

Behandeling en verloop van niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit

Een vergelijkend onderzoek tussen huisarts en sportarts

F Baarveld, GC van Enst, J Schuling, HEP Bosveld, B Meyboom-de Jong

Inleiding

Het maatschappelijke belang van sport is enorm. Miljoenen Nederlanders beleven elke week veel plezier aan deze vrijetijdsbesteding, die ook economisch belangrijk is. Lichaamsbeweging vermindert de medische consumptie, leidt tot minder arbeidsverzuim en verhoogt de productiviteit.¹ Als men de gunstige effecten van sportbeoefening vergelijkt met de – rechtstreekse en indirecte – kosten van sportgerelateerde problemen, dan levert de sportbeoefening een ruimschoots voordelig saldo op. De economische winst door sport en bewegen is berekend op € 725 miljoen per jaar.² Daartegenover staan de sportblessures – tegenwoordig met een ruimere term veelal ‘sportgerelateerde problemen’ genoemd –, die in Nederland in beperkte mate worden gemonitord.³ De huisarts ziet in de meeste gevallen als eerste de sportgerelateerde problemen waarvoor medische behandeling nodig is.⁴ Patiënten met een dergelijk probleem willen graag zo snel mogelijk van

hun klachten verlost worden zodat ze weer kunnen sporten. In de toekomst zal de huisarts meer oudere patiënten op het spreekuur krijgen met niet-acute sportgerelateerde problemen, omdat vooral vrouwen van middelbare en oudere leeftijd steeds vaker recreatiesporten beoefenen. Ons is geen registratie bekend van deze niet-acute sportgerelateerde problemen.

Sedert 1993 zijn in Nederlandse ziekenhuizen sportartsen werkzaam, naar wie huisartsen kunnen verwijzen. Na het voltooien van de vierjarige vervolgoopleiding zijn sportartsen degenen die als specialist beschouwd mogen worden voor patiënten met sportgerelateerde problemen. Om de discussie onder sporters en artsen over de juiste diagnose en het goede behandelplan te kunnen staven onderzochten wij de volgende vraagstellingen, uitgaande van de nulhypothese dat huisarts en sportarts gelijk handelen:

- ▶ Verschillen de behandelingen van de huisarts respectievelijk de sportarts, werkzaam in een huisartsgeneeskundige setting,

Samenvatting

Baarveld F, Van Enst GC, Schuling J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. Behandeling en verloop van niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit. Een vergelijkend onderzoek tussen huisarts en sportarts. *Huisarts Wet* 2006;49(4):187-91.

Inleiding Mensen met sportgerelateerde problemen die medische behandeling behoeven, gaan in Nederland meestal eerst naar de huisarts. De sportarts, die een vierjarige vervolgoopleiding voltooid heeft, geldt als specialist voor deze problemen. Daardoor kunnen de juiste diagnose en het behandelplan voorwerp van discussie worden onder sporters en artsen. Om die discussie te onderbouwen onderzochten wij of de behandeling door een huisarts bij het eerste contact voor niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit verschilt van de behandeling door een sportarts. Tevens onderzochten wij of de uitkomsten van beide behandelingen verschillend zijn.

Method Wij verrichtten een vergelijkend gerandomiseerd onderzoek in drie regio's in Noord-Nederland, waarbij 83 huisartsen en 3 sportartsen patiënten behandelden met niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit. Wij volgden de patiënten gedurende een jaar met schriftelijke enquêtes.

Resultaten Het onderzoek omvatte 231 patiënten, van wie er 120 door de huisarts werden behandeld en 111 door de sportarts. De sportarts gaf meer adviezen en uitleg, de huisarts verwees meer patiënten naar de fysiotherapeut. Wij vonden geen verschil tussen de beide groepen patiënten wat betreft sportverzuim, arbeidsverzuim en tevredenheid over het plan van aanpak.

Conclusie De behandeling die de huisarts geeft aan niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit verschilt enigermate van die van de sportarts: de huisarts verwijst patiënten vaker naar de fysiotherapeut; de sportarts geeft meer uitleg en advies. Voor zover het de uitkomstmaten betreft (sportverzuim, arbeidsverzuim en tevredenheid) kwamen er geen verschillen tussen beide groepen naar voren.

