

**Traumatologie de deur uit**  
**Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar**  
**Traumatologie aan de Universiteit van Maastricht op 17 september 2004 door**  
**dr. P.R.G. Brink**

Mijnheer de rector magnificus,

Geachte toehoorders,

“Het is mijn taak om tegen u te spreken. Het is uw taak om naar mij te luisteren. Als u eerder klaar bent met uw taak dan ik met de mijne, dan verzoek ik u vriendelijk mij dat te melden”. Aldus President Roosevelt van de Verenigde Staten in 1934 tijdens een wat rumoerig verlopende bijeenkomst.

Uiteraard wil ik hiermee niet aangeven dat mijn positie vergelijkbaar is met die van een voormalige president van Amerika, maar toch verkeer in de gelukkige omstandigheid dat ik het woord heb gekregen van de rector magnificus en u de rol van toehoorder.

Vanuit deze positie wil ik graag mijn visie met u delen aangaande de Traumatologie in het algemeen en ontwikkelingen in dit vakgebied in het bijzonder. Ik hoop dat ik u de komende drie kwartier zodanig kan onderhouden dat ik de woorden van Roosevelt niet hoeft te herhalen.

Bij de voorbereiding van deze rede vond ik zelf de titel het lastigste onderdeel. Uiteindelijk is het de wat uitdagende titel “Traumatologie de deur uit” geworden, waarbij ik mij nog steeds afvraag of daar nu een uitroepteken of een vraagteken bij had moeten staan. Ik ga u dat uitleggen.

De meest direct voor de handliggende uitleg van de titel zou kunnen zijn dat ik er voor pleit om het vak Traumatologie op te heffen.

Wat is Traumatologie?

### **Het vak Traumatologie**

In de achtergrondstudies, behorende bij het document “Acute Zorg” van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg uit 2003 wordt aangegeven dat er een apart specialisme Traumatologie tot ontwikkeling is gekomen! Dat is een constatering die weliswaar niet geheel met de feiten strookt, maar we staan blijkbaar op de kaart!. Traumatologie is het vakgebied wat zich bezighoudt met de opvang, diagnostiek en behandeling van slachtoffers van uitwendig inwerkend geweld in de ruimste zin van het woord. Onderscheid moet worden gemaakt tussen de fysieke gevolgen van dit aangrijpend geweld ( mijn vakgebied) en de psychische gevolgen van het doormaken van een voor slachtoffers bedreigende situatie. Dit psychotrauma wordt vaak ten onrechte afgekort tot trauma, waardoor een traumatoloog gemakkelijk verward kan worden met een psycholoog. Uiteraard moeten wij wel degelijk oog hebben voor de psychologische gevolgen van het doorgemaakte trauma maar ligt onze deskundigheid bij het fysieke gevolg van de geweldsinwerking.

Alle letsels van simpel tot complex, van een tijdelijk ongemak tot een potentieel dodelijke combinatie van orgaanschade vallen in wezen onder Traumatologie.

Het is zo vanzelfsprekend. Zolang er levensvormen zijn geweest die kunnen bewegen of bewogen kunnen worden, is de kans op beschadiging aanwezig. Hoe complexer de levensvorm hoe groter de kans om deze beschadiging te overleven. Mensen en dieren hebben de potentie om letsels te genezen door natuurlijke reacties op celniveau. Toch is het om meerdere redenen handig als ingegrepen kan worden

om het herstel te ondersteunen en/of te bespoedigen. De mens heeft dan ook in zijn oervorm, hoogstwaarschijnlijk als een natuurlijke drift om te overleven, al gebruik gemaakt van technieken als wondafdekking en stabilisering van ledematen.

Eigenlijk is Traumatologie de oudste vorm van Heelkunde. De eerste beschrijvingen van de behandeling van traumaslachtoffers dateren van ongeveer 5000 jaar geleden. In feite is het probleem van letsels en hun behandeling zowel kwantitatief maar ook kwalitatief steeds belangrijker geworden. De ontwikkeling van hulpmiddelen die krachten of snelheid voortbrengen en vergroten heeft er toe geleid dat het aantal letsels alsmaar toeneemt. Maar ondanks preventieve maatregelen bijvoorbeeld in het verkeer, zoals valhelmen, autogordels, snelheidsbeperkingen en dergelijke, waarbij het aantal dodelijke slachtoffers in het verkeer in de afgelopen 25 jaar met tweederde is gedaald, is door toename van de intensivering van het verkeer en de grotere kans om niet direct op de plaats van het ongeval te overlijden, in absolute zin het werk voor traumatologen toegenomen.

Daarnaast is er een absoluut waarneembare trend in de toename van het aantal slachtoffers van penetrerend geweld zoals schot- en steekwonden. Blijkbaar zoekt men in de moderne tijd steeds sneller en gemakkelijker naar deze fysieke maatregelen om zijn gelijk te halen.

Kortom, letsels zijn er altijd geweest en zullen in de toekomst alleen maar toenemen, waardoor er een absolute werkgarantie in dit vakgebied bestaat.

In Amerika noemt men trauma de onoplosbare epidemie ( of ook wel the neglected disease) van de moderne maatschappij waar wij allen, inclusief de politiek en medici, mee moeten leren leven.

Op het lijstje belangrijkste doodsoorzaken in Nederland staat trauma weliswaar niet bij de eerste 10, maar jaarlijks sterven toch rond de 5000 mensen aan de gevolgen van een ongeval.

Om aan te geven dat het een mondiaal probleem is wat stelselmatig wordt genegeerd moet u zich realiseren dat er bijvoorbeeld in het jaar 2000 5 miljoen doden zijn gevallen ten gevolge van uitwendig inwerkend geweld.

Beschouwen wij het aantal verloren levensjaren dan volgt trauma, na hartziekten, beroerte en longkanker op de vierde plaats. Dat komt omdat traumapatiënten relatief jong zijn in de groep zelfdoding en verkeersongevallen. Deze jongere leeftijd komt nog het beste tot uiting in het feit dat bij overlijden door een trauma gemiddeld tussen de 40 en 50 levensjaren verloren gaan. Alleen aangeboren en vlak na de geboorte verworven aandoeningen scoren hoger.

