

melkweek is, zodat de kosten daarvan niet af te wegen waren tegen de gemiddelde kosten van een behandeling gedurende een aantal weken van een waarschijnlijk schimmelinfectie. Tenslotte was een tweetal leden van plan vaker dan tevoren gebruik te maken van de ouderwetse crèmes en pasta's.

Eén der huisartsen vond dat hij zijn classificeergedrag ten aanzien van dermatomycosen diende te verbeteren en nam zich voor met name in twijfelgevallen geen gebruik meer te maken van ICHPPC-rubriek nr 24, doch bij voorkeur uit te wijken naar de eczemen. Eén huisarts is van plan patiënten met een huidaandoening door schimmels vaker terug te bestellen zodat hij meer inzicht in het natuurlijk beloop van de afwijking kan krijgen. Hij was sceptisch over de verwachting, dat door schimmels veroorzaakte huidafwijkingen in de meeste gevallen voor het oog verdwijnen na een adequate behandeling van twee tot vier weken. Tenslotte was de enige huisarts die ontevreden was met zijn verwijsgedrag naar de specialist, van plan om hierin verandering aan te brengen. De bespreking overziende was men van mening, dat in de overgrote meerderheid van de gevallen een schimmelinfectie van de huid geen ernstig gezondheidsprobleem vormt en dat er een grote vrijheid bestaat om samen met de patiënt te komen tot een keuze uit de beschikbare middelen.

Tenslotte is één van de onderdelen van het huisartsgeneeskundig handelen direct gekoppeld aan de therapietrouw van de patiënt. Daarover biedt het monitoringproject weinig feitelijke informatie, doch de groep is in meerderheid weinig hoopvol gestemd over de kans dat de patiënt met een schimmelinfectie na een week nog steeds bereid is zijn inmiddels opklarende plekken een paar keer per dag in te smeren.

Bremer, G. J. en D. Suurmond. Over de behandeling van drie veel voorkomende huidafwijkingen: impetigo, wratten en furunkels. (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 265-269.

Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis in primary care. *Churchill Livingstone, Edinburgh etc.*, 1978.

Lamberts, H. Primary health care monitoring project. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 293-304.

Oliemans. Morbiditeit in de huisartspraktijk. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1969.

Morbidity statistics from general practice. Second national study 1970-1971. *Office of population censuses and surveys, London*, 1974.

Impetigo... dat zie je zo

Uit de Projectgroep Maarn-Scherpenzeel*

Tijdens de eerste drie maanden van dit jaar heeft een aantal huisartsen uit het centrum Amersfoort en omstreken zich gebogen over de huidaandoening impetigo. Dat gebeurde aan de hand van de door het N.H.G. geïntroduceerde projectmethode. Het volgende verslag geeft een overzicht van de resultaten en bevat tevens een uitvoerige impressie van het project als methode om binnen een groep huisartsen in te gaan op de huisartsgeneeskundige aspecten van een aandoening.

Inleiding

Sinds de start in 1964 komen ongeveer twintig huisartsen uit Achterveld, Leusden, Maarn, Renswoude, Scherpenzeel en Woudenberg twee keer per maand bij elkaar om als nascholingsgroep via verschillende methoden bezig te zijn met de huisartsgeneeskunde. Zelf noemt men zich als groep de „Schimmelclub” naar het hotel waar de bijeenkomsten plaatsvinden.

Eind 1980 heeft het N.H.G. op uitnodiging van deze groep het Projectenplan geïntroduceerd. Hierna is besloten twee groepen te vormen die elk een project zouden gaan doen. De redactiecommissie van *huisarts en wetenschap* deed, in verband met deze aflevering van *huisarts & praktijk*, het verzoek impetigo als onderwerp te nemen. Daarop is een van beide groepen in hoog tempo aan de slag gegaan, en wel drie maanden lang eens per veertien dagen tijdens een bijeenkomst van twee uur. Daarbuiten maakten de deelnemers nog wat voorbereidend „huiswerk”.

De impetigo-projectgroep bestond uit zeven huisartsen en een artsassistent; deze deelnemers waren afkomstig uit Maarn en Scherpenzeel. Aan de zes bijeenkomsten die tijdens het project werden gehouden, is tevens deelgenomen door de projectenmedewerker van het N.H.G. Dit gebeurde deels op eigen verzoek, om te kunnen volgen hoe de

nog in ontwikkeling verkerende projectmethode in de praktijk bleek te voldoen, deels op verzoek van de projectgroep zelf. Tijdens de zes vergaderingen rouleerden de functies van voorzitter en notulist. De opkomst was goed: alleen in verband met ziekte of vakantie liet een enkeling soms verstek gaan.

