

De hulpverlening van de huisarts bij traumata

De huisarts op zoek naar oorzaken en aanleidingen van ongevallen

DR. C. VAN WEEL*

Voordracht gehouden op het achtentwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 4 november 1983 in de Koningshof te Veldhoven.

Inleiding

In *Die Blechtrommel* beschrijft Günther Grass het leven van de dwerg Oscar Matzerath.¹

Een van de sleutelsituaties uit deze roman speelt zich af op de derde verjaardag van de kleine Oscar, wanneer hij van zijn ouders een reeds lang gewenst blikken trommeltje cadeau krijgt. Het is op deze feestdag, dat de driejarige zich geconfronteerd ziet met een kans uit duizenden: als zijn vader de kelderdeur in een onbewaakt ogenblik open laat staan, is het kleine mannetje er als de kippen bij om zich in de kelder te verschansen en zich aldaar een ongeval aan te doen.

Zeer uitvoerig is de beschrijving hoe de kleine Oscar de traprede uitkiest waarvan hij zich naar beneden zal storten. Geeft de achtste wel voldoende garantie voor aantrekkelijk letsel? Is de twaalfde niet te hoog? Uiteindelijk stort hij zich hals over kop van de tiende traprede, waarbij hij door het meesleuren van een aantal flessen vruchten-op-sap het ongeval de ware uiterlijke kenmerken weet mee te geven.

Het is een gebeurtenis die diep ingrijpt in zowel het leven van de kleine als van de overige familieleden: de echtelijke relatie heeft er verder aanzienlijk onder te lijden en in het spel van schuldgevoel en verwijt eet moeder Matzerath zich letterlijk de dood in, terwijl dejarige Oscar vanaf dat moment besluit niet langer te groeien.

Uiteraard geeft deze dramatische ontwikkeling aanleiding tot bezoek van de huisarts. Deze verzorgt het opgetreden letsel lege artis, en besluit verder dat er eigenlijk weinig aan de hand is. Vanuit onze visie op de taak van de huisarts bij

ongevallen mag dit een wat erg magere afhandeling van zaken zijn, zeker geplaatst tegen de achtergrond van de verdere lotgevallen van de familie Matzerath. En we moeten ons hier op deze plaats dan maar troosten met de gedachte dat dit nalaten van gewenst handelen de wereld tenminste een van de grootste romans die ooit geschreven zijn, oplevert.

Onderzoek

Snijwondjes en ongevallen bij kinderen zijn geen zeldzaamheid in de huisartspraktijk. De huisarts ziet vooral de kleine ongevallen; in afnemende frequentie zijn dat: snijwonden, schaafwonden, contusies, distorsies, fracturen en brandwonden (zie mijn bijdrage in *Handen thuis*; de specifieke leeftijdsverdeling is daarin eveneens weergegeven).² Nu is een van de redenen om zozeer de nadruk te leggen op de behandeling van ongevallen binnen de huisartsgeneeskunde, het feit dat een ongeval niet altijd een ongeval is, doch een aanwijzing kan vormen voor achterliggende problematiek. Wat dat betreft spreken de lotgevallen van de familie Matzerath boekdelen. Maar in hoeverre houden huisartsen zich bezig met dit aspect van de traumatologie?

Die vraag heb ik voorgelegd aan de leden van de groep in het gezondheidscentrum in Ommoord.

Opvattingen. De eerste stap was een inventarisatie van de opvattingen binnen de groep ten aanzien van het handelen bij ongevallen.

Het bleek dat alle vijf de huisartsen van mening waren dat het tot hun taak behoorde bij ongevallen aandacht te besteden aan aspecten als oorzaak, aanleiding en dergelijke, zij het dat daarbij enkele kanttekeningen werden ge-

maakt. Van belang was, in welke situatie men een patiënt met een ongeval ziet: gaat het om een eigen patiënt of om een patiënt tijdens de waarneming? In geval van waarneming is een terughoudender optreden van de huisarts wenselijk.