Universitair Medisch Centrum Groningen, Faculteit der Medische Wetenschappen, Huisartsopleiding, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen: dr. F. Baarveld hoofd huisartsopleiding; dr. J. Schuling, huisarts; H.E.P. Bosveld, methodoloog; prof.dr. B. Meyboom-de Jong, emeritus hoogleraar; Isala Klinieken: dr. G.C.van Enst, sportarts.
Correspondentie: f.baarveld@med.umcg.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bij het eerste contact ten behoeve van niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit?

- ▶ Verschillen de uitkomsten van de behandelingen door de huisartsen respectievelijk de sportartsen?

Methodie

Onderzoeksopzet

Wij hebben een gerandomiseerd onderzoek opgezet naar niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit. Daarbij vergeleken wij het handelen van de huisarts met het handelen van de sportarts die werkzaam was in een huisartsgeneeskundige setting.

In dit interventieonderzoek werd de patiënt toegewezen aan de huisarts of aan de sportarts.

Definitie

Het begrip 'sportblessure' is tegenwoordig vervangen door het begrip 'sportgerelateerd probleem', dat een ruimere definitie heeft. Naast sportblessures omvat het ook problemen die niet tijdens of door sportactiviteiten zijn ontstaan, maar waarmee de patiënt wel naar de huisarts gaat omdat sportverzuim (onderdeel van) de hulpvraag is.^{2,5}

Uitkomstmaten

Als primaire uitkomstmaat in dit onderzoek namen wij de periode van sportverzuim. Op het moment dat de patiënt de huisarts bezocht, had deze veelal al gedurende een kortere of langere periode niet, of minder, aan sport kunnen doen. Zulk verzuim laat zich bij niet-acute sportgerelateerde problemen niet goed uitdrukken in een vaste eenheid, zoals weken of percentages. Om die reden namen wij als uitkomstmaat de verhouding tussen het verzuim op het moment van insluiting in het onderzoek en het verzuim een jaar later. Powerberekening geeft aan dat er 120 patiënten in beide groepen nodig zijn om een significant verschil aan te tonen tussen 70% en 85% minder sportverzuim in deze periode.

Er waren twee secundaire uitkomstmaten: arbeidsverzuim en tevredenheid. Voor het arbeidsverzuim hanteerden wij de volgende maatverdeling: geen afwezigheid op het werk, afwezigheid van minder dan een week, van een week tot een maand, van één tot drie maanden, van drie tot zes maanden of van meer dan zes maanden. Tevredenheid deelden wij op in twee items: tevredenheid over het plan van aanpak en tevredenheid over de mate van sportherstel. De deelnemers konden beide items scoren op een schaal van 1 (ontevreden) tot 10 (tevreden).

Artsen

Wij wilden voorkomen dat alleen in sport(geneeskunde) geïnteresseerde huisartsen zouden participeren. Daarom benaderden wij 101 huisartsen, werkzaam in 17 huisartsgroepen (HAGRO's) in drie regio's in Noord-Nederland (Heerenveen, Zwolle en Groningen). In totaal toonden 83 huisartsen, werkzaam in 15 HAGRO's, zich bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Aangezien er in

Wat is bekend?

- ▶ Lichaamsbeweging vermindert de medische consumptie.
- ▶ Sport en bewegen leveren een grote economische winst op.

Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen verwijzen driemaal zo veel patiënten met een niet-acute sportgerelateerd probleem van de onderste extremiteit door naar de fysiotherapeut als de sportarts.
- ▶ Sportartsen geven meer uitleg en advies aan patiënten.
- ▶ Het sportverzuim, het arbeidsverzuim en de tevredenheid van patiënten die door de huisarts behandeld werden verschilden niet van die van patiënten die door de sportarts behandeld werden.

Noord-Nederland op dat moment slechts 3 sportartsen (gedeeltelijk) intramuraal werkzaam waren, moest het aantal deelnemende sportartsen tot dit aantal beperkt blijven.

Insluitcriteria

De insluitcriteria waren: een nieuw sportgerelateerd probleem van de onderste extremiteit, dat minimaal twee weken bestond op het moment dat de patiënt de huisarts bezocht.

