussen de huisartsen en de EH-afdeling (tabel 1).

Tabel 1 Diagnosen acute knieletsels bij huisarts en eerstehulp-arts. Percentages.

	Huisarts n=137	Eerstehulp n=319
<i>Lichte letsels</i>		
– selflimiting klachten	12	1
– surmenage-letsel	6	3
– contusie	18	39
– distorsie	23	25
– collateraal bandletsel	18	4
Totaal	76	72
<i>Ernstige letsels</i>		
– kruisbandletsel	4	3
– meniscusletsel	16	17
– fractuur	2	4
Totaal	22	24
Geen diagnose	2	4

Tabel 2 Verwijzingen naar (poli)kliniek en röntgenafdeling van acute knieletsels bij huisarts en eerstehulp-arts. Percentages.

	Huisarts n=137	Eerstehulp n=319
<i>Lichte letsels</i>		
– (poli)kliniek	9	28
– röntgenafdeling	2	2
<i>Ernstige letsels</i>		
– (poli)kliniek	12	22
– röntgenafdeling	3	–

Tabel 3 Kenmerken van patiënten en van consulten in de huisartspraktijk (n=137) en de EH-afdeling (n=319) bij acute knieletsels. Percentages.

	Huisarts n=137	Eerstehulp n=319	p
Vrouwen/mannen	30/70	40/60	0,048
Ziekenfonds/particulier	64/36	71/29	0,15
Overdag/avond-nacht-weekend	99/01	42/58	<0,001
Verwijzing/eigen initiatief	7/93	5/95	0,55
<i>Leeftijd in jaren</i>			
16-25	34	46	0,012
26-35	36	32	
36-45	17	14	
46-60	13	8	
<i>Consulttijd in minuten</i>			
<10	16	27	<0,001
10-15	74	48	
>15	10	25	

Binnen de groep lichte letsels stelden de huisartsen relatief vaak een 'self-limiting klacht' en 'collateraal bandletsel' vast; EH-artsen diagnostiseerden vaker een contusie ($p < 0,01$). De verdeling binnen de groep ernstige letsels verschilt niet tussen beide groepen.

Het percentage verwijzingen naar de tweede lijn verschilt sterk tussen de huisartsen en de EH-afdeling (tabel 2, $p < 0,001$). Dat kwam vooral doordat de EH-afdeling veel meer patiënten met een licht letsel naar de polikliniek of kliniek verwees dan de huisarts; de verwijzingen rechtstreeks naar de röntgen-afdeling verschilden niet.

Patiëntkenmerken

Uit tabel 3 blijkt vrouwen met een acuut knieletsel vaker op de EH-afdeling kwamen dan op het spreekuur van de huisarts. Patiënten van 16-25 jaar waren oververtegenwoordigd op de EH-afdeling. De verzekeringsvorm maakte nauwelijks verschil.

De huisartsen zagen vrijwel alle patiënten overdag en in 4 procent van de gevallen legden zij daartoe een visite af. De eerste hulp ontving 58 procent van de patiënten 's avonds, 's nachts of in het weekend. De huisartsen van de patiënten die overdag of buiten kantooruren een beroep op de EH-afdeling deden, bleken even vaak te praktiseren in de directe omgeving van het VU ziekenhuis als in verder weg gelegen gebieden. De consulttijd bij de huisarts bedroeg bij driekwart van de knieletsels 10 à 15 minuten; op de EH-afdeling was dit bij de helft van de consulten het geval.

Vrijwel alle patiënten hadden hun keuze tussen huisarts en EH-afdeling op eigen initiatief gemaakt; 5 procent van de patiënten kwam naar de EH-afdeling, nadat eerst de huisarts – al dan niet telefonisch – was geconsulteerd.

Keuze factoren

Ten aanzien van de *situatie* waarin het ongeval zich voordeed, was er geen verschil tussen de patiënten die naar de huisarts gingen en de patiënten op de EH-afdeling (tabel 4).

Het *tijdstip* waarop de patiënten het ongeval kregen, maakte wél verschil: bij de patiënten op de EH-afdeling gebeurde het ongeval vaker in de nacht of ochtend.

De patiënten die naar de EH-afdeling kwamen, deden dat meestal kort na het ongeval; degenen die naar de huisarts gingen, deden dat vaak pas de volgende dag of later. Ongevallen die 's avonds gebeurden, werden door de huisarts veel vaker gediagnostiseerd als ernstig letsel dan door de EH-afdeling ($p < 0,01$).