Het Projectenplan

Het Projectenplan zoals het N.H.G. dat heeft uitgewerkt, komt er in het kort op neer, dat een groep huisartsen volgens een methode met een tamelijk strakke structuur in een aantal bijeenkomsten een specifiek huisartsgeneeskundig onderwerp bij de kop pakt. De belangrijkste vraag daarbij luidt: wat is voor een huisarts van belang om te weten en te kunnen wanneer een bepaald verschijnsel zich voordoet in de praktijk?

Tijdens de eerste bijeenkomst hebben de deelnemers onder woorden gebracht wat zij zelf van het project verwachtten. De meesten waren benieuwd of er onderlinge verschillen in benadering uit zouden rollen. Een belangrijke doelstelling bleek inzicht krijgen in de werkwijze van anderen. Een enkeling zou willen dat de projectbenadering het bestaan van een veelheid van individuele stokpaardjes zou doorbreken en tot meer uniformiteit zou leiden. Het verduidelijken van het specifieke van de huisartsgeneeskunde stond daarbij centraal. Daarnaast hoopte men dat het project gelegenheid zou geven om via deze vorm van nascholing ervaring op te doen in groepsfunctioneren. De projectmatige aanpak bood daarvoor, zo

* Deelnemers waren L. Bussemaker, J. S. D. Mulder, M. Pon, S. P. Reijneker, J. R. Rozendaal, J. A. Slappendel en E. D. van der Snoek, allen huisarts, benevens M. Mastboom, arts-assistent, en mevrouw J. S. E. Vriesema, projectenmedewerker N.H.G.

verwachtte men, een aantrekkelijke structuur.

Deze structuur staat beschreven in de *Handleiding voor huisartsenproject-groepen* (verkrijgbaar bij het N.H.G.). De impetigo-projectgroep heeft volgens deze handleiding gewerkt. Onderstaand verslag is dan ook chronologisch opgebouwd via de volgende stappen:

- *De sleepnetmethode*: een fase waarin de deelnemers al brainstormend het onderwerp verkennen aan de hand van vijf vragen:

- wat komt er spontaan bij je op wanneer je aan impetigo denkt?
- waar vraag je naar wanneer je impetigo in de praktijk tegenkomt?
- welk onderzoek verricht je dan en welke nevenonderzoeken vraag je aan?
- wat stel je vast (conclusie, diagnose, enzovoort)?
- wat denk je verder te gaan doen?

Bij deze vragen gaan de deelnemers nog niet inhoudelijk met elkaar in discussie. Het doel van de verkenning is namelijk om zoveel mogelijk elementen op te sporen die met betrekking tot dit onderwerp een rol spelen voor de deelnemers.

- *Checklist*. Om na te gaan of er daarna nog iets ontbreekt, kan de groep een checklist nalopen. Is aandacht besteed aan:

- het onderscheid tussen symptoom, klacht, vraag om hulp en diagnose;
- epidemiologische en preventieve aspecten;
- medisch-technische aspecten;
- medisch-therapeutische aspecten (in het bijzonder iatrogene schade);
- medisch-psychologische aspecten;
- begeleidingsaspecten;
- de betekenis van het tijdsverloop;
- het sociaal functioneren (interacties in het gezin, de omgeving en het werk);
- financiële aspecten;
- het eigen persoonlijk functioneren;
- samenwerkingsaspecten binnen de eerste lijn en met andere voorzieningen (met name in de tweede lijn);
- de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt?

- *Formulering van de vraagstellingen* aan de hand van het materiaal dat de sleepnetmethode heeft opgeleverd. De groep maakt dan een keuze: welke vragen zijn het belangrijkste? Het is bovendien zaak de vragen zo helder mogelijk en eenduidig te formuleren. Afspraken kunnen gemaakt worden over de wijze waarop de groep gegevens gaat verzamelen ter beantwoording van de vraagstellingen. Mogelijkheden hiertoe bieden literatuuronderzoek, het raadplegen van deskundigen en het onder-

ling uitwisselen van ervaringen binnen de projectgroep.

- *Conclusies*. Na de materiaalverzameling volgt een fase waarin de deelnemers hun bevindingen presenteren en tot gezamenlijke conclusies proberen te komen. Uiteraard blijven er vaak onbeantwoorde vragen en verschillen in opvatting bestaan.

