

Huisartsgeneeskundige conferenties

In de komende maanden zullen in deze rubriek een aantal artikelen worden gepubliceerd over de praktische aanpak van gewone ziektebeelden in de huisartspraktijk. Deze artikelen zijn voortgekomen uit systematische besprekingen van een twintigtal huisartsen, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. In deze eerste bijdrage zet Prof. Dr. F. J. A. Huygen uiteen, waarom en hoe de stof voor deze artikelen is bijeengebracht.

Waarom wij begonnen

Toen wij aan ons instituut begonnen met de beroepsopleiding tot huisarts, werden wij er mee geconfronteerd hoe slecht de basisopleiding aansloot bij de praktijk van alledag. De arts-assistenten wisten dikwijls wel betrekkelijk veel van voor de huisarts zeldzame ziektebeelden, maar ontstellend weinig van de gewone ziekten en gezondheidsproblemen, die het dagelijks brood van de huisarts vormen. Zij zagen overal spoken, onderzochten veel meer dan nodig was en zagen anderzijds voor de hand liggende zaken over het hoofd. Bovendien wisten zij met hun multispecialistische basisopleiding slecht raad met de wijze waarop problemen in de huisartspraktijk worden aangepakt. Op ons instituut is het daarom gebruik geworden een belangrijk gedeelte van de wekelijkse terugkomdagen van de arts-assistenten te besteden aan wat wij het „huisartsgeneeskundig handelen” zijn gaan noemen.

Om deze besprekingen zo nuttig mogelijk te maken waren stukken gewenst, die als uitgangspunt voor de discussie konden dienen. In het kader van de bevordering van de zelfwerkzaamheid werden deze stukken bij toerbeurt door de arts-assistenten zelf opgesteld. Hierin werd veel werk en energie gestoken en na enige tijd beschikten wij over een hele stapel schema's, gewijd aan veel voorkomende ziektebeelden en problemen.

Bij kritisch beoordelen van deze stukken bleek echter dat de aanpak allereerst huisartsgeneeskundig was. De meeste waren ontleend aan klappers, leerboeken en artikelen van specialistische herkomst. Daardoor boden zij geen goed uitgangspunt voor het handelen van de huisarts. Dikwijls kon zelfs eerder van het tegendeel worden gesproken, daar de voorgestelde aanpak zo weinig realistisch was dat iedere huisarts, gemeten naar deze maatstaven, wel zou moeten falen en daardoor al bij voorbaat ontmoedigd zou worden. Bovendien handelden de meeste stukken over zeer omschreven klinische ziektebeelden en slechts weinige over de gangbare, minder omschreven huisartsproblemen.

Aanvankelijk hoopten en verwachtten wij dat onze huisarts-groepsbegeleiders een en ander zouden kunnen corrigeren. Dit bleek echter onvoldoende het geval. Ook werd duidelijk dat deze huisartsen vrij grote onderlinge verschillen vertoonden in hun praktische aanpak en hun dagelijks beleid. Volgens hun zeggen berustte hun manier van werken op eigen ervaring, maar zij konden dit in de discussies niet staande houden. Dit gebrek aan overeenstemming ging ook problemen geven bij onze bijeenkomsten met de huisartsopleiders, in wier praktijk onze arts-assistenten werkzaam waren.

Geleidelijk ontstond een steeds grotere behoefte aan richtlijnen die meer houvast zouden geven en beter gefundeerd zouden zijn. Onze huisarts-

groepsbegeleiders, slechts part-time in dienst van het instituut, hadden hiervoor naast hun praktijk onvoldoende tijd en waren ook niet voor dit doel aangetrokken. De gangbare literatuur uit binnen- en buitenland kon ook onvoldoende tegemoet komen aan onze groeiende behoefte. Het werd duidelijk dat wij naar andere wegen zouden moeten uitzien.

Wat wij deden

Aan ons instituut zijn meer dan twintig ervaren huisartsen verbonden, die (al of niet part-time) in de dagelijkse praktijk werkzaam zijn. Sommige hebben een taak bij het onderwijs vóór het arts-examen, andere bij de continue morbiditeitsregistratie en het wetenschappelijk onderzoek en de meeste bij de beroepsopleiding tot huisarts. Tegenover elkaar moesten zij over een groot potentieel aan kennis en ervaring beschikken.

Wij besloten deze krachten te bundelen door het organiseren van maandelijks conferenties van al deze huisartsen over de aanpak van in de praktijk gangbare ziektebeelden. Criteria voor de selectie van deze ziektebeelden waren enerzijds de frequentie van voorkomen (waarbij wij ons baseerden op onze continue morbiditeitsregistratie) en anderzijds de mogelijkheden van behandeling, anticipatie en preventie, nieuwe ontwikkelingen in diagnostiek en therapie en bestaande onzekerheden.