Randomisatie

Indien een patiënt voldeed aan de insluitcriteria, medewerking had toegezegd en deze bevestigd had door middel van een *informed consent*, trok de praktijkassistente van de huisarts een gesloten enveloppe waarin vermeld werd wie de aangewezen behandelaar was: óf de huisarts óf de in die regio werkzame sportarts. De aangewezen sportarts ontving de patiënt in de huisartsenpraktijk, in de week van diens eerste bezoek aan de huisarts – in dat geval beëindigde de huisarts het consult. Na het eerste contact noteerde de behandelend arts personalia, anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnose en behandeling op een registratieformulier. Voor de behandelingsmogelijkheden hanteerde de arts gesloten antwoordcategorieën. Na het eerste consult vulde ook de patiënt een registratieformulier in.

Patiënteninclusie

De registratie vond in elk van de drie regio's plaats gedurende een periode van ongeveer zes maanden, tussen september 2000 en mei 2002. Deze drie perioden sloten op elkaar aan, zodat de registratie een doorlopende periode van anderhalf jaar beslaat en het effect van seizoensinvloeden is ondervangen.

Aan de patiënten werd één, drie, zes en twaalf maanden na insluiting een vervolgenquête toegestuurd; zo nodig volgde na twee weken een reminder. De gevraagde informatie had betrekking op het verloop: veranderingen van het beleid, sportverzuim, arbeidsverzuim, tevredenheid en inzicht in het probleem.

Analyse

Nadat een onderzoeksassistent de gegevens had ingevoerd en een andere onderzoeksassistent ze had gecontroleerd, werden zij

verwerkt in SPSS 11. Daarbij maakten wij gebruik van de chikwa-draattoets, de Mann-Whitney-toets, de Fisher-exact-toets en de t-toets voor onafhankelijke groepen. De tevredenheid beoordeelden wij met de multivariate variantieanalyse (MANOVA) voor herhaalde metingen. Omdat wij verwachtten dat een aanzienlijk aantal huisartsen slechts één patiënt toegewezen zou krijgen, hebben wij afgezien van een multilevelanalyse. Er is tweezijdig getoetst met een significantieniveau van 0,05.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bevatte in totaal 231 patiënten, gerandomiseerd in een huisartsengroep (n=120) en een sportartsengroep (n=111). Beide groepen verschilden niet significant in leeftijd, geslacht, body mass index en andere patiëntkenmerken (tabel 1). In het kader van het onderzoek wezen 59 van de 83 huisartsen patiënten toe aan zichzelf. Van deze 59 huisartsen zagen er 25 slechts één patiënt. Slechts een enkele patiënt weigerde deel te nemen aan het onderzoek.

Uit tabel 2 blijkt dat de door beide groepen gestelde diagnoses enigszins verschillen. De respons op de vervolgenquêtes voor beide groepen (huisarts en sportarts) nam enigszins af. Na één maand bedroeg deze 98,3% respectievelijk 99,1%; na 12 maanden 90,0% respectievelijk 90,9% (figuur 1).

Verloop

Inclusief het eerste consult ziet de huisarts de patiënt gemiddeld 1,6 keer tegenover gemiddeld 2,0 contacten voor de sportarts, een significant verschil ($p < 0,007$). De huisartsen hadden met 8% van de patiënten binnen drie maanden een vervolcontact op afspraak; de sportartsen met 31% (figuur 2). Bij 11% (huisarts) respectievelijk 25% (sportarts) van de patiënten was na twaalf maanden een recidive opgetreden zonder dat zij daarvoor opnieuw de huisarts bezochten.

Behandeling

De huisarts verrichtte gemiddeld 3,0 interventies per patiënt, tegenover de sportarts 3,8. De huisarts verwees meer patiënten naar de fysiotherapeut. Uit tabel 3 blijkt dat de sportartsen vaker dan de huisartsen oefenadviezen gaven en meer uitlegden over de periode van herstel en de trainingsopbouw in de herstelfase. De sportartsen, die in de setting van het onderzoek op de stoel van de huisarts zaten, verwezen de patiënt ook vaker door naar een deskundige op het gebied van sportgerelateerde problemen.