Kijkend naar incidentie dan scoren letsels het hoogst. Jaarlijks zijn in Nederland 2,5 miljoen mensen betrokken bij een trauma. Dat aantal is bijvoorbeeld hoger dan het aantal mensen met bovenste luchtweginfecties.

De meeste ongevallen vinden plaats in de privé sfeer, gevolgd door letsels bij sport. De letsels in de privé sfeer tonen een stijgende lijn, doordat er steeds meer vrije tijd beschikbaar is gekomen. Wellicht dat de herinvoering van de 40-urige werkweek daar een gunstige invloed op kan hebben.

Ongevallen in het verkeer en op het werk, welke vaak in de media breed worden uitgemeten, zijn beiden slechts voor 12% van het totaal aantal ongevallen verantwoordelijk.

Dit groot aantal letsels, bij vaak jonge, in het arbeidsproces betrokken mensen, kost de maatschappij veel geld. Na de kosten voor de verpleging van geestelijk gehandicapten en dementen volgt trauma, hart- en vaatziekten en beroertes achter zich latend. De kosten voor medische behandeling van letsels alleen al kost ons

jaarlijks meer dan 1 miljard euro, dit is 3,5% van het totale zorgbudget. De kosten door verzuim en verlies van arbeidsinzet is een veelvoud hiervan.

Wellicht dat in de preventieve sfeer iets aan deze grote aantallen gedaan kan worden. Kijken we echter wereldwijd dan blijkt uit cijfers van de WHO dat er 600 maal meer geld wordt uitgegeven aan research naar HIV dan naar preventieve maatregelen om het aantal verkeersdoden te verlagen. Aan dit laatste wordt evenveel geld uitgegeven als aan onderzoek naar bijvoorbeeld tuberculose. Maar letsels blijven nu eenmaal onvermijdelijk en wij hebben de taak om de kans op overlijden of de mate van restinvaliditeit in positieve zin te beïnvloeden.

Wie behandelen de slachtoffers van geweld nu eigenlijk?

Vanuit het gezichtsveld van de breed opgeleide algemeen chirurg is er alles voor te zeggen om het vakgebied Traumatologie onderdeel te laten zijn van de Heelkunde. Zeker als het gaat om meervoudige verwondingen, komt de holistische benadering van de mens, ( het beschouwen van de mens als geheel) goed van pas. Eén behandelaar voor alle letsels geeft duidelijkheid aan het slachtoffer en zijn omgeving. Dit is echter, mondiaal gezien, niet een vanzelfsprekendheid.

Al in 1922 heeft men in de Verenigde Staten de behandeling van de botbreuken uit de generale behandeling van traumaslachtoffers gelicht en onder een eigen commissie gebracht. Pas in 1939 werd de traumachirurgie, als specialisme wat zich bezighoudt met letsels, behalve die van het steun- en bewegingsapparaat, erkend. De chirurg draagt in dat model de verantwoordelijkheid voor de letsels van de romp omdat hij bij uitstek de weg weet te vinden in bijvoorbeeld de buik. Maar ook omdat hij vanuit de ervaring met acuut ernstig zieke patiënten, vanuit de onmiskenbare parallellen tussen acuut ziekzijn en trauma, in staat is om ook voor de opvang zorg te dragen.

Extremiteitletsels (letsels aan de ledematen) daarentegen worden in de Engelstalige landen niet door de algemeen chirurg, en dus ook niet door de **traumasurgeon**, behandeld. Daarvoor heeft men de **orthopedic trauma surgeon**, die op afroep, nadat de levensbedreigende letsels zijn behandeld, zijn bijdrage levert aan het totale herstel van de patiënt. Beiden vallen onder de vlag van het nationale College of Surgeons als overkoepelende organisatie.

Waarom dit systeem niet ook in Nederland? Verdeel de Traumatologie tussen de orthopedisch chirurgen in Nederland die de letsels van het steun- en bewegingsapparaat voor hun rekening nemen en laat de opvang van meervoudig gewonden en perforerende letsels van de romp bij de algemene chirurgie.

En doe daar mee het vakgebied Traumatologie, zoals dit in Nederland, maar ook in tal van andere Europese landen, wordt uitgeoefend, de deur uit en volg landen als de Verenigde Staten, Australië en Engeland.

Dit zou het einde betekenen van een jarenlang touwtrekken tussen de Heelkunde en de Orthopedie over wie wat zou mogen en kunnen behandelen. Vanuit een jarenlang domein denken zijn allerlei min of meer kunstmatige afspraken geformuleerd, en maatschappen gevormd om de situatie werkbaar te houden. Ontkoppeling van het werkterrein van de traumatoloog in die van traumasurgeon en orthopedic trauma surgeon zou hier een eind aan maken.

Hoe is het echter gesteld met die traumasurgeon in bijvoorbeeld de Verenigde Staten?

Al sedert 1990 verschijnen er in de vakliteratuur artikelen over de problemen die met name traumasurgeons hebben met hun vak.

Niet alleen het verminderen van het aantal schot- en steekwonden in de afgelopen 10 jaar, maar ook de huidige mogelijkheden om bepaalde type letsels zonder operatief ingrijpen te behandelen, maakt dat de belangstelling voor dit vakgebied in de Verenigde Staten terugloopt.

Belangrijkste factoren echter zijn de ontwikkelingen om de intensive care geneeskunde bij de traumasurgeons weg te halen en hen voor grote delen van de algemene Heelkunde uit te sluiten. Deze vergaande erosie leidt tot een dramatische afname in belangstelling voor dit vakgebied. In de Verenigde Staten wil minder dan 3 procent van alle chirurgen zich nog bezighouden met traumapatiënten. Niet in de laatste plaats versterkt door problemen met onverzekerde patiënten, ongunstige werkomstandigheden en de grotere kans om aangeklaagd te worden voor malpractice.