Een tweede opmerking had betrekking op de plaats van behandeling van het ongeval. Het is een van de eigenschappen van ongevallen, dat ze plotseling optreden, terwijl ook de vraag om behandeling moeilijk te reguleren valt binnen de werkzaamheden van de huisarts. Ongevallen kunnen derhalve zowel op het spreekuur als „tussendoor” onder de aandacht van de huisarts worden gebracht, en men was van mening dat vooral de „tussendoor” behandelde gevallen zich slecht lenen voor een uitvoerige analyse van aanleiding of oorzaak van het ongeval.

Registratie. Als tweede stap werd besloten een aantal weken alle contacten met ongevallen te registreren. Met deze registratie werd beoogd inzicht te krijgen in de mate waarin het door de groep *gewenste* handelen ook daadwerkelijk in de praktijk werd uitgevoerd.

Daarbij is gebruikgemaakt van een registratieformulier dat diende te worden ingevuld bij alle contacten in verband met een ongeval. Geregistreerd werd wie de behandelend huisarts was en wie de eigen huisarts, en voorts naam, leeftijd en geslacht van de patiënt, aard van het ongeval, en tenslotte of de oorzaak van het betreffende ongeval door de huisarts onderzocht werd.

De eerste ervaring met deze registratie leverde al meteen een interessant punt op: het bleek dat patiënten met ongevallen zo vaak zelf met een verklaring naar voren kwamen, dat het niet mogelijk was uitsluitend het aandeel van de huisarts hierin te registreren; derhalve is geregistreerd in hoeverre het verhaal van de patiënt aan de orde is gekomen, en of de huisarts nog aanvullende hypothesen over het ontstaan van het ongeval heeft geformuleerd en onderzocht.

Resultaten

Frequentie. Het onderzoek heeft betrekking op 233 contacten met ongevallen die hebben plaatsgevonden in de periode van 15 mei tot 15 juli, het punt waarop de vakanties uitbraken en er in hoge mate sprake was van waarneem-situaties, waardoor de resultaten beïnvloed zouden kunnen worden.

De ongevallen die in deze tijd onder de aandacht van de huisarts werden ge-

* Huisarts Gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam

bracht, komen overeen met de reeds genoemde epidemiologische cijfers: vooral snijwonden, schaafwonden en contusies werden voor behandeling aangeboden, met daarnaast nogal wat fracturen. De nadruk lag op de leeftijdsgroep tussen de 5 en de 24 jaar. Voor het merendeel betrof het eerste contacten en wel 180 tegen 53 herhalingscontacten.

Oorzaak/aanleiding besproken? In 86 procent van de gevallen was de oorzaak van het ongeval tussen huisarts en patiënt besproken. Als we onderscheid maken naar eerste contacten en herhalingscontacten, zijn de percentages respectievelijk 94 en 60 procent.

Het tijdstip waarop het ongeval zich bij de huisarts aandient, blijkt geen duidelijke invloed te hebben op het al dan niet bespreken van de oorzaak:

- spreekuur, afspraak: 94 procent;
- „tussendoor” (inclusief huisbezoek): 93 procent;
- dienst: 100 procent.

Iets dergelijks kan worden opgemerkt ten aanzien van de behandelend huisarts: het maakt nauwelijks of geen verschil of het ongeval is behandeld door de eigen huisarts of door een waarnemer. De enige uitzondering wordt gevormd door de groep patiënten van buiten de waarneemgroep die met een ongeval langskomen; bij deze groep is slechts sporadisch aandacht aan oorzaken/aanleiding besteed. Dit is een zeer voor de hand liggende uitkomst.

Kwalitatieve analyse. Laten we ons vervolgens richten op de aangeboden en verder gezochte inhoudelijke verklaringen voor het ongeval.

Om te beginnen de eerste contacten. Vijf maal kwam de oorzaak of aanleiding van het ongeval niet aan de orde en de overgrote meerderheid werd door de patiënt verklaard als een echt ongeval; een samenloop van omstandigheden waar geen aanwijsbare oorzaak voor was (145).

Daarnaast brachten de patiënten de volgende verklaringen naar voren:

- geweld buiten de gezinsrelatie (dus vechtpartijen in cafés, maar ook op speelplaatsen) was verantwoordelijk voor 8 trauma's;
- in 4 gevallen vermeldde de patiënt dat hij zo onder druk leefde, dat daarmee het ongeval te verklaren was;
- in 3 gevallen werd een somatische afwijking als aanleiding genoemd;
- eveneens 3 maal was een relationeel probleem de oorzaak en was door de partner geweld gebruikt.

