

Huisarts en huidafwijkingen

Dit nummer van *huisarts & praktijk* is niet wat het op het eerste gezicht lijkt: pure, gerichte nascholing over huidaandoeningen, bestemd voor huisartsen. Dit nummer heeft een dubbele bodem. Er wordt wel degelijk aandacht geschonken aan de betekenis van huidaandoeningen in de huisartspraktijk. Daarnaast gaat het er echter vooral om aan de hand van een concreet onderwerp – in dit geval huidaandoeningen – te laten zien hoe huisartsen denken en handelen, en welke overwegingen daarbij een rol spelen.

Wanneer het goed is, stijgt deze special een beetje boven zichzelf uit. De redactiecommissie heeft bij de samenstelling geprobeerd op exemplarische manier te demonstreren hoe in de huisartsgeneeskunde in Nederland problemen worden benaderd. Dit uitgangspunt betekent dat de auteurs zonder uitzondering huisarts zijn en dat zoveel mogelijk recht is gedaan aan de verschillende huisartsgeneeskundige denkpatronen in ons land. Op het eerste gezicht lijkt het alsof deze patronen sterk uiteenlopen. Maar is dat wel zo? Zijn de schijnbare verschillen eigenlijk niet vooral variaties op hetzelfde thema?

De eerste twee bijdragen geven cijfermatige informatie over huidaandoeningen, geput uit de twee grote informatiesystemen op het gebied van de huisartsgeneeskunde in Nederland, de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en het monitoringproject.

De Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie geeft uitvoerige informatie over het voorkomen van huidaandoeningen bij bijna 12.000 patiënten in een viertal huisartspraktijken. Het patroon van huidaandoeningen in de huisartspraktijk blijkt voor 90 procent door een twintigtal, frequent voorkomende aandoeningen te worden bepaald. De huisarts behoeft daarvoor ook betrekkelijk zelden een beroep op de dermatoloog of chirurg te doen. Opvallend is dat de

meeste huidaandoeningen die de huisarts ziet, „incidenteel” zijn, dat wil zeggen dat zij binnen een betrekkelijk korte periode genezen en vaak „self-limiting” zijn.

De bijdrage uit het monitoringproject bevestigt de gegevens uit Nijmegen in grote trekken. Het gaat hier om een populatie van ruim 20.000 patiënten voor wie twaalf huisartsen in verschillende werkomstandigheden de zorg dragen. Het is opmerkelijk dat de therapie voor huidaandoeningen relatief zelden bestaat uit *niets doen*, terwijl relatief vaak symptomatische farmacotherapie wordt geboden. Slechts af en toe wordt ten behoeve van een huidaandoening gebruik gemaakt van de diagnostische en therapeutische voorzieningen die de eerste lijn de huisarts te bieden heeft. Bij sommige diagnosen is men vooral in het begin onzeker over de juistheid. Soms blijft deze onzekerheid bestaan.

Op grond van de grote aantallen gegevens die via het monitoringproject beschikbaar zijn, wordt voorgesteld een arbitraire grens te trekken tussen „huisartsgeneeskundige” huidaandoeningen en aandoeningen waarbij de huisarts niet in eerste instantie degene hoeft te zijn die over specifieke kennis beschikt – en wel bij een frequentie van vijf gevallen per duizend patiënten per jaar. Praktisch betekent dit dat de gemiddelde huisarts een huisartsgeneeskundig probleem ten minste tien tot vijftien keer per jaar ontmoet.

Tenslotte wordt geconstateerd dat mensen met een huidaandoening niet een relatief grote kans hebben tevens met een psychisch of een sociaal probleem te maken te hebben, of met een chronische, lichamelijke ziekte. Dit neemt niet weg dat de volwassen patiënt met een huidaandoening in 20 tot 30 procent van de gevallen tevens bij de huisarts bekend is met een psychisch of een sociaal probleem. Uitgaande van een huisartsgeneeskundige benadering kan men dan de huidaandoening veel beter in een perspectief plaatsen dat recht doet aan de subjectieve beleving van de problematiek door de patiënt.

