

Hockeyblessures

Cijfers 2017



Disclaimer

Bij de samenstelling van deze publicatie is de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht genomen. VeiligheidNL aanvaardt echter geen verantwoordelijkheid voor eventuele, in deze uitgave voorkomende, onjuistheden of onvolkomenheden.

Overname van tekst of gedeelten van tekst is toegestaan, mits met de juiste bronvermelding. Indien tekst gebruikt wordt voor commerciële doelstellingen dient altijd vooraf schriftelijke toestemming verkregen te zijn.

Privacy en gegevensbescherming

VeiligheidNL gaat zorgvuldig om met persoonsgegevens en behandelt deze vertrouwelijk. Zo worden persoonsgegevens alleen verwerkt door personen met een geheimhoudingsplicht en voor het doel waarvoor deze gegevens zijn verzameld. Daarbij zorgt VeiligheidNL voor passende beveiliging van persoonsgegevens.

VeiligheidNL behandelt uw persoonlijke gegevens conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) zoals deze sinds 25 mei 2018 geldt.

Lees meer over onze privacy verklaring op www.veiligheid.nl/privacy



Hockeyblessures

Cijfers 2017

Rapport 745
Projectnummer 20.0193

Henrike van der Does
Christine Stam

Uitgegeven door
VeiligheidNL
Postbus 75169
1070 AD Amsterdam
www.veiligheid.nl

oktober 2018

Inhoudsopgave

Hoofdstuk		Pagina
Samenvatting		5
1	Overzicht problematiek hockey	6
1.1	Totaal hockeyblessures	6
1.2	SEH-bezoeken i.v.m. hockeyblessures	6
2	Totaal hockeyblessures	7
2.1	Leeftijd en geslacht	7
2.2	Blessures; type en oorzaak	7
2.3	Medische behandeling	7
3	SEH-bezoeken	8
3.1	Leeftijd en geslacht	8
3.2	Oorzaak	8
3.3	Blessures	9
3.3.1	Type en Locatie	9
3.3.2	Ernst	10
3.4	Kosten	10
4	Verantwoording	11
4.1	Algemeen	11
4.2	Leefstijl Monitor	11
4.3	Letsel Informatie Systeem (LIS)	12
4.3.1	Ernstig letsel	12
4.3.2	Betrouwbaarheidsinterval	12
4.3.3	Directe medische kosten en verzuimkosten	13
4.3.4	Trends	13
Referenties		14
Bijlage SEH-bezoeken		15

Samenvatting

Hockeyblessures komen veel voor. In 2017 (mei-dec) was hockey, met vier procent van alle blessures, de vierde sport wat betreft het aantal blessures, na veldvoetbal, hardlopen en fitness. Drie kwart (74%) van de hockeyblessures werd medisch behandeld, het merendeel door een fysiotherapeut (59%). Hockey kan ook gezien worden als een risicovolle sport met 0,120 bezoeken aan een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling per 1.000 hockeyuren in 2017. Ter vergelijking, voor sport als totaal waren het 0,061 SEH-bezoeken per 1.000 sporturen. Drieëntwintig procent van de in totaal 5.600 hockeyblessures behandeld op de SEH-afdeling in 2017 werd beschouwd als een ernstige blessure. Het aantal SEH-bezoeken in verband met een ernstige hockeyblessure is in de periode 2008-2017 niet significant veranderd.

Vrouwen hadden vaker een hockeyblessure dan mannen en in de leeftijdscategorie tot en met 17 jaar was het aantal blessures het grootst. Dit geldt zowel voor het totaal aan hockeyblessures (Vrouwen: 77%; 0-17 jaar: 40%) als voor de hockeyblessures behandeld op de SEH-afdeling (Vrouwen: 58%; 0-17 jaar: 52%). Wat betreft de blessures behandeld op de SEH-afdeling weten we verder dat de kans op een hockeyblessure bij mannen groter was dan bij vrouwen en bij hockeyers in de leeftijdsgroep 18-34 jaar groter dan in de andere leeftijdsgroepen.

Ongeveer één derde van de hockeyblessures was een blessure aan de knie. Ruim de helft van de hockeyblessures was ontstaan door (geleidelijke of acute) overbelasting, een vijfde door contact met een object zoals een stick of een bal. Bij de hockeyblessures die behandeld werden op de SEH-afdeling waren twee op de drie blessures ontstaan door contact met een object zoals een bal of een hockeystick. De meest voorkomende hockeyblessure behandeld op de SEH-afdeling was een fractuur aan de hand/vinger (20%).