Men poogt de neergang van de Traumatologie in Amerika te stoppen door de traumachirurgen om te vormen tot emergency surgeons. Zij worden dan verantwoordelijk voor alle acute chirurgie van trauma, vaatchirurgie en buikchirurgie. Hiermee zouden zij weer terugkeren in de moederschoot van de algemene Heelkunde.

Ook in Europa gaan stemmen op om op deze wijze bij artsen de belangstelling voor de Traumatologie, op engelse leest geschoeid, te stimuleren.

Of deze keuze een verstandige is betwijfel ik sterk. De angst bestaat dat deze acute chirurg gebruikt gaat worden om op de meest ongunstige tijdstippen de meest vervelende klusjes op te knappen. Ik vraag mij af of hiermee de belangstelling voor dit deel van de Heelkunde wordt versterkt.

De vertwijfelde pogingen om in de Engelstalige landen het deel Traumatologie, wat is afgesplitst van de diagnostiek en behandeling van de letsels van het steun- en bewegingsapparaat, een bestaansrecht te geven, is voor mij een sterk signaal dat deze splitsing kost wat kost moet worden vermeden.

Maar moeten we dan op de huidige voet verder gaan?

Ik denk van niet. De Traumatologie in ons land zit opgeborgen binnen de algemene Heelkunde, waaruit het destijds ook is ontstaan ( of is de algemene Heelkunde ontstaan uit de primitieve Traumatologie?).

Vroeger deed iedere chirurg de behandeling van de letsels van zowel het hoofd, de romp en de ledematen. Het hersenletsel werd later het domein van de neurochirurg, de romp ressorteert nog steeds onder de Heelkunde en de ledematen worden geleidelijk aan gedeeld met de collegae van de Orthopedie. Er zijn signalen dat de onderlinge verhoudingen tussen Orthopedie en Heelkunde geleidelijk normaliseren en ik ken dan ook een groot aantal orthopedische collegae met wie ik gaarne het vakgebied zou willen delen.

Toch zitten aan de bestaande situatie een aantal risico's die op termijn er toe zouden kunnen leiden dat wij, de traumatologen van Nederland, door ons eigen moederspecialisme worden doodgeknuffeld.

Het is helder: de algemene Heelkunde wil de Traumatologie niet kwijt. In de drang naar het behoud van het totale vakgebied waarbij de hele mens centraal staat en de chirurg in staat moet blijven om, zonder de oogkleppen van de subspecialisaties, alle facetten van de diagnostiek en wellicht een deel primaire behandeling paraat te houden, zal vanuit de Heelkunde worden getracht de Traumatologie binnen de deur te houden.

Het is echter dezelfde Heelkunde die, de in de Traumatologie gespecialiseerde collegae, steeds minder het gevoel geeft zich thuis te voelen. Ik noem enkele kenmerkende aspecten die duidelijk moeten maken hoe de relatie algemene Heelkunde en Traumatologie anno 2004 ligt.

### **Traumatologie en Heelkunde**

Een belangrijk voorbeeld is de keuze die gemaakt is voor het tijdschrift wat als basis en bindmiddel dient voor het gehele heelkundige wetenschappelijke bedrijf. Na het opheffen van het eigen tijdschrift het Archivum Chirurgicum, waarin men zijn traumatologische onderwerpen goed kwijt kon, werd uiteindelijk gekozen voor het British Journal of Surgery.

Dit tijdschrift rekent, gelet op zijn Engelstalige oorsprong, het publiceren over de behandeling van letsels van het steun- en bewegingsapparaat niet tot zijn speerpunt. Artikelen die vanuit de Traumatologie worden aangeboden, ook al zijn zij prospectief gerandomiseerd, en bestrijken zij het werkgebied van de in Nederland werkzame chirurg die zich bezighoudt met het vakgebied Traumatologie, worden simpelweg geweigerd omdat de lezers niet tot de doelgroep zouden behoren.

Het lijfblad van de algemene Heelkunde van Nederland rekent het werkgebied van de binnen de Heelkunde functionerende Traumatologie niet tot zijn doelgroep! Overigens wordt de Vaatchirurgie (samen met de Traumatologie de onderdelen van de algemene Heelkunde die zich het meest naast de algemene Heelkunde ontwikkelen met een eigen identiteit) wel in het tijdschrift tot de doelgroep gerekend.

Daarnaast zie je dat als binnen een groot vakgebied als de Heelkunde personen zich met deelgebieden gaan bezighouden ook cultuurverschillen ontstaan.

Zo kan een algemeen chirurg die geen Traumatologie meer doet, de patiënt die nog wacht op een operatie van een gebroken enkel, afdoen met de opmerking: “er ligt ook nog een enkeltje”. Deze verkleinwoordvorm suggereert dat het hier om een eenvoudige ingreep gaat die iedereen binnen de Heelkunde zou kunnen uitvoeren. Wantrouw chirurgen die praten over “het enkeltje”. Of ze doen deze operatie zelf al jaren niet meer, of ze doen hem nog wel en realiseren zich onvoldoende wat een niet perfect uitgevoerde ingreep voor de kwaliteit van leven voor de betreffende patiënt kan betekenen.

Traumatologen spreken bij een patiënt met een ontsteking van de blinde darm nooit over een “appendixje”, een voorwaar toch veel kleiner onderdeel van het menselijk lichaam dan de meeste botten.

“Ja maar, een blindedarmontsteking is een ernstige aandoening en dient bij voorrang geopereerd te worden”. In de praktijk betekent dit dat blindedarmoperaties voorgaan op bij voorbeeld het opereren van patiënten met een gebroken heup.

Deze, meestal veel oudere patiëntencategorie, is standaard de dupe als de algemeen chirurg zijn zin krijgt. Het is goed voor hem te weten dat de kans om te overlijden aan een heupfractuur ongeveer 400 keer hoger is dan bij de appendicitis en dat het moeten wachten op de noodzakelijke ingreep, zeker bij een bepaalde selectie van deze patiënten, de kans op overlijden vergroot.

Terecht kan men hier uit concluderen dat er binnen Traumatologisch Nederland een licht Calimero effect waarneembaar is. Toch zijn wij al geruime tijd geleden uit het ei gekropen.

