

Consult in verband met privé-ongeval

I. BURGER
P.H. VAN PUTTEN

In het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag verzamelen huisartsen epidemiologische gegevens omtrent ziektebeelden en gebeurtenissen over hun totale praktijkpopulatie. Met ingang van 1 januari 1988 bestrijkt het stelsel de hele Haagse gezondheidsregio. In 1989 werd geregistreerd door 30 huisartsen in Den Haag, 7 in Rijswijk, 4 in Leidschendam, 3 in Wassenaar en 9 in Zoetermeer. Het peilstationsstelsel bestrijkt tussen de 13 en 30 procent van de bevolking van de deelnemende gemeenten. In 1989 registreerden de huisartsen de volgende ziektebeelden of gebeurtenissen: consult in verband met privé-ongeval, woonomstandigheden en ongezondheid, bof en/of bofcomplicatie, heupfractuur, te vroeg ontslag uit een ziekenhuis, psychische maternale klachten (0-3 maanden post partum), suïcidaal gedrag, en ernstige bijwerking geneesmiddel. In de komende afleveringen van Huisarts en Wetenschap zal een selectie uit het Jaarverslag 1989 worden overgenomen.

Ontleend aan: *Epidemiol Bull* (Den Haag) 1990; 25(2): 4-7.

Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker afdeling epidemiologie, GGD Den Haag; P.H. van Putten, huisarts in Zoetermeer.

Correspondentie: Stafbureau epidemiologie GGD, Postbus 65783, 2506 EB Den Haag.

Inleiding

De behandeling van kleine traumatologie wordt tot het basistakenpakket van de huisarts gerekend.¹ Uit literatuurgegevens blijkt dat de afstand tot de dichtstbijzijnde eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis een negatieve relatie onderhoudt met het aantal consulten bij de huisarts voor de behandeling van deze aandoeningen.²

De gemeenten in het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag hebben een verschillend aanbod van deze eerste-hulpvoorzieningen. Verondersteld werd dat tussen deze gemeenten belangrijke verschillen in hulpvraag en verwijzgedrag met betrekking tot de kleine traumatologie zouden bestaan. Opname van dit onderwerp in het peilstationsstelsel zou daarom een aantal interessante aanknopingspunten kunnen bieden. Bovendien is nog weinig onderzoek gedaan naar de aard van het letsel en de werkbelasting van de huisarts voor deze aandoeningen.

Registratie

Een privé-ongeval is als volgt gedefinieerd: 'Een ongeval (een plotseling optredende ongewilde en onvoorziene gebeurtenis die resulteert in acuut fysiek letsel) dat *niet* heeft plaatsgevonden tijdens de beroepsuitoefening of tijdens deelname aan het verkeer waarbij andere verkeersdeelnemers betrokken waren'. Geregistreerd zijn alleen de letsels die in 1989 voor het eerst aan de huisarts werden aangeboden en waarbij geen behandeling had plaatsgevonden op een eerste-hulp- of (poli)klinische afdeling van een ziekenhuis.

Voor het registreren van poliklinisch behandelde patiënten met een privé-ongeval heeft de Stichting Consument en Veiligheid in 1983 een landelijk registratiesysteem (Privé-ongevallen registratie-systeem - PORS) opgezet, waaraan een steekproef van 14 ziekenhuizen deelneemt. Waar dat relevant is, zullen de cijfers van de huisartsen uit de Haagse regio met cijfers uit deze landelijke ziekenhuisregistratie worden vergeleken. Daarbij moeten we ons echter realiseren dat de systemen consultaties van een verschillende geaardheid beschrijven. Bovendien zijn de populaties qua leeftijdsopbouw niet geheel overeenkomstig: in de Haagse regio wonen minder 0-19-jarigen en meer 60-plussers dan in Nederland als geheel.

Epidemiologische gegevens

Gedurende 1989 vonden in de 43 praktijken in totaal 3.094 consulten voor een privé-ongeval plaats, hetgeen een relatief voorkomen oplevert van 35 ongevallen per 1.000 patiënten per jaar.

In de verdeling van de consultaties over het

jaar zien we in het voorjaar bij de huisartsen en de ziekenhuizen een opleving. De PORS-registratie toont echter in de vakantieperiode een duidelijke daling ten gevolge van het verminderd aantal aangeboden sportletsels.

Ten aanzien van de leeftijd- en geslachtsverdeling van de slachtoffers mogen we concluderen dat de huisarts relatief veel 0-9-jarigen ziet voor een privé-ongeval. Het grote aandeel van de vrouwelijke 50-plussers dat hiervoor bij de huisarts komt, mag voor een deel worden toegeschreven aan het relatief grote aantal oudere vrouwen dat in de peilstationregio woonachtig is.