1

Overzicht problematiek hockey

1.1

Totaal hockeyblessures

In de periode mei tot en met december 2017 (gegevens over de eerste maanden van 2017 ontbreken, zie Verantwoording) gaven naar schatting 2,8 miljoen sporters in Nederland aan in de afgelopen 3 maanden geblesseerd te zijn geraakt wat leidde tot 3,4 miljoen blessures. Vier procent van de sportblessures betrof een hockeyblessure, wat hockey de vierde sport maakte wat betreft het aantal blessures.

Omdat sportblessures in Nederland sinds 2017 voor het eerst op deze wijze via de Leefstijlmonitor van VeiligheidNL en het RIVM worden gemeten is het vooralsnog niet mogelijk een trend weer te geven van het aantal blessures over de afgelopen jaren.

1.2

SEH-bezoeken i.v.m. hockeyblessures

In 2017 vonden naar schatting 117.000 bezoeken aan een Spoedeisende Hulp (SEH)-afdeling plaats in verband met een sportblessure (95%BI: 111.000 - 123.000). Dit komt overeen met 0,061 SEH-bezoeken per 1.000 sporturen (95%BI: 0,058-0,064).

Voor hockey waren er naar schatting 5.600 SEH-bezoeken n.a.v. een blessure (95%BI: 4.300 - 7.000). Dit komt neer op 0,12 SEH-bezoeken per 1.000 hockeyuren (95%BI: 0,09-0,14). Ten opzichte van de 0,061 blessures per 1.000 sporturen in Nederland heeft hockey er aanzienlijk meer, wat betekent dat over het algemeen hockey een risicovolle sport is. Wat betreft het aantal blessures komt hockey, met vijf procent van de SEH-behandelde sportblessures, na veldvoetbal, hardlopen en fitness op de vierde plaats. Blessures die op de SEH-afdeling behandeld worden zijn over het algemeen acute blessures. Drieëntwintig procent van de hockeyblessures werd als ernstig gecodeerd (voor definitie van 'ernstig letsel' zie Verantwoording) (bijlage 2, tabel 1). Slechts één procent van de hockeyers werd na de behandeling op SEH-afdeling opgenomen in het ziekenhuis.

Omdat vele factoren die géén verband hebben met de sportblessureproblematiek van invloed zijn op het aantal SEH-bezoeken (bijvoorbeeld de opkomst van huisartsenposten) analyseren we voor de weergave van trends in sportblessures alleen SEH-bezoeken in verband met *ernstig* letsel (zie Verantwoording). We gaan er vanuit dat de ernstige letsels zowel vroeger als nu (en in de toekomst) op de SEH-afdeling werden en worden (en zullen worden) behandeld. Hierdoor zal het verloop in de tijd van het aantal SEH-bezoeken in verband met ernstig letsel een goede benadering zijn van de ontwikkeling in de letselproblematiek. In het geval van de hockeyblessures is er geen significante verandering van het aantal SEH-bezoeken in verband met een ernstige blessure.

2

Totaal hockeyblessures

Over de periode van mei tot en met december 2017 is het aantal sporters dat een hockeyblessure rapporteerde beperkt, daarom is er maar een beperkte uitsplitsing mogelijk in onderstaande beschrijving en zal deze vooral in percentages weergegeven worden.

2.1 Leeftijd en geslacht

De meerderheid van de sporters met een hockeyblessure was vrouw (77%). Wanneer we kijken naar de leeftijd dan was het overgrote deel van sporters met een blessure door hockey onder de 18 jaar (40%).

2.2 Blessures; type en oorzaak

Tijdens het hockeyen raakte met name de knie geblesseerd (31%).

Het grootste gedeelte van de hockeyblessures was een overbelastingblessure (53%) waarvan ruim de helft geleidelijk ontstaan was. In totaal ontstonden twee op de vijf hockey blessures geleidelijk (41%), de overige blessures waren acute blessures. Eén op de vijf blessures ontstond door contact met een object (21%) zoals een hockeystick of een bal.

Twee derde van de blessures (67%) werd opgelopen tijdens een wedstrijd. Van de hockeyblessures was 55 procent een nieuwe blessure.