De Nederlandse Vereniging voor Traumatologie is in 1981 opgericht als subvereniging van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

Ondanks het feit dat zij binnen de Heelkunde altijd de grootste subvereniging is geweest heeft zij intussen alle ontwikkelingsstadia naar volwassenheid doorgemaakt. In het begin ontwikkelde de traumatologische baby zich voorspoedig. Een eigen logo, een eigen tijdschrift, eigen Traumadagen en bij het lustrum een eigen stropdas. Duidelijk een jonge en enthousiaste loot binnen de Heelkunde.

Een achttal jaar geleden begon voor de leden van de Vereniging de pubertijd. Er was duidelijk sprake van een identiteitscrisis en er ontstond discussie over de naam. De al eerder door mij vernoemde verwarring met psychotrauma was voor een aantal leden reden om de naam traumatoloog te wijzigen in bijvoorbeeld ongevalchirurg. Wij zijn destijds zelfs te raden gegaan bij een mediadeskundige om ons imago en daarmee het zelfvertrouwen weer op te krikken.

Deze periode van onzekerheid zijn wij weer te boven gekomen en het afgeven van het eerste eigen beleidsplan in 1997 was een signaal dat wij op eigen benen zouden kunnen staan. Juist gisteren is het nieuwe beleidsplan van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie gepresenteerd, waaraan een volwassen discussie door de leden vooraf is gegaan. Het plan bevat zeker elementen om te koesteren, maar verkeert op het punt van de toekomst mijns inziens nog teveel in het adolescenten stadium.

### **Traumatologie de deur uit!**

Dames en heren, ik denk dat het moment is aangebroken om na te denken of wij als jonge volwassenen in de toekomst wel gebaat zijn bij het blijven inwonen binnen de Heelkunde. Ik heb u de relatie enigszins geschetst en ik realiseer mij dat op plaatsen waar de traumatoloog nog een volledig meewerkend algemeen chirurg is, die het hele pakket van de Heelkunde mede verzorgt, het door mij wat gechargeerde beeld niet in de volle omvang herkend wordt. Maar toch.

De vaatchirurgen gaan ons momenteel voor. Het certificeren van vaatchirurgen binnen de Heelkunde is een eufemisme voor het benoemen van de vaatchirurgie als een eigen vakgebied binnen, of misschien wel naast, de Heelkunde.

De formele reacties vanuit het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde zijn sterk gericht op het krampachtig vasthouden van de eenheid ( die volgens mij al verdwenen is) en het veiligstellen van de belangen van de individuele chirurg. Het belang van de patiënt ( in dit geval de vaatpatiënt), de meest moverende reden van de vaatchirurgen om zich te onderscheiden, wordt zelfs niet genoemd.

Wij, als algemeen chirurgen, opgeleid in de tijd voordat de arbeidsinspectie zich met onze werktijden bemoeide, moeten ons realiseren dat de huidige jonge chirurg, maar zeker de toekomstige chirurg een veel beperkter pakket als basis heeft. Het stimuleren om in het laatste jaar van de opleiding al een van de aandachtsgebieden te kiezen en zich daarin te verdiepen, geeft aan dat de allround chirurg toch echt uit beeld gaat verdwijnen. Wijzelf mogen onszelf niet als voorbeeld stellen en verwachten dat de nieuwe generatie chirurgen in staat blijft om het vak zo breed mogelijk, met behoud van kwaliteit, uit te oefenen.

Er spelen vele belangen mee. De kleinere maatschappen, die wel zoveel mogelijk Traumatologie willen blijven doen, kunnen het zich niet veroorloven om altijd een gekwalificeerd traumatoloog voor de dienst beschikbaar te hebben.

Het afstoten van de Traumatologie zal ook fikse financiële consequenties met zich mee brengen. Maar realiseer u dat ik niet over het heden praat, maar een visie geef

over de ontwikkelingen zoals ik die voorsta, waarbij de intentie om veranderingen door te voeren, eerst na accorderen door alle belanghebbenden, over een flink aantal jaren pas zijn beslag zal krijgen. Maar eens moet de discussie met open vizier gevoerd worden.

Terug naar het aandachtsgebied Traumatologie. Het vervelende is dat de complexe problemen binnen de Traumatologie zich niet altijd aan de kantoortijden houden. Een acuut vak, waarbij op onverwachte momenten een beroep gedaan moet kunnen worden op de expert. Juist onderdelen van de Heelkunde waarbij op onverwachte momenten een extra expertise wordt verlangd zijn niet geschikt om als aandachtsgebied ingevuld te laten worden door een enkeling binnen de maatschap. Aandachtsgebieden zijn voor mijn gevoel puur electieve deelgebieden, zoals het hoofd- hals gebied, chirurgie van de borst en dergelijke. De directe aanwezigheid van de expert is meestal niet noodzakelijk. Patiëntenstromen kunnen worden afgebogen naar de aandachtsgebieden en onder electieve omstandigheden kan men zijn speciale expertise ten toon spreiden en ten dienste laten komen aan de individuele patiënt. Dan komt een aandachtsgebied tot zijn recht.

De collega traumatoloog binnen de maatschap of vakgroep is destijds aangeworven via advertenties, waarin staat dat "ervaring of belangstelling voor de Traumatologie gewenst" is.

In principe is men algemeen chirurg, maar men richt zich deels op het aandachtsgebied Traumatologie.

De Traumatologie ontwikkelt zich echter razendsnel tot een eigen vakgebied. Diagnostische modaliteiten, behandelingsstrategieën en operatieve mogelijkheden zijn zeer divers geworden en zijn nog steeds aan veranderingen onderhevig.. Zelfs binnen het eigen vakgebied is het voor een traumatoloog al niet meer doenlijk alle technieken te beheersen.

Is Traumatologie nog wel een aandachtsgebied? Of is het, zoals ik het tot nu toe in mijn rede steeds benoem, een vakgebied geworden?

Moeten wij niet naar traumatologen die, bijvoorbeeld als aandachtsgebied een stukje electieve Chirurgie of Orthopedie bedrijven? Bijvoorbeeld een traumatoloog met belangstelling en ervaring in laparoscopische chirurgie, hoofd- hals chirurgie, prothesiologie of sporttraumatologie.