* English translation on pages 71-72.



Nadat aldus de betekenis van huidaandoeningen in de huisartspraktijk cijfermatig verankerd is, wordt aandacht besteed aan de verschillende manieren waarop huisartsen met elkaar over huisartsgeneeskundige problemen spreken. Impetigo heeft het onderwerp gevormd voor een werkgroep die volgens de methode van het door het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelde *Projectenplan* aan het werk ging. Als uitgangspunt van het *Projectenplan* is gekozen voor het geven van een structuur aan algemeen herkenbare, alledaagse zaken uit de huisartspraktijk om daarmee het eigen gezicht van het vak beter te doen uitkomen. Er is zeker een relatie met toetsing, maar er zijn ook verschillen. Een project kán tot dusdanige conclusies leiden, dat het in feite gaat om criteria die toetsing mogelijk maken. De groep huisartsen uit het N.H.G.-centrum Amersfoort heeft aan de hand van impetigo een impressie gegeven van de manier waarop deze methode in de praktijk werkt. Het meest verrassende resultaat van de gevolgde werkwijze was wel dat een op het eerste gezicht zo simpel onderwerp als impetigo zoveel vragen oproept. Het nadenken is gestimuleerd en het al te vanzelfsprekend handelen is op z'n minst ter discussie gesteld.

De klinische conferentie, zoals wij deze uit Nijmegen kennen, volgt weer een andere methode. Hier wordt sinds geruime tijd en met een grotere routine door een geselecteerde groep huisartsen op grond van zowel literatuurgegevens als concrete – soms gekwantificeerde – huisartsgeneeskundige gegevens systematisch naar een ook in het onderwijs toepasbaar oordeel toegewerkt. Geprobeerd wordt een compromis te sluiten tussen twee informatiebronnen, de huisartsgeneeskundige en de specialistische. Veel meer dan bij voorgaande rapportages het geval was, wordt in de Nijmeegse conferentie over eczeem duidelijk dat deze twee bronnen elkaar niet altijd op voorhand verdragen.

Het monitoringproject houdt zich bezig met een bijzondere vorm van onderlinge toetsing. Van de Poel en Lamberts laten aan de hand van door schimmels veroorzaakte huidaandoeningen zien hoe een en ander in zijn werk gaat. Eerst wordt gekwantificeerde informatie over het feitelijk

handelen van de deelnemers aan de monitoringgroep verzameld. Bij deze vorm van toetsing wordt ervan uitgegaan dat de groep dan over voldoende informatie beschikt om óf tot een oordeel te komen óf aan te geven waarom een oordeel onmogelijk c.q. niet nodig is. Er blijken ten aanzien van schimmelinfecties vele belangrijke verschillen in huisartsgeneeskundig handelen te bestaan tussen de deelnemers. Inderdaad geeft de onderlinge toetsing sommige deelnemers aanleiding zich voor te nemen het gedrag te veranderen. Dit geldt met name voor de verwijsgewoonte, de manier waarop de diagnostiek plaatsvindt, en een toch te rigide therapeutisch regime. Andere grote verschillen geven echter in het geheel geen aanleiding tot dergelijke voor-nemens.

Tenslotte demonstreren Seelen en Vissers de Maastrichtse zevensprong en de probleemoriëntatie – die in het Limburgse onderwijssysteem ten grondslag liggen aan de groepsgewijze opleiding tot arts – aan de hand van een bijzonder geval van urticaria. De combinatie van een ernstige, lichamelijke ziekte en het recidiverend voorkomen van urticaria is zeldzaam. Het gaat er dan ook niet om de Nederlandse huisarts erop te wijzen dat een recidiverende urticaria mogelijk berust op een gemetastaseerd longcarcinoom. Het gaat er veel meer om de lezer gevoelig te maken voor het moment dat de probleemgeoriënteerde denkwijze extra zinvol is in het contact met zijn patiënten.