- *Rapportage*. Het project wordt tenslotte afgerond met een rapportage, zoals dit artikel, om de resultaten in bredere kring te presenteren.

De sleepnetmethode

Volgens deze methode verkent men elkaars – en eigen – aanpak van het betreffende probleem in de praktijk. Hierbij gaat elke deelnemer uit van zijn eigen ervaringswereld als huisarts. Stap voor stap wordt nagegaan wat – huisartsgeeneeskundig gezien – belangrijk is. Dit gebeurt aan de hand van de genoemde vijf vragen. De antwoorden hierop zijn achteraf wat gegroepeerd in de vorm van een collage van de reacties van de groepsleden.

Stap 1: Wat komt er spontaan bij je op, wanneer je aan impetigo denkt?

Ha! Weer eens iets puur somatisch. Ik zie een goed herkenbare huidlaesie, meestal in het gelaat van een kind. Het ziet er smerig, korsterig, pussend en zwerend uit. Het is een infectieus proces, dat ik in verband breng met school, zandbak, beroep en hygiënische omstandigheden in het gezin. Het is seizoengebonden: meestal in de zomer, de één vindt het makkelijk te behandelen, de ander hardnekkig!

Als we over de oorzaken nadenken, krijgen we associaties met hygiëne, conditie, stafylokok, streptokok, tonsillitis, gebit, secundaire infectie (mycose, herpes, eczeem).

Bij de behandeling komt een breed scala van zalven en andere middelen ter sprake. Hierop gaan we onder stap 5 nader in.

Stap 2: Waar vraag je naar, wanneer je impetigo in de praktijk tegenkomt?

- vragen in verband met de tijd en de plaats (Hoe begon het, hoe lang bestaat het en hoe was het verloop? Hoe snel was de uitbreiding, zit het ook op andere plaatsen dan je me nu laat zien? Heb je het al eerder gehad?);

- vragen in verband met de algemene gesteldheid (Heb je er koorts bij, voel je je algemeen ziek, hoe voelde je je de laatste tijd (conditie)? Heb je ook last van andere infecties, bijvoorbeeld tonsillitis?);

- vragen in verband met de omgeving (Komt het in je omgeving meer voor: werk, school, gezin, andere contacten?);

- „methodische” vragen (Heb je er zelf al iets aan gedaan? Waarom kom je nu? Is dit de enige reden van je komst?).

Stap 3: Welk onderzoek verricht je dan en welke nevenonderzoeken vraag je aan?

De meeste huisartsen van de groep beperken het onderzoek tot kijken; kijken naar de laesies: aspect, grootte, kleur. Ook de directe omgeving wordt bekeken: is de huid daar aangedaan?

Voorts wordt door sommigen gelet op regionale klieren, wordt naar de keel gekeken en bij kinderen naar de algemene toestand. Een enkeling zegt ook nog een KOH-preparaat te maken, te kweken en de urine na te kijken. Algemeen was men het erover eens dat een bacteriekweek zelden in de huisartspraktijk nodig was.

Stap 4: Wat stel je vast?

Bij de pogingen tot beantwoording van deze vraag ontstond een fraaie spraakverwarring. Iedereen zei: „Ik stel *impetigo* vast”, maar wat werd onder dit begrip verstaan? Sommigen zeiden: „*Primaire* huidafwijking, vies, zwerend, korsterig, geïnfecteerd”. Anderen: „*Nee, secundair* aan andere huidlaesie, als wondjes, mycose, eczeem”. Weer anderen: „*Nee, de lokalisatie* is van primair belang voor de diagnose: alleen in het gelaat, rond de mond en andere lichaamsopeningen of bij een krentenbaard spreken we van impetigo, op andere plekken is het impetiginisatie”.

Duidelijk is, dat de groep op dit punt behoefte kreeg aan een definitie van het begrip impetigo. De oorzaak van de verwarring was ons inziens het feit, dat niet een *symptoom* als onderwerp gekozen was, bijvoorbeeld loopoor, maar een *diagnose*, waarbij ieder zo zijn eigen ideeën en associaties bleek te hebben.