Maar het primaire werk moet liggen in de Traumatologie. De patiënt heeft recht op een arts wiens hoofdtaak het is om letsels adequaat te behandelen. Pas dan kan iedere patiënt, op iedere plaats en ieder tijdstip die zorg krijgen die noodzakelijk is om de kans op overlijden of restinvaliditeit zo veel mogelijk te verkleinen.

Het vakgebied Traumatologie moet zich niet, zoals nu, ontwikkelen strikt binnen de Heelkunde, maar meer zoals andere snijdende vakken wel met een gemeenschappelijke wortel.

In een meer federatieve rol van de Vereniging voor Heelkunde zouden bestaande vakken en in de toekomst de Traumatologie een plaats moeten kunnen vinden opdat een deel van de opleiding, belangenbehartiging en administratieve taken centraal worden aangestuurd.

Zowel de Heelkunde als de Orthopedie zouden de stap moeten durven zetten om het vak Traumatologie neer te zetten tussen beiden in, met natuurlijke koppelingen via de basisopleiding en de aandachtsgebieden.

Wij kennen nu al de common trunk, als nieuwe basisopleiding voor veel snijdende vakken. Na deze tweejarige common trunk zou de Traumatologie via een vierjarige vervolopleiding zelf de gedefinieerde eindtermen moeten kunnen bepalen.

Hierbij leunt zij zowel op de Heelkunde als de Orthopedie. Ik kan mij zelfs voorstellen dat de ene traumatoloog van de toekomst zich bezighoudt met opvang en behandeling van meervoudig gewonden en intensive care met een pakket basale behandeling van het steun- en bewegingsapparaat.

En dat daarnaast een ander zich meer toelegt op met name de complexe fractuur behandeling en de complicaties hiervan. En de acute opvang en behandeling van de meervoudig gewonden meer basaal beheerst en wellicht in bepaalde situaties hulp inroept van een intensive care arts of een chirurg of wellicht in de toekomst de emergency physician.

De twee typen traumatologen vinden hun emplooi in die klinieken waar het aanbod patiënten voor hen het meest aantrekkelijk is. Zo zal in een traumacentrum voornamelijk de eerste categorie aanwezig moeten zijn en zal in de periferie de behoefte aan meer orthopedisch ingestelde traumatologen gewenst zijn. Maar beiden zijn traumatoloog, hebben een grote verbondenheid met elkaar en kennen elkaar's gebied.

Dit model is wezenlijk anders dan nu. De chirurgische Traumatoloog is primair traumatoloog en kan een algemeen chirurgisch, planbaar deelgebied erbij hebben (iets wat onze Amerikaanse collega's zo node missen). De meer orthopedische traumatoloog is geschoold in de Traumatologie zoals de orthopedic trauma surgeon dat is, maar heeft een specifieke affiniteit met de traumapatiënt, ook als deze rompsels heeft en kan een stukje planbare Orthopedie erbij doen.

Kortom de Traumatologie als eigen vakgebied waarbij de synthese tussen traumasurgery en orthopedic trauma via een deels eigen opleiding op de eigenlijke werkvloer optimaal wordt benut.

Wij sluiten met dit model in feite aan bij reeds bestaande Europese modellen. Bij de uitbreiding van de EU zijn er landen bijgekomen (bijvoorbeeld Hongarije) welke een eigen trauma opleiding kennen. Duitsland, Zwitserland en Oostenrijk kennen een vergelijkbare opleiding en status van de Unfallchirurg, hoewel ieder land zijn eigen invulling geeft aan de duur van de opleiding en de inhoud.

Uniformiteit binnen Europa moet worden nagestreefd. Europese opleidingseisen, welke al zijn geformuleerd zouden de basis kunnen vormen voor de 4 jaar vervolg opleiding waarbij een Europees examen niet moet worden geschuwd.

Als we kijken vanuit het perspectief van de patiënt dan denk ik dat de hiermee gecreëerde eenduidigheid over wie nu traumapatiënten behandelt een belangrijke winst betekent.

Dus:

Traumatologie de deur uit. Ja!

### **Physician assistants binnen de traumatologie**

Ik maak met u nu even een kleine zijsprong maar blijf binnen het vakgebied.

Traumatologie is een redelijk te protocolleren vakgebied, waarbij een deel van de letsels of eenvoudig van aard zijn, of een dermate goedaardig beloop hebben dat de keuze van de behandeling er in wezen niet toe doet.

Dat betekent nog niet dat traumapatiënten moeten worden ondergebracht in obscure wondjespoliklinieken, waarbij de jongste assistent, vaak zonder adequate supervisie, de controles mag uitvoeren.



Ook op onze eigen spoedeisende hulpafdelingen wordt niet altijd optimaal gebruik gemaakt van de expertise van de traumatoloog, die vaak elders ingezet is. Op beide plaatsen, polikliniek maar vooral spoedeisend hulp afdeling is ruimte voor professionele ondersteuning in de zin van physician assistants. Deze nieuw op te leiden mensen kunnen heel goed een deel van de Traumatologie voor hun rekening nemen. Zowel in diagnostiek maar ook in behandeling moeten zij, na een Masters opleiding in staat zijn de niet complexe Traumatologie zelfstandig uit te oefenen. Zij kunnen hierdoor een constante kwaliteit geven, de arts ontlasten en een bijdrage leveren aan de scholing van de co-assistenten en jonge dokters.

In dit geval zullen het mensen moeten zijn met een verpleegkundige vooropleiding, die na een driejarige studie, begeleid binnen een nauwe samenwerking tussen een Hogeschool en een Universitair ziekenhuis, een formele status krijgen met een aanzienlijk deel eigen beslissingsrecht. Juridische afbakening moet mogelijk zijn en werken volgens protocol moet worden gestimuleerd.

Als zij samen met fulltime traumatologen de zorg voor de traumapatiënt voor hun rekening mogen nemen, is het in Nederland goed geregeld!