Hoewel Leidschendam een 'eigen' ziekenhuis heeft zien we hier het hoogste relatieve aantal aangeboden privé-ongevallen: 56 per 1000. Ook Wassenaar scoort hoog met 52 per 1000. Zoetermeer neemt een middenpositie in (40 per 1000), terwijl Rijswijk het laagst scoort met 20 per 1000. In Den Haag zelf bedroeg de score 31 per 1000. De afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis is in een sterk verstedelijkt gebied als de agglomeratie Den Haag dus niet de enige bepalende factor voor de keuze van de patiënt. De spreiding in mate van consultatie van de huisarts per gemeente bleek zelfs aanzienlijk.

Kneuzingen (32 procent) en bloedige verwondingen (24 procent) zag de huisarts het meest, gevolgd door distorsies (16 procent) en fracturen (9 procent). Verder werd zijn hulp ingeroepen bij brand- en schaafwonden, splinters, beten, luxaties, etc. Vergelijken we de letsels die de huisarts behandelde, met de letsels die op de eerste-hulplocaties worden aangeboden, dan constateren we dat de huisarts relatief beduidend meer kneuzingen zag en veel minder fracturen.

Nagegaan is hoeveel tijd verstreek tussen het ontstaan van het letsel en het bezoek aan de huisarts. Dat leverde de volgende cijfers op: 42 procent kwam binnen acht uur, 26 procent kwam gelijkelijk verdeeld over de rest van het etmaal, en 32 procent verscheen pas na 24 uur. Aanvullend is bekeken in hoeverre het patiënt-delay schadelijk was geweest voor het letsel. In een aantal gevallen (8 procent) kon dit niet worden vastgesteld, doch bij 6 procent was het delay zeker schadelijk. Tweederde van deze patiënten consulteerde de huisarts na 24 uur. In volgorde van voorkomen wachtte men vooral te lang bij splinters, fracturen, beten, brandwonden, spierscheuren en luxaties.

Behandeling van ongevallen vindt veelvuldig plaats buiten het 'reguliere' spreekuur: 41 procent van alle consulten met betrekking tot privé-ongevallen liep buiten het spreekuur om. In de vijf gemeenten zien we hierin opmerkelijke verschillen. De Zoetermeerse huisartsen ontvingen ruim tweederde van hun 'ongevalpatiënten' buiten het spreekuur. In Leidschendam, waar het

relatieve vóórkomen van deze consulten het hoogste was, werd juist 80 procent van de patiënten tijdens het 'reguliere' spreekuur geholpen. Als de mogelijkheid bestond de huisarts 'tussendoor' te consulteren, kwam men vaker binnen acht uur. In hoeverre de formulering 'regulier' eenduidig is gehanteerd, valt overigens moeilijk vast te stellen. In de ene praktijkorganisatie zal het bijvoorbeeld 'zonder afspraak' betekenen, in de andere 'in de avonduren'.

Voor 80 procent van de privé-ongevallen was de behandeling van de huisarts toereikend. Tussen de gemeenten vonden we weinig verschillen: alleen de Rijswijkse huisartsen verwezen beduidend meer. De verwijzingen betroffen voornamelijk fracturen (40 procent), kneuzingen (21 procent) en distorsies (14 procent).

Beschouwing

Het door ons gevonden relatieve vóórkomen van 35 privé-ongevallen per 1.000 personen per jaar komt goed overeen met resultaten uit de privé-ongevallenregistratie van de landelijke Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (CMR). In 1981, het eerste jaar waarin ongevallen in de privé-sfeer via de CMR zijn geregistreerd, vond men een vóórkomen van 30 per 1.000 inwoners.³ Dat het CMR-cijfer wat lager ligt, hangt mogelijk samen met het feit dat alle verkeersongevallen waren uitgesloten werden (dus ook wanneer er geen andere verkeersdeelnemers bij betrokken waren).

We willen met deze registratie onder andere inzicht verschaffen in de aard van de patiëntenstromen en in het letsel waarmee privé-ongevallsslachtoffers zich bij een huisarts dan wel een ziekenhuis melden. Exacte cijfers over de keuze die ongevals-slachtoffers maken, zijn er niet. Geschat wordt dat ongeveer 45 procent de huisarts raadpleegt.⁴ Zoals blijkt uit onze cijfers, is de hulp van de huisarts in 80 procent toereikend.