2.3 Medische behandeling

Van de geblesseerde hockeyers werd in totaal 72 procent medisch behandeld aan één of meerder blessures. Van het totaal opgelopen hockeyblessures werd 74 procent medisch behandeld. Hiervan werd het merendeel (59%) behandeld door een fysiotherapeut

3

SEH-bezoeken

3.1

Leeftijd en geslacht

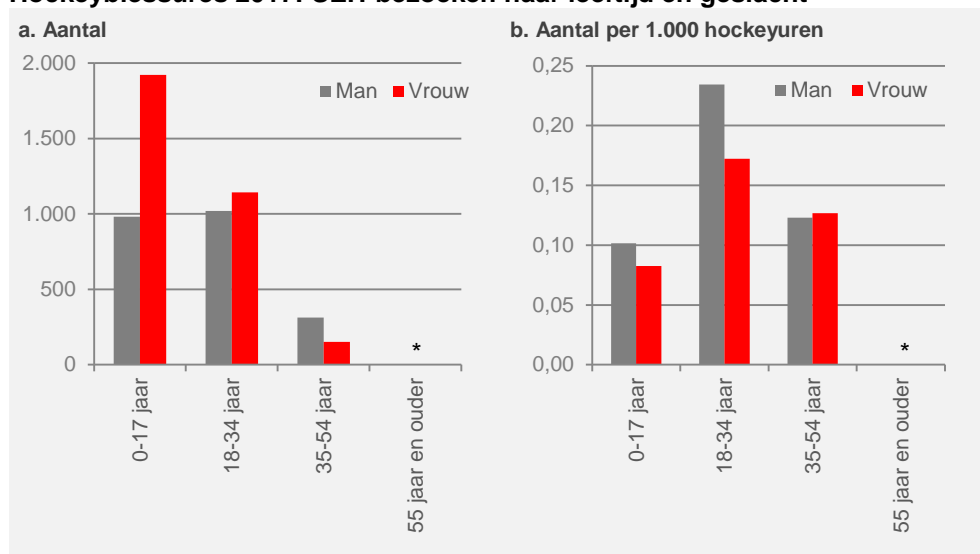
Van alle SEH-bezoekers voor een hockeyblessure was 58 procent vrouw en 42 procent man. Als we het aantal SEH-bezoeken voor een hockeyblessure afzetten tegen het aantal gehockeyde uren dan wordt dit beeld omgedraaid. De mannen bezochten de SEH-afdeling namelijk 0,14 keer per 1.000 hockeyuren, voor de vrouwen was dit 0,10 keer (bijlage tabel 1). Dit geeft aan dat mannen in 2017 een grotere kans hadden op een blessure waarvoor ze naar de SEH-afdeling moesten dan vrouwen.

Jonge hockeyers (0-17 jaar) kwamen het vaakst naar de SEH-afdeling (52%). Hockeyers in de leeftijdsgroep 18-34 jaar liepen in 2017 de grootste kans op een SEH-bezoek in verband met een hockeyblessure met 0,20 SEH-bezoeken per 1.000 uren hockeyen.

Binnen de leeftijdsgroepen zien we terug dat in de jongste groepen (0-17 jaar, 18-34 jaar) meer vrouwen dan mannen voor een hockeyblessure naar de SEH-afdeling kwamen (figuur 1a, bijlage tabel 1).

Wanneer we rekening houden met het aantal hockeyuren verandert dit beeld weer, en bezochten de mannen in de leeftijdscategorie 18-34 jaar de SEH-afdeling het vaakst met 0,23 keer per 1.000 uren hockey en vrouwen 0,17 keer (figuur 1b).

Figuur 1 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar leeftijd en geslacht



Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

*Aantallen te klein om te presenteren

3.2

Oorzaak

Het grootste deel (64%) van de blessures werd veroorzaakt door contact met een object. Bij de scenario's is te zien dat het grootste deel van de blessures veroorzaakt werd doordat de hockeyer geraakt werd door een bal (41%) of door een hockeystick (20%) (tabel 1, bijlage tabel 2). Een kwart van de hockeyers liep de blessure op door een val (27%).