Gegarandeerde kwaliteit van zorg door professionals geleverd als toekomstbeeld moet iedereen aanspreken.

De inzet van de physician assistants brengt mij, dames en heren bij het laatste deel van mijn rede.

Ook dit heeft met Traumatologie buiten de deur te maken en wel met de extramurale inzet, de dokter op straat.

### **Traumatologie de deur uit?**

Nederland kent in het algemeen een bijzonder goed ontwikkelde ambulancehulpvoorziening. Dit komt in de eerste plaats door de goede opleiding en selectie van de verpleegkundigen. De eisen liggen hoog en de belangstelling vanuit de ziekenhuizen van verpleegkundigen met ruime ervaring in acute zorgverlening of ventilatieproblematiek maken dat er talloze ambulanceverpleegkundigen in Nederland dagelijks op de weg zijn met een kwaliteitsniveau dat in de ons omringende landen op geen stukken na gehaald wordt

De oorzaak ligt in het feit dat in Duitsland en België direct de medische professie ingezet wordt bij veel calamiteiten, waardoor het kennis en kunde niveau van de ambulancehulpverlener vanzelf is achtergebleven bij dat van de Nederlandse collega's.

Dat onze kwaliteit zo hoog is komt ook omdat zij vrij spel hebben om die kwaliteit te ontplooien. Ook al worden zij niet op alle fronten gesteund door de medici in het ziekenhuis, toch kunnen zij met de hen ter beschikking staande middelen een goed product neerzetten.

Vanuit de gedachte de medische hulpverlening op straat verder te verbeteren heeft de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie 7 jaar geleden aangegeven dat er vanuit de ziekenhuizen ondersteuning gegeven moest worden in de opvang en behandeling van traumaslachtoffers op de plaats van het ongeval.

Deze introductie van het eigenlijk Duitse Notarzsysteem heeft voornamelijk plaatsgevonden door de implementatie van helikopters met artsen en verpleegkundigen vanuit traumacentra. De aan ieder van de tien traumaregio's toegekende grondgebonden medische inzet wordt door onvoldoende financiering niet op alle plaatsen ingevuld.

Vanuit 4 plaatsen in Nederland zijn mogelijkheden ontstaan om medische bijstand te verlenen, binnen een kort tijdsbestek, waarbij de transportfunctie van de helikopter primair bedoeld is om de expert naar de patiënt te brengen en niet om de patiënt te vervoeren.

In de grensregio's bestaat deze faciliteit al jaren, doordat er gebruik wordt gemaakt van Duitse en Belgische heli-inzetten. De helikoptervoorziening van onze regio is veruit de oudste. Vorige week vierde de ADAC het feit dat 30 jaar geleden gestart is met de Christoph Europa 1, de helikopter vanuit Würselen die al die tijd met toenemende regelmaat op Zuid en Midden Limburg vliegt.

Op dit moment worden dagelijks tijdens de daglichturen hoog opgeleide medici paraat gehouden om bij trauma's op de plaats van het ongeval medische handelingen te verrichten, met als doel de overlevingskansen van het slachtoffer te vergroten en de kans op restinvaliditeit te minimaliseren.

De kosten van deze voorziening, die slechts tussen zonsopkomst en ondergang kan worden gegarandeerd zijn bijzonder hoog en berusten, naast de exploitatiekosten van de helikopter, voornamelijk op de paraatheid van de artsen.

Alleen al voor de exploitatie van de heli's moet in Nederland jaarlijks 4,5 miljoen euro worden uitgetrokken, de kosten voor grondgebonden inzetten zijn hierbij nog niet inbegrepen.

Artsen moeten worden bijgeschoold en worden dagelijks gemiddeld bij 1 tot 3 vluchten ingezet. Andere directe patiëntencontacten kunnen die dag niet plaats vinden.

De vraag is of deze artsen wellicht niet te goed zijn opgeleid, gelet op de gemiddelde problematiek ter plaatse van het ongeval.

Bovendien is het niet zo dat iedere handeling die men beheerst ook bij iedere patiënt moet worden toegepast. Vaak is de beste plaats voor diagnostiek en behandeling het ziekenhuis zelf.

Stabilisatie voor transport betekent alleen dat doen wat op dat moment goed is voor het slachtoffer. Door de korte reis en vliegtijd in Nederland zal deze stabilisatie voornamelijk de creatie van een vrije ademweg betekenen om voldoende zuurstof te kunnen toedienen. Zelfs het inbrengen van een naald met een infuus om het vochtgehalte van de patiënt te corrigeren zou wel eens te veel van het goede kunnen zijn. Deze handeling kost tijd en de hoeveelheid vocht die in de korte tijd tijdens transport tot aan het ziekenhuis kan worden toegediend is veelal marginaal.

Bovendien is een bloeddrukverhoging niet altijd gewenst, zolang de oorzaak van het bloedverlies niet behandeld kan worden.

Bij schot- en steekwonden in borst of buikholte is daarom snel transport naar een ziekenhuis het enig zinvolle en moeten alle medische handelingen op straat tot het minimum worden beperkt.

Ik ken veel collegae die met hart en ziel zich laten inroosteren voor de Traumatologie op straat. Zij verdedigen met veel enthousiasme het grote nut van het inzetten van professionals bij complexe ongevallen.

Mijn vraag is of wat zij doen daadwerkelijk de inzet van een professional vraagt, of dat in het overgrote deel van de inzetten een goed geschoolde hulpverlener, met training in het gebruik van medicatie, niet tenminste even effectief is. En ik kom dan weer terug bij de assistant physicians.

Als wij in Nederland een geselecteerde groep ambulancehulpverleners, die door opleiding en werken in de praktijk hebben laten zien dat hun ambitie niveau hoger

ligt, zouden scholen op het niveau wat nodig is om onder moeilijke omstandigheden basaal levensreddende handelingen te verrichten, dan zou de arts meer vanuit het ziekenhuis bijstand kunnen verlenen.