Slechts driekwart van de patiënten ging rechtstreeks naar de huisarts of EH-afdeling; 12 procent was eerst bij een EH-afdeling langs geweest alvorens de huisarts te bezoeken en 8 procent van de patiënten op de EH-afdeling had eerst contact gehad (of gezocht) met de huisarts. De overigen kregen op het sportterrein of elders al hulp.

De keuze voor huisarts versus EH-afdeling werd in beide groepen vooral ingegeven door de wens de best mogelijke hulp te krijgen. De twee groepen verschilden van elkaar wat betreft het tweede motief: respectievelijk de beoordeelde *ernst* van het letsel en het *snel* kunnen krijgen van hulp.

De patiënten van de EH-afdeling vonden hun letsel gemiddeld een categorie ernstiger dan die van de huisarts (tabel 5). De patiënten van de huisarts waren tevredener over de verkregen hulp dan degenen op de EH-afdeling (tabel 5). Verbanden tussen de tevredenheid van de patiënten en de ernst van de diagnose waren niet aanwezig.

De patiënten van de huisarts meldden dat 14 procent was verwezen naar een fysiotherapeut; van de patiënten op de EH-afdeling was eveneens 14 procent verwezen naar de eerste lijn (huisarts of fysiotherapeut).

Beschouwing

In de huisartspraktijken werden gemiddeld 3,9 acute knieletsels per praktijk geregistreerd. Dat komt overeen met een incidentie van 1,7 per 1000 patiënten per jaar, terwijl de landelijke incidentie ongeveer het dubbele bedraagt. Dit verschil kan echter voor een belangrijk deel worden verklaard uit onderrapportage en uit het feit dat 22 praktijken <2000 patiënten telden. Het gevonden aandeel van de ernstige knieletsels onder de acute knieletsels spoort in ieder geval redelijk met de 17 procent die in het Transitieproject werd gevonden.¹⁴ Vermoedelijk zal selectie dan

Tabel 4 Kenmerken van ongevalssituatie en hulpgedrag van patiënten met een acuut knieletsel bij huisarts en EH-afdeling. Percentages.

	Huisarts n=111	Eerstehulp n=232	P
<i>Ontstaan knieletsel</i>			
– in/rond huis	13	13	0,52
– buiten/verkeer	30	32	
– tijdens sport	52	46	
– tijdens werk	5	9	
<i>Tijdstip ongeval</i>			
– nacht	1	7	0,003
– ochtend	13	19	
– middag	55	40	
– avond	31	34	
<i>Hulp gekregen</i>			
– direct	4	37	<0,001
– na enige uren	12	37	
– een dag later	40	19	
– langer daarna	44	7	
<i>Allereerst hulp gezocht bij</i>			
– huisarts	78	8*	<0,001
– EH-afdeling	12	76	
– EH-sportplaats	7	14	
– anders	3	2	
<i>Motieven hulpkeuzet</i>			
– ernst van letsel	40	27	0,02
– afstand tot hulp	17	20	0,38
– tijdstip van ongeval	10	21	0,21
– snel krijgen hulp	15	34	0,003
– krijgen beste hulp	48	40	0,18

* 7 procent hiervan trachtte hulp bij de huisarts te zoeken, maar bereikte hem niet.

† Aankruisen meer motieven was mogelijk.

Tabel 5 Inschatting van ernst over het acuut knieletsel en tevredenheid over de hulpverlening van patiënten bij huisarts en EH-afdeling. Percentages.

	Huisarts n=111	Eerstehulp n=232	P
<i>Ingeschatte ernst</i>			
– niet ernstig	27	13	<0,001
– een beetje ernstig	36	27	
– ertussenin	26	30	
– ernstig	10	26	
– zeer ernstig	1	4	
<i>Tevredenheid hulp</i>			
– zeer tevreden	58	43	0,016
– redelijk tevreden	35	39	
– middelmatig	4	12	
– weinig tevreden	1	5	
– ontevreden	3	2	

ook geen rol van betekenis hebben gespeeld, en zijn de specifieke diagnoses die huisartsen en EH-afdeling hebben gesteld, goed vergelijkbaar.

De ernst van acute knieletsels verschilde niet, en huisartsen en eerstehulp-artsen werden in gelijke mate geconfronteerd met het hele scala aan letsels. Het hoge percentage lichte knieletsels op de EH-afdeling bevestigt dat veel niet-urgente problematiek wordt behandeld op een plaats die speciaal is ingericht voor spoedeisende hulp.⁴ Daarbij wordt op de EH-afdeling door verwijzing van veel lichte knieletsels een overmaat aan specialistische hulp in gang gezet.