Tabel 1 Hockeyblessures 2017: Scenario's blessures SEH-bezoeken

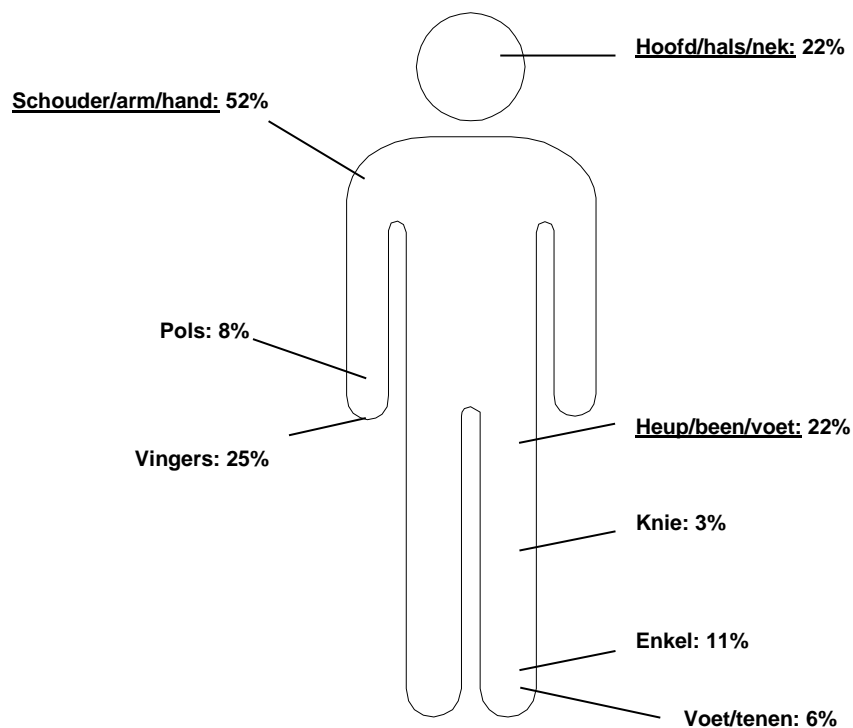
	Aantal	%	Aantal per 1.000 hockeyuren
Contact met object	3.600	64	0,074
<i>Geraakt door bewegend object</i>	3.500	63	0,072
door bal	2.300	41	0,047
door hockeystick	1.100	20	0,022
Val	1.500	27	0,031
<i>Zwikken</i>	400	8	0,008
Overig scenario	500	8	0,009
<i>Lichamelijk contact</i>	300	6	0,006
botsing	100	3	0,003
Totaal	5.600	100	0,120

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

3.3 Blessures

3.3.1 Type en Locatie

Bij de hockeyers was in 2017 het grootste deel van de blessures behandeld op de SEH-afdeling een fractuur (36%), gevolgd door oppervlakkig letsel (31%; bijlage tabel 3). De blessures waren met name aan de bovenste extremiteit; schouder/arm/hand (52%), waarbij het vooral de vingers (25%) betreft (figuur 2).

Figuur 2 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar locatie blessures

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL

In tabel 2 is te zien dat wanneer het type blessure gecombineerd wordt met de locatie, een fractuur aan de hand/vinger het meeste voorkwam met 20 procent, wat neerkomt op 0,023 hand/vinger fracturen per 1.000 gehockeyde uren (bijlage tabel 4).

Tabel 2 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar meest voorkomende typen blessures

	Aantal	%	Aantal per 1.000 sporturen
1. Fractuur hand/vinger	1.100	20	0,023
2. Oppervlakkig letsel/kneuzing hand/vinger	500	10	0,011
3. Open wond hoofd	500	9	0,010
4. Enkeldistorsie	400	7	0,008
5. Oppervlakkig letsel/kneuzing hoofd	300	6	0,007

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

3.3.2

Ernst

Van alle hockeyblessures die behandeld werden op de SEH-afdeling werd 77 procent beschouwd als licht en 23 procent beschouwd als ernstig (voor definitie van 'ernstig' zie Verantwoording). Dit komt neer op 1.300 ernstige hockeyblessures oftewel 0,027 ernstige blessures per 1.000 hockey uren.

Van alle ernstige hockeyblessures betrof het in 51 procent van de gevallen een man en in 49 procent van de gevallen een vrouw. Per 1.000 hockeyuren waren dit 0,038 ernstige blessures bij de mannen en 0,020 bij de vrouwen. De ernstige blessure werden met name veroorzaakt door een val (51%) gevolgd door het contact met een object (37%), waarbinnen weer het vaakst door contact met bal (22%, bijlage tabel 2). Aangezien blessures door een valongeval verantwoordelijk waren voor 'slechts' 27 procent van het totaal aantal SEH-bezoeken door een hockeyblessure, betekent dit dat valongevallen relatief vaak tot ernstige blessures hebben geleid.

3.4

Kosten

De directe medische kosten voor de hockeyblessures waarvoor een sporters op de SEH-afdeling werd behandeld en/of werd opgenomen in het ziekenhuis bedroegen in 2017 4,7 miljoen euro, wat een gemiddelde is van 800 euro per blessure. De fractuur aan de hand/vinger zorgde voor de meeste kosten (tabel 3).