Hoe wij te werk gingen

Wij kozen als strategie bij de besprekingen een stapsgewijze, probleemoplossende methode, zoals oorspronkelijk door *Weed* is ontwikkeld. Deze aanpak wordt dikwijls aangeduid met de letters „SOAP”, waarbij S staat voor subjectieve informatie van de kant van de patiënt, O voor objectieve informatieverzameling, A voor „assessment” (schatting, „diagnose”) en P voor „plan” (van verder handelen of „therapie”). In de praktijk gebruikten wij een variant hiervan, door ons aangeduid als „PIAP” (P = presentatie van het probleem, I = informatiegaring, A = analyse, P = plan).

De bespreking van een onderwerp wordt voorbereid door twee leden van de werkgroep, door het opstellen van een zogenaamd basisstuk. Zij maken daarbij gebruik van gegevens uit de literatuur, van onze continue morbiditeitsregistratie en van eigen kennis en ervaring. Aan de hand van dit basisstuk vindt meestal een eerste, oriënterende probleeminventarisatie plaats door de gehele werkgroep.

Daarna krijgen vier tot zes leden de opdracht om over de controversiële aspecten een referaat te schrijven op basis van aan de literatuur ontleende gegevens die op exact onderzoek berusten. Deze referaten worden op een volgende bijeenkomst besproken, waarbij zoveel mogelijk aan de PIAP-volgorde wordt vastgehouden. Vervolgens is er discussie.

Deze discussies blijken uiterst levendig en het is voor de voorzitter niet altijd gemakkelijk om de gang van zaken in de hand te houden. Een secretaris houdt een besluitenlijst bij, stelt een agenda op en een tijdschema voor de bijeenkomsten. Hij zorgt ook voor convocaties en tijdige rondzending van de stukken. De bijeenkomsten duren van 17.30 uur tot 20.00 uur en wij gebruiken inmiddels een broodmaaltijd.

Wij trachten in enkele zittingen een onderwerp af te ronden; meestal zijn er drie tot vier voor nodig. Soms blijkt een eigen onderzoekje nodig om vragen op te helderen, zoals bijvoorbeeld over de waarde van de nitriettest voor het opsporen van urineweginfecties.

Aanvankelijk werd het basisstuk deel voor deel tot een meer definitieve vorm herschreven en dan opnieuw in bespreking gebracht. Dit leidde echter tot steeds nieuwe veranderingen en zich herhalende discussies, die weinig vruchtbaar waren. Daarom streven wij nu minder naar een communis opinio over alle details en meer naar het vaststellen van enerzijds de punten waarover een globale overeenstemming bestaat en anderzijds de punten waarover de meningen verdeeld zijn.

Door een of twee leden wordt tenslotte de eindversie geschreven. Deze wordt aan alle deelnemers toegezonden.

Wat onze bevindingen waren

Wij hebben samen een soms vrij stormachtig proces doorgemaakt. Ik zal trachten samen te vatten wat onze belangrijkste ervaringen zijn geweest. Het bleek al spoedig dat er inderdaad grote verschillen waren in visie op en

aanpak van tal van gewone ziektebeelden en problemen, terwijl ieder van ons zijn visie en aanpak als vanzelfsprekend en algemeen geldend had beschouwd. Wij realiseerden ons in de discussies, dat wij dingen dachten en deden, louter en alleen omdat wij het altijd zo hadden gedaan. Wij beriepen ons daarbij op leerboeken, leermeesters, eigen ervaringen en indrukken, terwijl dergelijke argumenten in de discussie geen stand bleken te kunnen houden, omdat zij onvoldoende gebaseerd waren op in de huisartspraktijk objectief vastgestelde feiten.

Wij leerden door naar elkaar te luisteren. Met name leerden wij veel kritischer te denken, zowel over ons eigen doen en laten als over publikaties in de literatuur. De neiging van sommigen om aan te nemen dat wat gedrukt staat ook waar is (zeker als dit van autoriteiten afkomstig is) veranderde in een kritisch kijken naar zin en waarde van onderzoek en therapie. Er werden vraagtekens geplaatst bij ingeslepen en geaccepteerd gedrag. Veel gegevens uit de literatuur blijken afkomstig van specialisten met een heel eigen patiëntmateriaal en leiden tot conclusies die niet zonder meer toepasbaar zijn in de huisartspraktijk.