Tabel 1 Kenmerken van de patiëntenpopulatie, in procenten tenzij anders vermeld

	Huisartsengroep (n=120)	Sportartsengroep (n=111)
Gem. leeftijd, in jaren (spreiding, SD)	33,0 (11-75, 13,6)	32,6 (8-77, 13,8)
Man	70	64,9
BMI, kg/m ² (SD)	23,6 (3,2)	23,7 (4,7)
Lateralisatie:		
- linkszijdig	41,7	44,2
- rechtszijdig	45,8	40,5
- beiderzijds	12,5	15,3
Lokalisatie:		
- bovenbeen	4,2	4,5
- knie	41,7	40,5
- onderbeen	15,0	13,5
- enkel	22,5	19,0
- voet	10,8	13,5
- rest (heup, lies)	5,8	9,0
Zelfde blessure opgetreden in jaar voor aanmelding?	27,6	28,3
Andere blessure opgetreden in jaar voor aanmelding?	24,4	21,5
Sport in georganiseerd verband	73,6	73,1
Soort sport:		
- prestatief	35,0	37,8
- recreatief	52,5	54,1
- niet bekend	12,5	8,1
Sportverzuim:		
- geen	31,7	30,6
- < 1 week	6,7	6,3
- 1 week-1 maand	25,0	32,4
- 1-3 maanden	21,7	14,4
- 3-6 maanden	9,1	9,1
- > 6 maanden	5,8	7,2

Tabel 2 ICPC-diagnosen van niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit (percentages)

Diagnose	ICPC	Huisartsengroep (n=120)	Sportartsengroep (n=111)
Symptomen of klachten van de tractus locomotorius	L01 t/m L29	20,0	9,0
Infectieziekten van het bewegingsapparaat	L70	0,8	-
Verstuiking, distorsie (inclusief sprain)	L77 t/m L79	16,7	6,3
Zweeps slag, strain, surmenage van spieren	L81	10,8	16,2
Artrose	L89 t/m L91	1,7	1,8
Osteochondropathieën	L94	4,2	13,5
Letsel van kruisbanden of collaterale banden, gecombineerd letsel van kruisbanden, collaterale banden en menisci	L96	6,7	0,9
Overige 'kniediagnosen': chronisch inwendig letsel, oud meniscusletsel, instabiele knie	L97	1,7	14,4
Pes planus	L98.02	1,7	0,9
Bursitis	L99.01	0,8	0,9
Tendinitis, tendinopathie	L99.02	19,2	16,2
Retropatellaire chondropathie, patellofemorale syndroom	L99.07	5,0	-
Fasciitis plantaris	L99.08	2,5	0,9
Specifieke diagnosen†	L99.x	8,4	18,0
Likdoorn	S20	-	0,9

HB: houdings- en bewegingsapparaat.

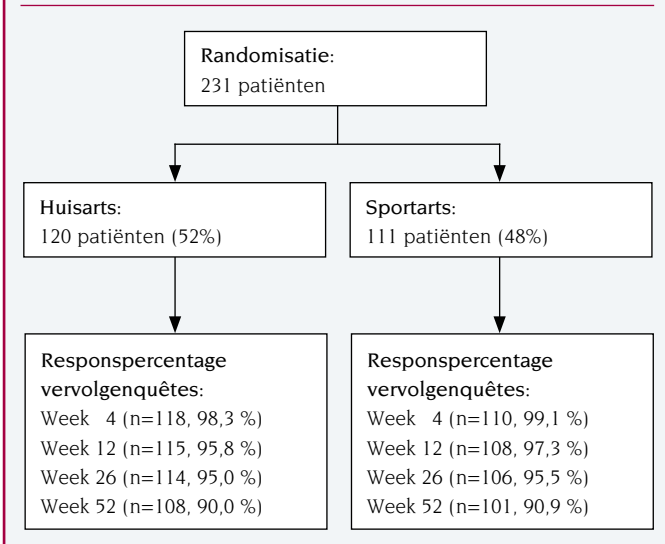
* significant verschillend ($p < 0,05$).

† periostitis, tibialis-anteriorsyndroom, compartimentsyndroom, iliotibial frictiesyndroom, quadriceps-expansiesyndroom, impingement, verkalking.