Tabel 3 Directe medische kosten¹ hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken duurste blessures

	Gemiddeld (€)	Totaal (€)
Fractuur hand/vinger	1.000	1.100.000
Oppervlakkig letsel/kneuzing hand/vinger	600	330.000
Enkeldistorsie	800	300.000
Open wond hoofd	500	240.000
Polsfractuur	900	230.000
Oppervlakkig letsel/kneuzing hoofd	600	200.000

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Letsellastmodel 2017, VeiligheidNL i.s.m. Erasmus MC

¹ Directe medische kosten voor de hockeyblessures waarvoor een sporters op de SEH-afdeling werd behandeld en/of werd opgenomen in het ziekenhuis

4

Verantwoording

4.1

Algemeen

De gepresenteerde gegevens betreffen, tenzij anders vermeld, jaarlijkse aantallen en percentages over 2017. De tabellen zijn gebaseerd op inclusief-cijfers, dat wil zeggen dat voor de gegevens over ziekenhuisopnamen geldt dat daarbij ook slachtoffers worden meegeteld die na ziekenhuisopname zijn overleden en dat voor SEH-bezoeken geldt dat daarbij ook slachtoffers worden meegeteld die na behandeling op een SEH-afdeling opgenomen zijn in het ziekenhuis of zijn overleden. Op deze wijze geven we een zo goed mogelijk beeld van de medische consumptie. De cijfers kunnen echter niet bij elkaar worden opgeteld om tot een totaal aantal te komen.

Alle gepresenteerde gegevens worden afgerond. Door afronding kan het voorkomen dat het totaal in een tabel afwijkt van de som van de afzonderlijke aantallen.

4.2

Leefstijl Monitor

Landelijke kerncijfers over ongevallen in Nederland worden gehaald uit de Leefstijlmonitor (LSM), een gegevensverzameling die VeiligheidNL, in samenwerking met het RIVM en het CBS, uitvoert onder een representatieve steekproef van inwoners van Nederland. De Leefstijlmonitor is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontwikkeld en is een product van de samenwerking tussen partijen die zich richten op leefstijl, te weten: CBS, GGD GHOR Nederland, Pharos, RIVM, Rutgers, Soa Aids Nederland, Trimbos-instituut, VeiligheidNL en Voedingscentrum Nederland. Doel van de LSM is zorgen voor samenhang en het voorkomen van overlap in gegevensverzamelingen op het gebied van leefstijlgerelateerde thema's.

De Leefstijlmonitor bestaat uit een kern (LSM-K) en aanvullende modules (LSM-A).

- In de kern van de Leefstijlmonitor worden, voor de leefstijlthema's, jaarlijks kerncijfers verzameld. Het betreft bijvoorbeeld gegevens over aandoeningen, medische zorg, beweeggedrag, roken en alcoholgebruik. Deze gegevens komen uit de Gezondheidsenquête (GE) van het CBS. De LSM-K wordt door VeiligheidNL gebruikt voor een algemeen overzicht van ongevallen en letsels in Nederland. Dit betreft zowel medisch behandelde als niet medisch behandelde letsels.

- De aanvullende modules van de Leefstijlmonitor dienen als aanvulling op de kern. In deze modules worden cijfers die minder frequent dan jaarlijks nodig zijn bepaald en worden achterliggende verbanden en verklarende variabelen onderzocht. De aanvullende module Bewegen en Ongevallen is tot stand gekomen uit een samenwerking van het RIVM, VeiligheidNL en het CBS. Deze module Bewegen en Ongevallen met verdiepende vragen over sport- en beweeggedrag en ongevallen is in 2015 voor het eerst afgenomen, en wordt iedere twee jaar uitgevoerd.

Voor beide onderdelen van de Leefstijlmonitor worden in een jaar rond de 10.000 personen bevroegd. De steekproef wordt getrokken uit de Basisregistratie Personen (BRP), en afname wordt verspreid over de maanden van het jaar. Voor verschillen tussen de samenstelling van de netto steekproef en de totale bevolking wordt een correctie toegepast door middel van een wegingsfactor gebaseerd op de kenmerken geslacht, leeftijd, herkomst, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, landsdeel, huishoudgrootte, inkomen, vermogen en enquêteseizoen.

De vraagstelling ten aanzien van sportblessures in LSM-A heeft pas vanaf mei 2017 zijn huidige vorm. Vandaar dat de gegevens over sportblessures niet het gehele jaar 2017

betreffen maar alleen de periode mei-oktober 2017. In de LSM-K is deze vraagstelling vanaf 1 januari 2018 ingegaan.