Telkens weer ontdekten wij dat eigenlijk heel weinig vaststaat en onderzocht is over de (voor ons) allergewoonste zaken, terwijl heel veel is onderzocht over allerlei buitenissigheden. Aanvankelijk trad daardoor een groot en voor sommigen zeer bedreigend gevoel van onzekerheid op. Tal van „gegevensheden” bleken allerminst zeker en herhaaldelijk zelfs onjuist te zijn. Dit gaf een soort schokeffect, dat sommigen beangstigde. Anderen waren juist geneigd nu verder maar alle maatstaven los te laten. Overheersend was echter na enige tijd een gevoel van bevrijding, van opluchting, dat er helemaal niet zo veel behoefde en moest, dat allerlei routineonderzoekingen dikwijls eigenlijk zinloos waren en zelfs tot dwaalwegen voerden.

Wij begonnen ook te beseffen hoeveel iatrogene schade wij dikwijls aangericht hadden door mensen onnodig ongerust te maken, door onnodig te veel en te lang te behandelen. Onze onderzoek- en therapieschema's werden hoe langer hoe eenvoudiger.

Doordat bij kritische beschouwing bleek dat zoveel minder behoefde van wat ons altijd was voorgehouden, faalden wij ook minder vaak dan wij in ons hart hadden gedacht. Telkens weer werd duidelijk dat wij ons onnodig bang had-

den laten maken door artikelen, voordrachten en meningen van specialisten. Dit versterkte ons gevoel van eigenwaarde. Wij begonnen te beseffen dat wij veel beter heel simpel en zeer gericht op onze eigen manier te werk konden gaan, ons daarbij basierend op exacte gegevens afkomstig van onderzoekingen die representatief zijn voor de situatie in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Het drong steeds meer tot ons door hoe waardevol epidemiologische gegevens voor ons zijn en hoe belangrijk het is epidemiologisch te leren denken.

Na het afbreken van valse zekerheden kregen wij geleidelijk het gevoel dat wij bezig waren met het helpen ontwikkelen van „huisartsgeneeskunde” in de ware zin van het woord, nieuwe zekerheden, die veel beter bij ons pasten, begonnen te groeien. Tezamen maakten wij een uiterst boeiend proces door. Dit ging gepaard met een aanstekelijk enthousiasme. Hoewel wij allen zeer druk bezette huisartsen zijn, zien wij uit naar onze maandelijkse bijeenkomsten, omdat deze ons duidelijke stimulansen geven voor ons dagelijks werk.

Wat betekenen deze bevindingen?

De lezers van de neerslagen van onze besprekingen zullen zelf moeten beoordelen wat deze voor hen betekenen. Mogelijk zal hun inhoud na mijn enthousiaste inleiding tegenvallen. Het is wel zeker dat er niet in te vinden zal zijn hoe wij hebben genoten van de steekspelen in onze kritische discussies, hoe wij tot een grote openheid ten opzichte van elkaar durfden te komen en hoe wij samen veel hebben gelachen. Misschien zullen vele lezers de schema's voor diagnostiek en therapie van gewone ziektebeelden die wij hebben opgesteld, te simpel vinden. Toch geloven wij dat daarin nu juist hun essentie en hun kracht is gelegen. Voor ons is komen vast te staan dat het grote euvel van de geneeskunde op het ogenblik niet is dat er te weinig gebeurt, maar juist dat er te veel gebeurt. Er wordt te veel en ongericht onderzocht, te veel mensen worden verwezen, opgenomen, onder controle gehouden en behandeld voor in wezen onschuldige aandoeningen die dikwijls ook zonder behandeling over zouden gaan, of waarvoor geen causale therapie mogelijk is. Daardoor worden veel mensen onnodig afhankelijk en tot patiënt gemaakt.

Wij hebben ervaren dat het uiterst vruchtbaar kan zijn als een groep huis-

artsen zich zo beraadt over het eigen handelen en dit een rationele basis tracht te geven. Wij menen dat het hoog tijd wordt dat huisartsen op deze manier trachten de huisartsgeneeskunde ook in somatisch opzicht te funderen en te ontwikkelen. Het huisartsenvak zal dan ook veel beter overdraagbaar worden in de opleiding, terwijl er op deze wijze ook normen voor onderlinge toetsing ontwikkeld kunnen worden.

Hoe nu verder?

Wij zijn van plan op de in het voorafgaande geschetste wijze verder te gaan. Het is ons bekend dat men inmiddels in andere huisartseninstituten met analoge werkgroepen is begonnen, terwijl het N.H.G. met het projectenplan bezig is. Er is (gelukkig) overleg tussen het N.H.G. en enige universitaire huisartseninstituten op gang gekomen om te trachten de handen ineen te slaan.