Een aantal medewerkers aan dit nummer van *huisarts & praktijk* vormde een ad-hoc groep waarin werd gesproken over een aantal aspecten van de diagnostiek van huidaandoeningen door huisartsen. De deelnemers hebben zich vooral op twee onderdelen gericht: de mogelijkheden die verschillende classificatiemethoden hebben te bieden en de zeer uiteenlopende subjectieve aspecten die bij de diagnostiek door huisartsen naar voren komen.

Een vijftal bijdragen is afkomstig van individuele huisartsen die verschillende aspecten van de huisartsgeneeskundige benadering van huidaandoeningen belichten.

Gill heeft nagedacht over de culturele aspecten

van huidaandoeningen. Zowel in de schilderkunst als in de literatuur speelt het hebben van huidaandoeningen een belangrijke rol, die veel dichters bij de huisartsgeneeskundige denkwijze blijkt te staan dan men op het eerste gezicht zou kunnen denken.

Sloot benadrukt eveneens de subjectieve aspecten van huidaandoeningen door iets te vertellen over zijn dochttertje met een psoriasis en over de wisselvalligheden in de behandeling daarvan. Duidelijk wordt nog weer eens dat het niet altijd vanzelfsprekend is dat degene die de huidaandoening heeft, daar ook de meeste problemen mee heeft, en dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling zonder meer bij de patiënt ligt of gelegd wordt.

Nolet houdt zich bezig met de behandeling van acne vulgaris. Hij geeft een klassiek voorbeeld van hoe de huisarts, met name in het onderricht aan medische studenten, zich een eigen oordeel kan vormen terwijl hij zich daarbij expliciet inlaat met de leerstof die door verschillende andere disciplines over hetzelfde onderwerp naar voren wordt gebracht. Hij wijst erop dat de huisarts voor de behandeling van patiënten met acne over voldoende basiskennis dient te beschikken en dat juist op grond daarvan de bijzondere relatie tussen huisarts en patiënt tot zijn recht kan komen.

Huygen laat opnieuw zien dat het gezinsgeneeskundige perspectief voor de huisartsgeneeskunde essentieel is en dat dit ook bij huidaandoeningen het geval is. Het is fascinerend te zien hoe in de familie Azalea de verschillende huidaandoeningen in schijnbare of manifeste onderlinge samenhang toeslaan. Huygen stelt dat bij huidaandoeningen in het algemeen een optimistische

houding op zijn plaats is en dat pessimistische voorspellingen uit den boze zijn omdat zij iatrogene schade kunnen berokkenen en in de opvoeding van kinderen tot zichzelf waarmakende voorspellingen kunnen leiden. Het komt bijna nooit voor dat iemand in zijn latere leven iets „overhoudt” van vroegere aandoeningen van zijn huid. Dit sluit niet uit dat anticiperen mogelijk is. De interessante en voor sommigen weer in het vergeetboek geraakte opvattingen over de „exsudatieve diatese” en de „lymphatische constitutie” geven in ieder geval de huisarts die het gezinsperspectief hanteert, aanleiding tot nadenken.

Tenslotte getuigt Gill van een huzarenstukje door zich met buitengewone inzet te storten op een esthetisch ernstige huidaandoening bij een jonge vrouw voor wie de verschillende vakspecialisten weinig professionele belangstelling meer hadden. Hier wordt in ieder geval het adagium met voeten getreden als zou de huisarts alleen maar iets te bieden hebben bij betrekkelijk frequent voorkomende afwijkingen.

De huisarts bestaat veel langer dan het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het is echter niet overdreven te zeggen dat de afgelopen vijftientig jaar het bestaan van het N.H.G. is samengevallen met een duidelijke bewustwording van de Nederlandse huisarts, die weerspiegeld wordt in een omschreven professionele benadering. Methodisch werken, toetsing, projectenplan, probleemoriëntatie, het zijn alle loten van een en dezelfde stam: omschreven, herkenbare, overdraagbare en goede huisartsgeneeskunde.

Dr. H. Lamberts