De gegevens uit de Leefstijlmonitor in deze rapportage zijn gebaseerd op 10.086 ondervraagde respondenten. Van hen rapporteerden er 460 een sportblessure en 24 rapporteerden een hockeyblessure. Deze kunnen variëren van heel lichte tot heel ernstige blessures. Van de sporters die aangaven een hockeyblessure te hebben opgelopen, zijn voor de meest recent opgelopen en de op één na meest recent opgelopen blessure nadere gegevens gevraagd, zoals type blessure en medische behandeling. Er is geen reden aan te nemen dat deze oudere blessures qua kenmerken afwijken van de meest recent opgelopen blessures. Echter, omdat niet van elke opgelopen blessure specifiekere kenmerken voorhanden zijn, worden in de beschrijving vooral percentages weergegeven, en geen specifieke geschatte aantallen.

4.3 Letsel Informatie Systeem (LIS)

In het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of zelfbeschadiging zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling (Panneman en Blatter, 2016). Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk. In LIS kunnen per letsel meerdere modules worden geregistreerd, bijvoorbeeld sport en verkeer in geval van een wielrenongeval op de straat. Het letsel telt dan bij beide modules mee. Optellen van de aantallen per module kan dus tot dubbeltelling leiden. Tevens kan één persoon meerdere keren de SEH-afdeling bezoeken, al dan niet voor hetzelfde letsel.

Een schatting van het landelijke aantal SEH-bezoeken voor letsel maken we met behulp van de methode van de quotiënt-schatter. Daarbij gebruiken we de hulpvariabele 'aantal SEH-bezoeken in Nederland'. Dit gegeven is afkomstig uit een onderzoek naar SEH-behandelingen in Nederland (Gaakeer et al, 2014). In de praktijk komt deze methode erop neer dat het aantal SEH-behandelingen ten gevolge van letsel in de steekproef vermenigvuldigd wordt met het quotiënt van het 'aantal SEH-behandelingen in Nederland' gedeeld door het 'aantal SEH-behandelingen in de ziekenhuizen in de steekproef'. Aantallen SEH-bezoeken kleiner dan 100 worden in principe gerapporteerd als '<100' waarbij aantallen per 100.000 inwoners en percentages onvermeld blijven. De gegevens over 2017 zijn gebaseerd op 689 in LIS geregistreeerde hockeyblessure cases.

4.3.1 Ernstig letsel

Voor de selectie van slachtoffers met ernstig letsel wordt gebruikgemaakt van een afgeleide van de zogenaamde MAIS. AIS staat voor Abbreviated Injury Scale (Mannaerts, 1994) De waarde van een letsel op deze schaal representeert de ernst van het letsel. De waarde van de Maximum AIS (MAIS) representeert het ernstigste letsel bij een slachtoffer. De MAIS loopt van 1 (licht letsel) tot 6 (maximaal). De AIS is opgesteld door de Association for the advancement of automotive medicine (AAAM; www.aaam.org). Ernstig letsel in het LIS wordt gedefinieerd als letsel met een letselernst uitgedrukt in een MAIS (Maximum Abbreviated Injury Score) van ten minste 2. Ondanks dat in LIS geen directe gegevens geregistreerd worden over de ernst van het letsel, is het mogelijk om op basis van de gegevens over diagnose een minimale AIS-score te genereren.

Voor meer informatie zie rapportage Kerncijfers 2017 (Stam en Blatter, 2018).

4.3.2 Betrouwbaarheidsinterval

Voor de hockeyblessures is een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%BI) berekend. Bij een betrouwbaarheidsinterval groter dan 25 procent, worden de gegevens als

onvoldoende betrouwbaar beschouwd om onderliggende verdelingen nader uit te werken (bijvoorbeeld naar leeftijd of geslacht). Het betrouwbaarheidsinterval wordt berekend rond de proportie ongevallen in LIS, dus het aantal ongevallen in een bepaalde categorie ten opzichte van de totale LIS-steekproef. Omdat deze proportie niet gelijk is in elk van de SEH-locaties in de steekproef en dus de feitelijke spreiding groot is, wordt het BI berekend op basis van 10% van de LIS-steekproef-omvang in plaats van op basis van de totale steekproef.

Bij de berekening van het BI van 'aantallen per 1.000 sporturen' wordt alleen rekening gehouden met de onbetrouwbaarheid van de schatting van het aantal SEH-bezoeken.