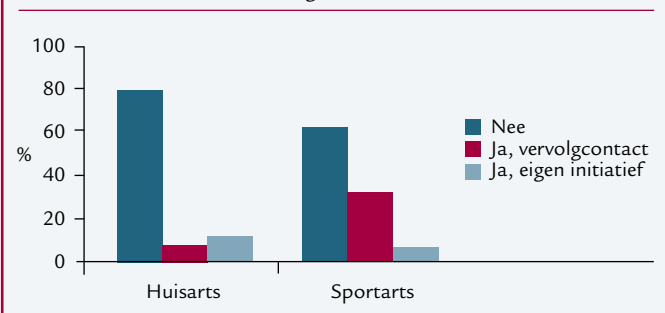
Sportverzuim ten gevolge van het niet-acute sportgerelateerde probleem

Noch bij aanvang van het onderzoek, noch in het jaar na het eerste contact bestond er verschil in sportverzuim bij patiënten uit beide groepen (tabel 1 en tabel 4). Na een jaar sportte meer dan de helft van de patiënten in beide groepen weer volledig. Na twaalf maanden gaf 30% van de patiënten in de huisartsengroep en 32% van de patiënten in de sportartsengroep aan dat de oorzaak van het niet op hun oude niveau sport bedrijven lag bij het sportgerelateerde

Figuur 1 Stroomdiagram van patiënten



Figuur 2 Percentage van hernieuwde contacten met huisarts of sportarts drie maanden na aanmelding



probleem waarvoor zij een jaar daarvoor voor het eerst bij de arts waren geweest. Daarnaast zijn 10% (huisarts) respectievelijk 15% (sportarts) van de patiënten vanwege het sportgerelateerde probleem overgestapt op een andere tak van sport, waarbij veelal gekozen is voor fitness, aerobics en trimmen. Iets minder dan 10% van de patiënten in beide groepen stopte volledig met sporten.

Arbeidsverzuim ten gevolge van het niet-acute sportgerelateerde probleem

Op het moment van aanmelding gaf 86% (huisarts) respectievelijk 94% (sportarts) van de patiënten aan dat zij niet op het werk verzuimd hadden. Na twaalf maanden gaf respectievelijk 88% en 87% aan dat er geen sprake was geweest van arbeidsverzuim, en 6% respectievelijk 5% dat het verzuim korter dan één week geduurd had. Van de door de huisarts behandelde patiënten had 6% tussen een week en een maand verzuimd, van de sportartspatiënten 4%. Uit deze getallen blijkt dat het arbeidsverzuim gering is en niet lang duurt bij niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit.

Tevredenheid

Figuur 3 laat de resultaten zien van de MANOVA voor herhaalde metingen. De tevredenheid over het plan van aanpak door de arts

Tabel 3 Behandeling door huisarts en sportarts in percentages

Interventies	Huisartsengroep (n=120)	Sportartsengroep (n=111)
<i>Adviezen:</i>	89,1	126,9
- rust	22,5	21,6
- koelen	10,0	14,4
- warmte	0,8	1,8
- oefenen	20,0	48,6*
- alternatieve sport	12,5	18,9
- materiaal advies	10,0	9,9
- overig	13,3	11,7
<i>Uitleg:</i>	112,5	168,5
- ontstaansmechanisme	58,3	70,3
- periode van herstel	35,0	58,6*
- trainingsopbouw	19,2	39,6*
<i>Therapie:</i>	27,4	43,2
- tappen/bandageren	0,0	8,1*
- voorschrijven medicatie (NSAID's)	10,0	14,4
- steunzool	6,6	9,9
- brace	5,0	2,7
- inlegzool	2,5	3,6
- overig	3,3	4,5
<i>Aanvraag hulponderzoek:</i>	9,2	8,1
- röntgen	8,3	7,2
- echo	0,9	0,9
<i>Verwijzingen:</i>	64,2*	34,2
- fysiotherapie	44,2*	9,0
- orthopeed	9,2	3,6
- sportarts	3,3	18,0*
- podotherapeut, orthopedisch schoenmaker	7,5	0,9
- huisarts	0,0	2,7
<i>Vervolgconsult</i>	33,3	36,9