We weten welk pakket van vaardigheden nodig is om onder die bijzondere omstandigheden belangrijke taken te verrichten en we kunnen via de eerder genoemde Masters opleiding scholing geven aan niet medici. Wel moeten wij bereid zijn om hen de tools te geven om dit werk adequaat te kunnen verrichten. Hieronder valt dus ook het toedienen van medicatie!

Ik weet dat sceptici staan te trappelen om aan te geven dat slechts een specialist met voldoende asfalt ervaring dit werk zou kunnen doen, maar daar heb ik mijn oprechte twijfels over. Teveel keren wordt momenteel een arts ingezet die achteraf gezien, vanuit zijn medische deskundigheid, geen wezenlijke bijdrage heeft kunnen leveren aan het beïnvloeden van de afloop van de casus. Wetenschappelijk onderzoek dat zou aantonen dat medici een meerwaarde hebben in de prehospitalische zorg is flinterdun. Er zijn studies die aangeven dat het inzetten van artsen nuttig is, maar er zijn er ook die deze meerwaarde in gebieden met relatieve korte reisafstanden juist niet kunnen aantonen. Bewijsvoering blijft lastig, omdat als bijvoorbeeld het overleven van een ongeval een criterium is, er zoveel factoren een rol spelen bij de kans om te overleven dat nooit is aan te tonen dat het juist de prehospitalische medische handelingen zijn geweest die hier voor verantwoordelijk waren. En niet alle medische handelingen vereisen een academisch denkniveau, maar vaak meer koelbloedigheid en handigheid.

Een punt waar ik op dit moment niet verder op in kan gaan in verband met de tijd is de methode Kusters. Deze in de beginjaren negentig ontwikkelde techniek behelst het omzichtig bevrijden van zogenaamde beknelde slachtoffers van een verkeersongeval, waarbij het verwijderen van het dak van de auto blijkbaar een orgastisch genoegen is van vele hulpverleners en waarbij het aspect tijd bewust op de achtergrond wordt gedrongen. Er blijkt geen ruimte meer te bestaan voor een snelle bevrijding van slachtoffers, ook niet als zij bij kennis zijn en aangeven geen klachten van de wervelkolom te hebben. Onderzoek naar de doelmatigheid van deze tijdsvertragende handelwijze is gewenst. Maar goed, dit terzijde. Terug naar de assistant physicians.

Gelet op de kosten en de toenemende schaarste aan specialisten is het tenminste raadzaam te onderzoeken tot welk niveau geschoold moeten worden om een voldoende meerwaarde te hebben boven de reguliere ambulancehulpverlening en wat nodig is om dezelfde resultaten te boeken als het gaat om overleven.

Onderschat de mogelijkheden van verder geschoolde ambulancehulpverleners, die geleerd hebben met medicatie hun werk te doen, niet.

Zij zijn reeds met dagelijkse zorg op straat bezig, kennen de materialen en de werkwijzen op straat als geen ander en bezitten de vaardigheid om onder lastige omstandigheden en stress optimaal te functioneren.. De helikopter, maar ook het grondgebonden voertuig kan voor hen ter beschikking staan.

Bovendien kan de helikopter, veel meer dan nu het geval is, gebruikt worden voor snel transport naar de voor die patiënt geëigende kliniek. Door luchttransport neemt de keuze uit het aantal klinieken waar het slachtoffer optimale zorg kan krijgen alleen maar toe.

In feite zou dit systeem voortborduren op de reeds bestaande infrastructuur en kwalitatief goed functionerende ambulancehulpverlening in Nederland.

Medici spelen een belangrijke rol bij de training van deze paramedics maar ook als back-up tijdens operationele dienst.

Via eenvoudige webcamtechnologie is het mogelijk dat de arts vanuit het ziekenhuis de situatie mede beoordeelt en adviezen kan geven over het te voeren beleid.

Wij moeten accepteren dat in de gezondheidszorg afwegingen gemaakt moeten worden om optimale en geen maximale zorg te leveren. Nachtvluchten met helikopters, bemand met de best getrainde specialisten lijkt een optimaal einddoel, maar is dit zo?

De prijs die wij als maatschappij willen betalen geeft aan dat keuzes gemaakt mogen worden. Zo is het voorstel van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg om de aanrijtijden voor ambulances bij ongevallen van 15 minuten terug te brengen naar 8 minuten veel te kostbaar om de geringe gezondheidswinst te rechtvaardigen.

Wij kennen binnen de Traumatologie het zogenaamde gouden uur. Dit is een relatief begrip wat aangeeft dat een bepaalde patiëntencategorie gebaat is bij snelle adequate interventies, die voor ons land protocollair zijn vastgelegd en worden getraind door zowel artsen als ambulancehulpverleners.

Ook voor de aanrijtijden geldt dat een zeer kleine groep traumapatiënten voor wat hun prognose betreft afhankelijk is van een beperking van de tijds marge. Of hiervoor het ambulancenet moet worden verdubbeld is dan de grote vraag. Niet het tijdstip van de aanvang van de behandeling maar de volgorde en adequaatheid van de handelingen zijn belangrijk.

Voor niet-traumapatiënten met primaire hartlongproblemen gelden uiteraard andere criteria.

Maar binnen de Traumatologie geldt dat bij verkeersongevallen, waarbij meestal sprake is van inwendige letsels door stomp geweld, reanimaties zoals wij die kennen bij hartpatiënten gedoemd zijn te mislukken. De onderliggende oorzaak van het hartfalen is volstrekt anders en kan niet met uitwendige massage of defibrillatie worden opgelost.

Ik pleit voor een onderzoek naar de haalbaarheid van ondersteuning op straat door hiertoe gespecialiseerde ambulancehulpverleners ter vervanging van de medici. Dit systeem kan bij succes uiteraard ook worden ingezet voor alle complexe acute zorgvragen die zich extramuraal aandienen.

Ik denk dat de hiermee geïntroduceerde tweedeling (of zoals u wenst productdifferentiatie) in de ambulancehulpverlening momenteel zal worden geaccepteerd. Zij geeft bovendien de ruimte om ambulanceverplegers die om fysieke of leeftijdsgerelateerde redenen liever niet meer worden ingezet voor relatief zwaar en niet ongevaarlijk werk, zich kunnen toeleggen op besteld vervoer. Het is uiteraard de beroepsgroep zelf die hierin het laatste woord heeft.