4.3.3

Directe medische kosten en verzuimkosten

VeiligheidNL heeft, in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg), een rekenmodel (Letsellastmodel) ontwikkeld dat onder meer bestaat uit een zorgmodel en een verzuimmodel (Polinder et al, 2016). Met behulp van het zorgmodel worden de directe medische kosten geschat per slachtoffer dat op een SEH-afdeling wordt behandeld en/of in het ziekenhuis opgenomen wordt. Bij directe medische kosten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan kosten van ambulance-spoedvervoer, spoedeisende hulp, overige poliklinische hulp, ziekenhuisverpleging (zowel initieel als heropnamen) en nazorg door de huisarts. Met behulp van het verzuimmodel (15-64 jaar, exclusief slachtoffers met zelf toegebracht letsel) worden de gemiddelde verzuimduur in werkdagen en de indirecte kosten ten gevolge van het verzuim per slachtoffer dat op een SEH-afdeling wordt behandeld of wordt opgenomen in een ziekenhuis geschat. De benodigde informatie om het Letsellastmodel te ontwikkelen is afkomstig uit het Letsel Informatie Systeem, standaard zorgregistraties zoals onder meer de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg, een aanvullend enquêteonderzoek onder een steekproef van LIS-patiënten, en bronnen met kostprijsinformatie.

4.3.4

Trends

Uit onderzoek gebaseerd op het LIS blijkt dat het totaal aantal SEH-bezoeken in verband met letsel de laatste jaren is gedaald (Stam en Blatter, 2017). Uit een recente analyse is gebleken dat vooral het aantal patiënten met licht letsel en het aantal zelfverwijzers in de loop der jaren (sterk) is afgenomen. Dit heeft te maken met beleid dat gericht is op verbetering van efficiency van de spoedzorg (Gaakeer, 2016): meer concentratie door sluiting van SEH-afdelingen, samenwerking van SEH-afdelingen met huisartsenposten leidend tot een sterke daling van zelfverwijzers en minder verwijzingen naar SEH-afdeling door huisartsen. Daarnaast speelt de verhoging van de eigen bijdrage in de zorg een rol. Tot slot moet nog gedacht worden aan veranderingen in behandelrichtlijnen. De dalende trend in het aantal SEH-bezoeken wordt dus mede bepaald door beleidseffecten en vormt als geheel geen juiste afspiegeling van de trend in het aantal letsels. Uitspraken over de ontwikkeling van de problematiek in de tijd kunnen daarom beter gedaan worden op basis van het aantal *ernstige* letsels (MAIS2+, zie 4.3.1). We gaan er vanuit dat de ernstige letsels zowel vroeger als nu (en in de toekomst) op de SEH-afdeling werden en worden (en zullen worden) behandeld. Hierdoor zal het verloop in de tijd van het aantal SEH-bezoeken in verband met ernstig letsel een betere indicator zijn voor de ontwikkeling van de betreffende letselproblematiek.

Voor meer informatie over trends zie rapportage Kerncijfers 2017 (Stam en Blatter, 2018).

Referenties

Gaakeer MI, Brand CL van den, Veugelers R, Patka P. Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7128.

Gaakeer MI, Brand CL van den, Gips E, Lieshout JM, Huijsman R, Veugelers R, Patka P. Landelijke ontwikkelingen in de Nederlandse SEH's. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D970.

Mannaerts GHH, Sawor JH, Menovsky T, Springer L, Patka P, Haarman JThM. De betrouwbaarheid van de registratie van polytrauma-patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd, 12 november 1994;138(46):2290-3.

Panneman M, Blatter B (2016). Letsel Informatie Systeem. Representatief voor alle SEH's in Nederland? Amsterdam: VeiligheidNL

Polinder S, Haagsma J, Panneman M, Scholten A, Brugmans M, Van Beeck E. The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands. Accid Anal Prev. 2016 Aug;93:92-100.

Stam C, Blatter B. (2017) Letsels. Kerncijfers 2016, Amsterdam: VeiligheidNL

Stam C, Blatter B. (2018) Letsels. Kerncijfers 2017, Amsterdam: VeiligheidNL

Bijlage SEH-bezoeken

Tabel 1 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar leeftijd en geslacht

	Man			Vrouw			Totaal		
			Aantal			Aantal			Aantal
	Aantal	%	per 1.000 hockey- uren	Aantal	%	per 1.000 hockey- uren	Aantal	%	per 1.000 hockey- uren
0-17 jaar	1.000	42	0,100	1.900	60	0,083	2.900	52	0,088
18-34 jaar	1.000	44	0,230	1.100	35	0,170	2.200	39	0,200
35-54 jaar	300	13	0,120	200	5	0,130	500	8	0,120
55 jaar en ouder	<100			<100			<100		
Totaal	2.300	100	0,140	3.200	100	0,100	5.600	100	0,120
		42			58			100	

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

Tabel 2 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar scenario en ernst blessure