* p<0,05

Tabel 4 Sportverzuim, gerapporteerd een jaar na het eerste contact (percentages)

	Huisartsengroep (n=107)*	Sportartsengroep (n=96)†
Minder verzuim	76,6	69,8
Hetzelfde	11,2	16,7
Meer verzuim	12,2	13,5

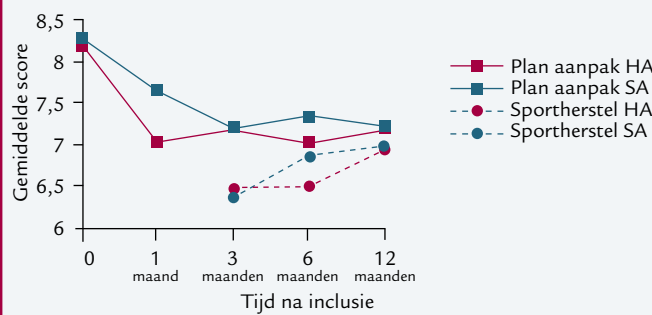
* Van de 120 deelnemers hebben er 108 de enquête ingevuld. Eén van hen beantwoordde deze specifieke vraag niet.
† Van de 111 deelnemers hebben er 101 de enquête ingevuld. Vijf van hen beantwoordden deze specifieke vraag niet.

neemt in de loop van het jaar af ($F = 21,16$, $p = 0,000$) – er is geen verschil tussen huisarts en sportarts ($F = 0,017$, $p = 0,895$). Na een jaar is de score op tevredenheid over het plan van aanpak in beide groepen 7,3 op een schaal van 1 tot 10. Anderzijds laat de figuur ook zien dat de tevredenheid over het herstel in de loop van het jaar toeneemt ($F = 9,17$, $p = 0,003$), bij de sportarts iets eerder dan bij de huisarts. Dit (interactie-)effect is significant ($F = 4,11$, $p = 0,044$). Na een jaar scoren beide behandelingen even hoog op het punt van tevredenheid, zowel over het plan van aanpak als over de mate van herstel.

Beschouwing

Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen vaker symptoomdiagnosen gebruikten en sportartsen het probleem eerder specifiek benoemden. De sportartsen zagen de patiënten in het verloop van de episode ook vaker terug dan de huisartsen. Huisartsen verwezen

Figuur 3 Tevredenheid over plan van aanpak en sportherstel



Score op een tevredenheidsschaal van 1 tot 10.
HA= huisarts; SA= sportarts

patiënten met een niet-acuut sportgerelateerd probleem vaker naar de fysiotherapeut dan sportartsen, maar voor de uitkomsten sportverzuim en arbeidsverzuim maakte dit geen verschil. De patiënten die de sportarts geconsulteerd hadden, waren eerder tevreden over hun herstel dan degenen die door de huisarts behandeld werden, maar dit verschil was na een jaar verdwenen.

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen. Een eerste beperking geldt de duur van het consult. Normaliter duurt een huisartsconsult in Nederland tien minuten. De sportarts, die speciaal voor de patiënt naar de huisartsenpraktijk kwam, had in dit onderzoek gemiddeld twintig minuten ter beschikking. Uit de literatuur is evenwel bekend dat de actuele consultduur niet direct geassocieerd is aan patiënttevredenheid.⁶ Een tweede beperking betreft de tevredenheid van de patiënt. Het verschil in patiënttevredenheid tussen huisarts en sportarts is niet eerder onderzocht, maar bekend is dat een vergelijking op het vlak van de arts-patiëntcommunicatie en patiënttevredenheid tussen huisartsen (meer contextgericht) en internisten (meer medisch inhoudelijk) in het voordeel van de huisarts uitvalt.⁷ Een derde beperking is dat in de drie regio's waarin het onderzoek verricht werd, per regio slechts één sportarts beschikbaar was. De deelnemende sportartsen – drie – vormden op het moment van het onderzoek de totale populatie intramuraal werkzame sportartsen in het noorden van het land. Anderzijds waren de deelnemende patiënten representatief voor wat de huisarts op het spreekuur ziet aan niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit.