Mammografie

Wij zijn het oneens met de aanbeveling in de standaard 'Mammografie' bij de consensus mammografie code D (radiologisch dubieus benigne).¹ Indien de kans op het in de borst aanwezig zijn van een maligniteit 5-10 procent is, dient dit ons inziens uitgesloten dan wel bevestigd te worden door middel van een cytologische punctie of een excisiebiopsie. Over dit punt werd overigens ook een afspraak gemaakt bij de consensusbijeenkomst d.d. 10.12.1983 van de CBO Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek. Het advies bij code D luidt: beeld voldoende verdacht om cytologie of biopsie te doen. Het lijkt ons juist dit advies over te nemen.

Dr. P.W. de Graaf
Dr. A. Hennipman
Prof. dr. H. Obertop

¹ Beusmans GHMI, De Geus CA, Hintoopen R, et al. Mammografie [Standaard]. Huisarts Wet 1990; 33(1): 26-32.

Naschrift

Wij zijn De Graaf, Hennipman en Obertop zeer dankbaar voor hun reactie. Bij een kans op maligniteit van 5-10% is nader onderzoek inderdaad aangewezen. De gepubliceerde standaard mammografie dient in dit opzicht te worden aangepast. Achteraf gezien is het verbazingwekkend dat wij allen, betrokken bij de opstelling en beoordeling van de standaard, deze omissie niet bijtijds hebben opgemerkt.

Namens de werkgroep,
F.J.A. Huygen

Geweld

Met veel aandacht en interesse heb ik het artikel van Boersma en Ter Braak gelezen.¹ Jammer is, dat dit artikel bij de niet ingevoerde lezer de indruk zou kunnen wekken dat geweld als een geïsoleerd probleem te beschouwen is, hetgeen zeker niet de bedoeling van de auteurs zal zijn geweest. Door geweld te plaatsen binnen het denkkader van Vrouwenhulpverlening kunnen 'signaal'-klachten gemakkelijker door de huisarts worden herkend en geïnterpreteerd. In het verlengde hiervan zou ik willen pleiten voor registratie van niet alleen geweld, maar ook van psychosociale en psychosomatische klachten van vrouwen.²

Th.M. Heddes
doctoraal studente klinische psychologie RUU

¹ Boersma AA, Ter Braak EM. Geweld tegen vrouwen: krijgt het de aandacht die het verdient? Huisarts Wet 1990; 33(6): 236-9.

² Vos D. Vrouwenproblematiek in kaart gebracht: over het verband tussen sociale situatie en problematiek. Hengelo: De Beuk, 1989.

Naschrift

Mw. Heddes stelt in feite dat het onderzoek naar presentaties van geweldsproblematiek in de huisartspraktijk en de rol van de huisarts daarin nog nauwelijks enige diepgang heeft. Nauwkeurige morbiditeitsregistraties, inclusief gedetailleerder mogelijkheden tot geweldsregistratie binnen de International Classification of Primary Care, zijn mijns inziens noodzakelijke stappen om verder te kunnen komen. Hier ligt een groot onderzoekssysteem braak.

E.M. ter Braak

SIMG-Janssen Research Foundation Prijs

In 1990 zal de SIMG-Janssen Research Foundation Prijs voor de vijftiende maal worden toegekend. Doel van de prijs is het bieden van steun bij de uitvoering van een voorgenomen wetenschappelijk onderzoek door een huisarts.

Kandidaten dienen vóór 30 november 1990 een in het Engels, Frans of Duits gesteld onderzoek-protocol van maximaal 1000 woorden te zenden aan: Prof. dr. R. De Smet, Centrum voor Huisartsopleiding, U.Z. - Blok A, De Pintelaan 185, B-9000 Gent. In het protocol moeten doel,

belang en methodologie van het voorgestelde onderzoek worden toegelicht. Een internationale jury van huisartsen zal de inzendingen beoordelen op onder meer duidelijkheid van de onderzoeksvraag, correctheid van de voorgestelde methode, uitvoerbaarheid in de praktijk en herhaalbaarheid op internationale schaal. De winnaar moet zijn werk binnen twee jaar voltooiën. Daarna moet hij de resultaten bekend maken op een SIMG-congres. Bij de bekroning ontvangt hij BEF 50.000 en bij de voordracht nog eens eenzelfde bedrag.

¹ Anoniem. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

² Tenk M, Van Binsbergen JJ, Kamma H. Ongevallen: huisarts en de afstand tot het ziekenhuis. Behandelen, verwijzen of buitenspel? Huisarts Wet 1989; 32: 125-7.

³ Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1981. Utrecht: Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, etc., 1982.

⁴ Sixma H. EHBO: patiëntenstromen. Med Contact 1988; 43: 503-5.