De arts behoeft wat mij betreft niet de deur uit als het gaat om extramuraal hulpverlening bij ongevallen, maar kan dit via een verlengde arm constructie uitbesteden aan professionals uit het paramedisch circuit.

Meneer de rector magnificus, dames en heren, ik kom tot een afsluiting.

### **Afsluiting**

Uit mijn betoog heeft u hopelijk opgemaakt dat ik er een voorstander van ben het bijzondere vak Traumatologie wel degelijk te behouden. De combinatie van acute opvang en behandeling van alle letsels tezamen met de behandeling van de letsels

van het steun- en bewegingsapparaat, in de acute maar ook latere fase, is wezenlijk voor het aantrekkelijk houden en dus het voortbestaan van dit vakgebied. Het is een echt vakgebied geworden en verdient een eigen plaats binnen de gezondheidszorg in Nederland en Europa. Zij wil zich hiermee niet afzonderen van de Heelkunde maar meer een eigen plaats opeisen binnen een meer federatieve structuur. Ik hoop dat ook onze orthopedische collega's gaan inzien dat integratie van Heelkunde en Orthopedie voor de Traumatologie zelf, en dus voor de traumapatiënten in het bijzonder, de sleutel is voor succes. Op dit punt staat achter de titel van mijn rede een uitroepteken.

Op het punt van de dokter op straat ben ik van mening dat wij de oplossing moeten zoeken binnen extra scholing van extramurale hulpverleners en dat wij de dokter binnen de deur moeten houden.

### **Dankwoord**

Mijnheer de Rector Magnificus, leden van het bestuur van de Universiteit van Maastricht, mijnheer de decaan en leden van het faculteitsbestuur, faculteitsraad alsmede de raad van bestuur van het academisch Ziekenhuis Maastricht, dank zij u ben ik in de gelegenheid gesteld mijn mening over de ontwikkeling van het mooie vak Traumatologie hier onverbloemd weer te geven.

Ik dank U allen voor het in mij gestelde vertrouwen en beloof u mijn uiterste best te doen om de Traumatologie hier in Maastricht binnen mijn mogelijkheden verder te helpen ontwikkelen.

Als Hoogleraar wil ik mijn bijdrage leveren aan de medische opleiding door medisch studenten, maar ook arts-assistenten ervan te overtuigen dat trauma als onze epidemie weliswaar een gegeven is maar dat werken aan herstel van slachtoffers van geweld een uitdagende en dankbare taak is.

Wat het wetenschappelijk onderzoek binnen de Traumatologie betreft vraagt dit wellicht een andere financieringsstructuur dan wat binnen wetenschappelijk Nederland gebruikelijk is. Op dit punt heeft de Traumatologie een aanwijsbare achterstand, die wij gezamenlijk ongedaan moeten maken.

Mijn belangstelling voor de acute zorg in het algemeen is ontstaan gedurende mijn medische studie, tijdens welke ik zeer veel tijd heb doorgebracht als ambulancehulpverlener. Professioneel gezien echter was mijn opleidingstijd tot algemeen chirurg in het toenmalige Grootziekingasthuis in Den Bosch het moment waarop ik besloot mij op dit onderdeel van de Heelkunde toe te leggen.

Ik dank mijn toenmalige opleider Jan Wever en de andere stafchirurgen, maar ook Robert Jan Bolhuis voor het feit dat mijn enthousiasme voor dit vakgebied de ruimte heeft gekregen om mij te kunnen ontplooiën.

Van mijn beslissing om mijn specialisatie in de Traumatologie in Groningen te laten plaatsvinden heb ik nooit spijt gehad. Ik dank mijn opleider professor Ben Binnendijk voor zijn voorbeeldfunctie. De zorgvuldige formulering van de letsels, gepaard gaande met een fractuur heb ik zeker aan hem te danken.

Dat na bijna 20 jaar de contacten met Groningen nog steeds intensief zijn betekent dat ik hen een warm hart toedraag. De huidige hoogleraar Traumatologie Henk Jan ten Duis in Groningen, die destijds paranimf was op mijn promotie, is voor mij een voorbeeld: hij laat zien dat Traumatologie en wetenschappelijk denken wel degelijk samen kunnen gaan.

De keus om na 15 jaar perifeer werken in het toenmalige De Weverziekenhuis, later het Atrium medisch centrum, de maatschap chirurgie te verlaten is geen gemakkelijke geweest.

Ik dank mijn oud-collega's voor de ruimte die ze mij gegeven hebben om mij steeds meer op de Traumatologie toe te leggen en voor het vertrouwen de opleiding tot algemeen chirurg te hebben mogen verzorgen.

Het moeten achterlaten van de grote opgebouwde traumatologische praktijk in Heerlen heeft mij ernstig doen twijfelen of ik wel weg wilde gaan. Gelukkig wist ik mij verzekerd dat Paul Hustinx, bijgestaan door een oud-leerling van mij, Berry Meesters, in staat was mijn taken over te nemen en ik hoop dat de contacten tussen Heerlen en Maastricht op dit punt alleen maar verder uitgebouwd mogen worden. Van hen, maar ook van de collegae van de ziekenhuizen in onze traumaregio, ontvang ik alle steun om de regionalisatie van de Traumazorg in Limburg verder gestalte te geven. Hiervoor mij dank.

De overstap naar het academisch milieu na 21 jaar werkzaam te zijn geweest in een perifere praktijk is niet eenvoudig. Ik dank de wijze waarop de collega's en medewerkers van het academisch ziekenhuis Maastricht mij hebben opgevangen. Ik beloof jullie dat ik altijd een perifeer chirurg zal blijven.

De aanwezigheid van mijn ouders en mijn gezin waardeer ik zeer. Ik stel voor bij een andere gelegenheid mijn dankbaarheid te laten blijken voor van het feit dat ik hier nu voor jullie sta.

Voor dit moment lijkt mij dat voldoende. De deur gaat dicht.

Ik heb gezegd.