De sportarts zag de patiënt in het jaar na aanmelding vaker dan de huisarts. Dit heeft vooral een organisatorische verklaring: de sportarts maakte veelal, met de agenda in de hand, een vervolgspraak zes weken na het eerste bezoek. Huisartsen waren daarin minder dwingend, zodat de patiënt mogelijk gemakkelijker wegbleef als de klacht op het moment van de vervolgspraak verdwenen was.

Een opvallend verschil tussen sport- en huisartsen is het aantal patiënten die in het jaar na aanmelding wel een recidief van het niet-acute sportgerelateerde probleem rapporteerden maar daarmee niet opnieuw de (huis- of sport)arts bezochten. Mogelijk

helpt de ruimere uitleg door de sportarts de patiënt om het recidief zonder hulp van de arts op te lossen.

De huisarts en de sportarts, werkzaam in een huisartsgeneeskundige setting, geven in hoge mate vergelijkbare behandelingen voor niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit. Beide groepen artsen vragen ook weinig hulponderzoek aan (röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek). Hun handelen verschilt echter wel op een aantal punten. Huisartsen zijn sober in hun behandeling; in 10% van de gevallen schrijven zij pijnstillende medicatie voor (NSAID's). Sportartsen geven meer oefenadviezen mee en geven meer uitleg over de periode van herstel en de trainingsofbouw in het revalidatietraject. Ook verschillen zij in hun verwijzingen. De huisarts verwijst duidelijk meer patiënten naar de fysiotherapeut: inclusief de verwijzingen in vervolgsconsulten kreeg 59% van de patiënten een verwijzing naar de fysiotherapeut, vergeleken met 21% bij de sportarts.⁸ Nu bezocht een substantieel deel van de patiënten de arts met een enkelprobleem, wat het aannemelijk maakt dat dit verschil erin gelegen is dat de huisarts het tappen of bandageren delegeert aan de fysiotherapeut. Daar staat tegenover dat de sportarts in de huisartsgeneeskundige setting de patiënt veel vaker doorstuurt naar 'zichzelf'.

Het sportverzuim bij patiënten die door huisarts en sportarts werden behandeld, is vergelijkbaar.

Arbidsverzuim speelt bij niet-acute sportgerelateerde proble-

Abstract

Baarveld F, Van Enst GC, Schuling J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. Treatment and course of non-acute sports related injuries of the lower extremity: A randomised controlled trial with family and sports physicians. *Huisarts Wet* 2006;49(4):187-91.

Background In the Netherlands, the family physician provides first medical care to patients with sports related injuries. The sport physician however, having completed a four year post-graduate training, is regarded as the expert.

Objective The aim of this study was to study differences in diagnostics and care provided by family and sports physicians, working in a family physician setting, in patients with non-acute sports related injuries to the lower extremity.

Method A randomised controlled trial was conducted: 83 family physicians and 3 sports physicians participated. Questionnaires were used to gather information.

Results 231 patients were randomised: 120 were allocated to a family physician, 111 to a sports physician. The sports physician offered more instruction and clarification. The family physician referred more patients for physiotherapy. No differences were found with regard to the outcome measures: sports or labour absence and satisfaction about the approach of care.

Conclusion There is no evidence supporting a difference in effect between the care given by family and sports physicians with regard to sports and labour absence and satisfaction about the physicians' approach in patients with non-acute sports related injuries to the lower extremity.

men van de onderste extremiteit nauwelijks een rol. In beide groepen rapporteerden negen van de tien patiënten dat zij niet in hun arbeid werden gehinderd. Als er al sprake was van arbeidsverzuim, duurde dit niet langer dan een maand.

Tevredenheid van de patiënt over het plan van aanpak en over het eigen 'sportherstel' is een subjectieve maat. De tevredenheid over het plan van aanpak wordt in de loop van het jaar na aanmelding geleidelijk minder, dooft als het ware uit. De tevredenheid over het sportherstel wordt geleidelijk juist beter in de loop van het jaar na aanmelding. Patiënten die uitgebreider geïnformeerd zijn (groep sportarts) rapporteerden eerder dat zij tevreden waren. Na een jaar is ook dat voordeel echter uitgedoofd.

Al met al blijkt het voor de patiënt met sportgerelateerde klachten over zijn benen niet veel uit te maken of hij de huisarts of de sportarts bezoekt.