	SEH-bezoeken i.v.m. blessure				SEH-bezoeken i.v.m. ernstige blessure			
			Aantal per 1.000	%			Aantal per 1.000	%
	Aantal	Kolom %	hockey- uren		Ernstig	Aantal	Kolom %	
Contact met object	3.600	64	0,074	13	500	37	0,010	
<i>Geraakt door bewegend object</i>	3.500	63	0,072	13	500	35	0,009	
door bal	2.300	41	0,047	12	300	22	0,006	
door racket, stick, club, bat	1.100	20	0,022	15	200	13	0,003	
door hockeystick	1.100	20	0,022	15	200	13	0,003	
Val	1500	27	0,031	43	700	51	0,013	
<i>Zwikken</i>	400	8	0,009	22	<100			
Overig scenario	500	8	0,01	33	200	12	0,003	
<i>Lichamelijk contact</i>	300	6	0,007	34	100	9	0,002	
Botsing	100	3	0,003	33	<100			
Totaal	5.600	100	0,120	23	1300	100	0,027	

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

Tabel 3 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar type blessure

	Aantal	%	Aantal per 1.000 hockeyuren
Fractuur	2.000	36	0,042
Oppervlakkig letsel	1.700	31	0,035
Distorsie	600	10	0,012
Open wond	500	10	0,011
Luxatie	200	4	0,004
Trauma capitis/licht hersenletsel	200	3	0,003
Overig/onbekend	400	7	0,008
Totaal	5.600	100	0,120

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

Tabel 4 Hockeyblessures 2017: SEH-bezoeken naar locatie en type blessure

	Aantal	%	Aantal per 1.000 hockeyuren
Hoofd/hals/nek	1.200	22	0,025
open wond hoofd	500	9	0,010
oppervlakkig letsel/kneuzing hoofd	300	6	0,007
trauma capitis/licht hersenletsel	200	3	0,003
Romp/wervelkolom	<100		
Schouder/arm/hand	2.900	52	0,060
<i>Hand/vingers</i>	<i>1.800</i>	<i>33</i>	<i>0,038</i>
fractuur hand/vinger	1.100	20	0,023
oppervlakkig letsel/kneuzing hand/vinger	500	10	0,011
<i>Pols</i>	<i>500</i>	<i>8</i>	<i>0,010</i>
polsfractuur	300	5	0,005
oppervlakkig letsel/kneuzing pols	100	2	0,003
<i>Bovenarm/elleboog/onderarm</i>	<i>300</i>	<i>6</i>	<i>0,006</i>
oppervlakkig letsel/kneuzing arm	200	3	0,004
<i>Schouder/sleutelbeen/ac-gewricht</i>	<i>300</i>	<i>5</i>	<i>0,006</i>
fractuur sleutelbeen/schouder	100	2	0,003
luxatie schouder/ac-gewricht	100	2	0,002
Heup/been/voet	1.200	22	0,025
<i>Enkel</i>	<i>600</i>	<i>11</i>	<i>0,013</i>
enkeldistorsie	400	7	0,008
oppervlakkig letsel/kneuzing enkel	100	2	0,003
Enkelfractuur	100	2	0,002
<i>Voet/tenen</i>	<i>300</i>	<i>6</i>	<i>0,007</i>
oppervlakkig letsel/kneuzing voet/tenen	200	4	0,004
fractuur voet/teen	100	2	0,002
<i>Knie</i>	<i>200</i>	<i>3</i>	<i>0,004</i>
Overig	200	3	0,003
Totaal	5.600	100	0,120

Bron: Letsel Informatie Systeem 2017, VeiligheidNL; Leefstijlmonitor 2017, VeiligheidNL i.s.m. RIVM en CBS

Over VeiligheidNL

VeiligheidNL is een onafhankelijk expertisecentrum met de missie om ongevallen te voorkomen door veilig gedrag te stimuleren. We helpen mensen hun veiligheid te vergroten in en om het huis, maar ook op straat, op school en op het werk. We monitoren en signaleren ongevallen en letsel en onderzoeken welke vorm van preventie effectief is. Voor de monitoring is het Letsel Informatie Systeem (LIS) de basis, een registratiesysteem bij een representatieve steekproef van Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's) in Nederland, maar we rapporteren ook dodelijke ongevallen en ziekenhuisopnamen door letsels.

We ontwikkelen effectieve gedragsinterventies die praktisch, oplossingsgericht en op maat zijn en voeren deze ook deels uit. Ten slotte delen wij onze kennis en kunde direct met onze doelgroepen of via professionals, samenwerkingspartners en ambassadeurs. We werken voor en met overheden, bedrijven, zorgverleners en particulieren.

veiligheid  nl