Ons instituut is thans bezig om in het kader van het project „preventie van somatische fixatie” – (1978) huisarts en wetenschap 21, 363-369, 402-410, 486-489 – een instrument te ontwikkelen, dat gebruikt kan worden bij het beoordelen van het handelen van de huisarts, zowel in somatisch als in psychosociaal opzicht. Voor de ontwikkeling van dit instrument wordt, wat het somatische gedeelte betreft, gebruik gemaakt van materiaal uit de H.G.H.-werkgroep. De eerste voorlopige bevindingen bij het testen van dit toetsingsinstrument zijn verrassend. Ervaren huisartsen, onder wie onze eigen stafleden, blijken herhaaldelijk problemen die hun patiënten aan hen voorleggen, inadequaat te behandelen. Soms worden daardoor in wezen psychosociale problemen somatisch geïdentificeerd en behandeld, terwijl anderzijds soms juist somatische problemen door een miskenning of onjuiste aanpak tot psychosociale problemen worden gemaakt. In beide gevallen kan het gevolg van het inadequate handelen onnodige fixatie zijn, daar de problemen niet adequaat worden opgelost.

Wij hopen te zijner tijd te kunnen berichten hoe hierin verbetering kan worden gebracht door een systematische analyse en onderlinge bespreking van het handelen van de huisarts door middel van toetsing aan tevoren vastgestelde criteria.

Weed, L. L. Medical records, medical education and patient care. *Case Western Reserve University, Cleveland*, 1969.

1. Urineweginfecties

Urineweginfecties zijn frequent voorkomende aandoeningen. In het afgelopen decennium zijn verschillende proefschriften aan dit onderwerp gewijd, waarbij zowel aan de diagnostiek als aan de therapie aandacht is besteed (*Van Trommel; Gaymans; Haag*). Urineweginfecties zijn voorts relatief gemakkelijk toegankelijk voor onderzoek in de huisartspraktijk en vormen een categorie die betrekkelijk eenduidig te benaderen is vanuit een „natuurwetenschappelijk model”. Per saldo voldoende argumenten om onze conferenties te beginnen met dit onderwerp.

Epidemiologie

De frequentie van urineweginfecties en de verdeling naar geslacht en leeftijd kunnen een leidraad vormen voor het handelen van de huisarts. Zo zijn urineweginfecties bij mannen veel zeldzamer dan bij vrouwen. In een huisartspraktijk van 3.000 patiënten zullen zich jaarlijks ongeveer 15 gevallen voordoen bij mannen (Continue Morbiditeits Registratie (C.M.R.) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut). Bij vrouwen kan men ongeveer zesmaal zoveel gevallen verwachten.

TH. B. VOORN

Door de C.M.R. is voorts geregistreerd, dat

- urineweginfecties in aantal toenemen met het stijgen van de leeftijd;
- bij vrouwen in de leeftijdsklasse 20-50 jaar meer dan het dubbele van het gemiddelde aantal urineweginfecties voorkomt;
- 80 procent van de vrouwen die gedurende acht jaar werden vervolgd, geen

* Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, Dr. H. F. J. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, R. Kartodirdjo, E. H. van de Lisdonk, H. J. M. Markus, P. Mesker, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonnaville, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Dr. H. L. A. Vlamings, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart, allen verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

enkele urineweginfectie heeft vertoond, terwijl bijna 20 procent in die periode meer dan een infectie heeft doorgemaakt. Het gaat bij urineweginfecties dus meestal (in ongeveer 70 procent van de gevallen) om re-infecties.

De leerboeken bevatten een aantal verklaringen voor deze verschijnselen. Bij vrouwen zouden de korte urethra, de topografie van het perineum en aspecten als geslachtsverkeer, de hormonale invloed op het slijmvlies en (op latere leeftijd) het bestaan van prolaps en cystokèle een rol spelen. Bij ouder worden de mannen is het groter worden van de prostaat met daardoor optredende obstructie van invloed. Bij kleine kinderen tenslotte, zijn voor het ontstaan van een urineweginfectie congenitale afwijkingen aan het urogenitale stelsel van belang.

De anamnese

Met name in de huisartsgeneeskunde is de anamnese de belangrijkste fase van het diagnostisch proces. Men kan zich zelfs afvragen of een goede anamnese niet voldoende is voor het stellen van de diagnose urineweginfectie, wanneer men let op algemene symptomen van ziek-zijn en op plaatselijke verschijnselen als buikpijn, lende pijn, pijn bij het plassen, frequent plassen, loze aandrang, de plas niet meer kunnen ophouden, enzovoort. Deze vraag moet ons inziens echter ontkennend worden beantwoord en wel om de volgende redenen:

- vaak ontbreekt elk lokaal verschijnsel