Tenslotte had de huisarts in één geval wel naar de oorzaak van het ongeval gevraagd, maar kon hij zich bij het invullen van het formulier niet meer herinneren waarover het was gegaan.

Bij de herhalingscontacten bleek het uitsluitend te gaan om werkelijke ongevallen, en in de meeste gevallen werd dan ook opnieuw vastgesteld dat het trauma het gevolg was van een ongeval. In het algemeen leverden de door de eigen huisarts behandelde ongevallen een wat geschakeerder beeld op naar oorzaak en aanleidingen dan de in de waarneming behandelde ongevallen.

Als tweede stap zijn we nagegaan welke mogelijke vooronderstellingen er bij de huisarts leefden over het optreden van ongevallen, los van het verhaal van de patiënt, en in hoeverre deze additionele hypothesen ook door de huisarts zijn onderzocht.

Nadere verklaringen voor het ontstaan van het trauma werden door de huisarts eigenlijk uitsluitend gezocht, wanneer er volgens de patiënt sprake was van een ongeval. In ruim 27 procent van de gevallen waarin deze verklaring bij een eerste contact naar voren werd gebracht, is er door de huisarts in deze zin nader onderzoek verricht. De door de huisarts geformuleerde verklaringen zijn als volgt gecategoriseerd:

- een somatische afwijking als achterliggende oorzaak: 14 maal;
- probleemgedrag: 12 maal;
- werkelijk ongeval: 7 maal;
- „haast”: 4 maal;
- alcoholintoxicatie: 2 maal;
- relatieproblematiek: 2 maal.

In ongeveer de helft van de gevallen bleek de door de huisarts naar voren gebrachte hypothese ook bevestigd te worden; alleen bij de veronderstelde somatische afwijkingen was dat in mindere mate het geval.

Conclusie

Dit onderzoek heeft zich beziggehouden met de vraag in hoeverre de huisarts bij hulpverlening bij traumata ook een taak ziet in het onderzoeken van de aanleiding of de oorzaak van het opgetreden trauma.

Uit de naar voren gebrachte cijfers kan worden geconcludeerd, dat bij deze groep huisartsen de hulpverlening bij traumata meestal ook inhoudt, dat de oorzaak of aanleiding van het trauma ter sprake komt. Daarbij draagt de patiënt zeer frequent zelf een verklaring aan. Naast de constatering dat het een ongeval is, worden ook regelmatig psy-

chosociale problemen spontaan naar voren gebracht.

De huisarts zoekt daarnaast, en los van de verklaring van de patiënt, op zijn eigen initiatief naar oorzaken en aanleidingen. Daarbij richten zijn vooronderstellingen zich zowel op het somatische als op het relationele vlak.

De „voorselectie” van de onderzoeksgroep heeft uiteraard belangrijke gevolgen voor de te trekken conclusies. Onder de aan het onderzoek deelnemende huisartsen bestond speciaal belangstelling voor dit onderwerp met het oog op het NHG-congres over geweld. De gevonden cijfers dienen tegen die achtergrond te worden gezien, en vormen een vingerwijzing naar wat te verwachten is, indien de huisarts het tot zijn taak rekent om bij de hulp aan patiënten met traumata uitvoerig stil te staan bij de oorzaken van die traumata.

¹ Grass G. Die Blechtrommel Danziger Trilogie I. Darmstadt: Luchterhand, 1974.

² Weel C van. Ongevallen in de huisartspraktijk. In: Moors J, Wenckamp H, red. Handen thuis. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.

Nota bene

Bij de bepaling van de kosten van allerlei belangrijke medische ingrepen is tot nu toe onvoldoende met die van de langdurige nazorg rekening gehouden. Stelling bij: Sloof CJAJ. De klassifikatie en het beloop van schizofrenie en reactieve psychosen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1984.

Stille galstenen dient men „stilletjes” te laten zitten.

Het begrip „post-natale depressie” dient men te laten reserveren voor de geestesgesteldheid van de pasgeborene.

Stellingen bij: Syperda A. Thyreoglobuline bij hyperthyreoïdie en schildklier carcinoom [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1984.