Dit onderzoek geeft geen steun voor het idee dat financiële overwegingen de gang naar de huisarts zouden afremmen. Wel wordt duidelijk dat de eerstehulp-functie van de huisarts buiten kantooruren geen rol van betekenis speelt in een stedelijke omgeving; de patiënten anticiperen min of meer op een geringere bereikbaarheid van de huisarts. Wil de huisarts dit terrein terugwinnen, dan zal de bereikbaarheid van zijn hulp buiten kantooruren beter geregeld moeten worden.⁶

De belangrijkste factoren om te kiezen voor de EH-afdeling lijken het tijdstip van het ongeval en de wens snel hulp te krijgen, omdat het letsel relatief ernstig lijkt. De patiënten van de huisarts zijn echter tevredener en ervaren de eerste hulp van de huisarts blijkaar als effectief. Kennelijk is het nodig de patiënt te stimuleren bij spoedeisende gevallen in principe naar de huisarts te gaan en niet naar de EHBO.^{8 15} In dat kader zouden EH-afdelingen er goed aan doen patiënten eerder naar de huisarts dan naar een specialist te verwijzen.

Literatuur

- 1 Creutzberg CL, Jansen PP, Merkelbach JW. EHBO-bezoek: eerste- of tweedelijns karakter? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 73-6.
- 2 Van Duin BJ, Garnier FPM. Eerste-hulp-bezoek in Amsterdam-West. *Huisarts Wet* 1992; 35: 350-1.
- 3 Engelenburg JL. De LAT-relatie tussen huisarts en EHBO: Medische hulpverlening buiten kantooruren. *Med Contact* 1988; 43: 17-8.
- 4 Krishnadat JR. Eerste hulp bij acute ongevallen huisarts tot last. *Med Contact* 1985; 40: 495-7.
- 5 Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren: hinken op twee gedachten. *Med Contact* 1987; 42: 1611-2.
- 6 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota spoedeisende medische hulp. Zoetermeer, 1990.
- 7 Peeters MPJM, Vierhout WPM. Spoedeisende gevallen: aard en omvang van de hulpvraag op een EHBO-afdeling in Maastricht. *Med Contact* 1987; 42: 1147-9.
- 8 Sixma H. EHBO in Almere. Een inventariserend onderzoek naar de EHBO-voorziening in en rondom Almere. Utrecht: Nivel, 1987.
- 9 Tenk M, Van Binsbergen JJ, Kamma H. Ongevallen: huisarts en de afstand tot het ziekenhuis. *Huisarts Wet* 1989; 32: 125-7.
- 10 Branbergen HCT. EHBO door de huisarts. Eerste hulp in Avereest. *Med Contact* 1990; 45: 1251-3.
- 11 Van Montfoort GLM, et al. Ongevallen in Nederland; een onderzoek naar privé-, verkeers-, sport- en bedrijfsongevallen in de periode augustus 1986-augustus 1987. Amsterdam: Stichting Consument & Veiligheid, 1988.
- 12 Mackenbach JP, Van Beeck EF. De epidemiologie van ongevallen in Nederland: verleden, heden en toekomst. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1991; 69: middenkatern 5-9.
- 13 David E, et al. Protocol, onderzoek van een acuut knieletsel. Amsterdam: VU ziekenhuis, 1989.

¹⁴ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.

¹⁵ Sixma H. EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lage Land Ziekenhuis. Utrecht: Nivel, 1990. ■

Abstract

Smeets HM. Acute knee injury: to consult the general practitioner or seek first aid? *Huisarts Wet* 1992; 35(12): 454-7.

Forty-nine general practitioners and the first-aid physicians of the Free University Hospital recorded during one year acute knee injuries of patients 16-60 years of age. These patients, 137 from the general practitioners and 319 from the first-aid department, received a questionnaire about their reasons for seeking assistance. Responses were received from 81 percent of the first group and 73 percent of the second. General practitioners and first-aid physicians arrived at similar diagnoses: 22 and 24 percent, respectively, were injuries considered severe by the two groups of physicians. The choice of assistance sought was not related to the seriousness of the injury. The general practitioner saw almost all patients during the daytime. More than half the number of patients (58 percent) seen by first-aid departments asked for help outside office hours, and 84 percent of general practitioners' patients waited until the next day before asking for help. There was no difference between the situations in which accidents occurred, but patients seeking first aid assessed their injury as more serious and, on an average, were less satisfied with the help offered than were patients seeing the general practitioner.

Key words Family practice; First aid.

Correspondence H.M. Smeets MA, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, VU ziekenhuis, PO Box 7057, 1007 MB Amsterdam, The Netherlands.