Literatuur

- 1 Stam PJA. Sportief bewegen en gezondheidsaspecten: Een verken- nende studie naar kosten en baten. SEO-rapport nr. 372. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amster- dam, 1996.
- 2 Sport, bewegen en gezondheid: Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.
- 3 Rapportage Sport 2003. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2003.
- 4 Schmikli SL, De Wit MJP, Backx FJG. Sportblessures driemaal geteld. Arnhem: NOC*NSF, 2001.
- 5 Baarveld F, Van Enst GC, Meyboom-de Jong B, Schuling J. Sportgere- lateerde problemen bij de huisarts. *Geneeskd Sport* 2003;36:117-21.
- 6 Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 2002;52:1004-6.
- 7 Paasche-Orlow M, Roter D. The communication patterns of internal and family practice physicians. *J Am Board Fam Pract* 2003;6:485-93.
- 8 Baarveld F, Kollen B. Behandeling van niet-acute sportgerelateerde problemen van de onderste extremiteit in de eerste lijn door de fysiotherapeut. *Ned Tijdschr Fysiother* 2004;6:150-3.

Waarde CRP bij diagnostiek lageluchtweg- infecties onzeker

Victor van der Meer, Arie Knuistingh Neven, Peterhans van den Broek, Pim Assendelft

Samenvatting

Van der Meer V, Knuistingh Neven A, Van den Broek PJ, Assen- delft WJJ. Waarde CRP bij diagnostiek lageluchtweginfecties onzeker. *Huisarts Wet* 2006;49(4):192-7.

Doel Het bepalen van de diagnostische waarde van C-reefief proteïne (CRP) bij de detectie van een pneumonie en bij het onderscheiden van een bacteriële en virale lageluchtweginfectie.

Methoden Een systematisch literatuuronderzoek in PubMed en EMBASE. We includeerden onderzoeken waarin CRP werd verge- leken met een thoraxfoto of met microbiologisch onderzoek als referentietest.

Resultaten Geen van de onderzoeken voldeed aan alle validi- teitscriteria. Zes onderzoeken hadden een thoraxfoto als refe- rentietest. De sensitiviteit varieerde van 10% tot 98% en de spe- cificiteit van 44% tot 99%. In een subgroep van volwassenen (5 onderzoeken) bedroeg de oppervlakte onder de ROC-curve 0,80 (95%-BI 0,75-0,85). Twaalf onderzoeken betroffen de relatie van CRP met een bacteriële oorsprong van een lageluchtweginfectie. Deze gegevens waren epidemiologisch en statistisch heterogeen.

Conclusie C-reefief proteïne is onvoldoende sensitief en spe- ciefiek om een pneumonie of een bacteriële oorsprong van een lageluchtweginfectie aan te tonen dan wel uit te sluiten. Het meeste diagnostische onderzoek is methodologisch van matige kwaliteit. De huidige onderzoeken ondersteunen het voorschrij-

ven van antibiotica op basis van CRP bij lageluchtweginfecties in de huisartsenpraktijk niet. De resultaten bevestigen het advies in de huidige NHG-Standaard Acut hoesten: CRP heeft geen bewezen aanvullende waarde bij de diagnostiek van lagelucht- weginfecties.

LUMC, afdeling Medische Besliskunde, Albinusdreef 2, 2300 RC Leiden: V. van der Meer, arts-onderzoeker; afdeling Public health en Eerstelijns- geneeskunde: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts en epidemioloog; prof.dr. W.J.J. Assendelft, huisarts en epidemioloog; afdeling Infectieziekten: prof. dr. P.J. van den Broek, internist-infectioloog.
Correspondentie: V.van_der_Meer@lumc.nl
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van der Meer V, Knuistingh Neven A, Van den Broek PJ, Assendelft WJJ. Diagnostic value of C reactive pro- tein in infections of the lower respiratory tract: systematic review (BMJ 2005;331:26-9). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Inleiding

Lageluchtweginfecties komen vaak voor in de huisartsenprak- tijk. Om therapeutische redenen is het van belang onderscheid te maken tussen een pneumonie en een acute bronchitis. In het eerste geval schrijft de behandelend arts een antibioticum voor,