Om tot een gemeenschappelijke definitie te komen is besloten een rondje te maken, waarin ieder van de groepsleden zijn definitie zo duidelijk mogelijk zou weergeven. De resultaten:

- in eerste instantie vieze, korstende infectie rond de mond;
- bacteriële infectie met een of meer huidlaesies, waarbij zowel de weerstand van de gastheer als de virulentie van de bacterie een rol speelt;
- voor impetigo is geen voorafgaande huidlaesie noodzakelijk;
- voor impetigo is een voorafgaande micro/macrosopische huidlaesie noodzakelijk;

- bij voorafgaande macroscopische huislaesie spreek ik niet van impetigo;
- impetigo is beperkt tot de epidermis, geneest zonder littekens;
- impetigo is gekenmerkt door korsten, roodheid, pus, soms bullae; kan gelokaliseerd zijn op het gehele lichaam.

Het blijkt ook langs deze weg moeilijk de diagnose meer inhoud te geven. Praktisch lijkt het ook minder belangrijk een scherpe omschrijving van de diagnose impetigo te geven. We kunnen als huisartsen met een vagere omschrijving ook uit de voeten. Waar is immers de overgang impetigo - pyodremie - kokkogeene eczeem? Therapeutisch heeft dit verschil nauwelijks consequenties.

Stap 5: Wat denk je verder te gaan doen?
 Hier kwam de brede variatie in „therapeutische” gewoonten onder de groepsleden aan het licht. Aan adviezen waren voorhanden: hygiëne, niet krabben, handen wassen en eigen toiletartikelen. Aan zalven: pasta lassar, 1% tetracyclinezalf, aureomycinezalf en zwavelkrijtpasta; voorts de oraal te gebruiken antibiotica, variërend van tetracycline bij volwassenen tot smalspectrum penicilline bij kinderen. Criteria voor vervanging van zalf door „orale” antibiotica waren de lokalisatie (bijvoorbeeld bij de ogen) en de uitgebreidheid. Dit laatste bleek een bijzonder subjectief criterium.

De checklist

De groep heeft de checklist wel geheel doorgewerkt, maar er verder niet veel mee gedaan. Dat kwam deels door tijdgebrek, maar ook door de aard van het onderwerp. Vrijwel unaniem waren de deelnemers het erover eens dat de volgende vijf vragen uit de lijst van belang waren voor dit project.

Is aandacht besteed aan:

- het onderscheid tussen symptoom, klacht, hulpvraag en diagnose;
- epidemiologische en preventieve aspecten;
- medisch-therapeutische aspecten (in het bijzonder iatrogene schade);
- het sociaal functioneren (interacties in het gezin, de omgeving en het werk);
- de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt?

Vragen

Het bleek niet gemakkelijk om tot een goede vraagstelling te komen. In het sleepnetmateriaal waren voldoende vragen aanwezig, maar bij het formule-

ren dreigden de vragen veel te breed te worden, zodat we de kans liepen in een tweede sleepnet terecht te komen. We waren van mening dat de zin van verder onderzoek getoetst diende te worden aan ons handelen: is het bijvoorbeeld wel zinnig om te zoeken naar de aard van de verwekker wanneer de therapie toch hetzelfde blijft?

Uit elke stap van de sleepnetmethode werd door iedere deelnemer gekozen wat hij belangrijk vond om verder uit te werken. Hieruit resulteerde een zestal vragen:

- wat is impetigo?
- hoe ontstaat impetigo (onder meer primair, secundair)?
- zijn er predisponerende factoren, zoals conditie van de patiënt, keelinfecties bij de patiënt of zijn omgeving, sociale omstandigheden?
- is bij het lichamelijk onderzoek alleen kijken voldoende?
- is het geoorloofd tetracyclinezalf lokaal toe te passen; hoe is de effectiviteit; hoe groot is het risico van sensibilisatie?
- is de werking van zwavelkrijtpasta voldoende?

Vervolgens maakten we plannen voor verzameling van gegevens in huisartsgeneeskundige literatuur, zoals *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *huisarts en wetenschap*, *Patient Care*, *Modern Medicine*, *Kompas voor de huisarts*, *Medisch Contact*, *Consult voor de huisarts* en diverse dermatologische leerboeken. In de door ons onderzochte recente literatuur (vanaf 1976) bleken slechts summiere gegevens te vinden. Meer relevante informatie troffen we aan in enige leerboeken.

Vraag 1: Wat is impetigo?

Impetigo is een oppervlakkige infectie van de tevoren gezonde huid, veroorzaakt door strepto- en/of stafylokokken, met als determinanten: erytheem, vesiculae, bullae en pustulae, meestal voorkomend in het gelaat (*Beeson and McDermott; Jongkees en Vandenbroucke; Hulsmans e.a.; Silver et al.*).

Onder impetiginisatie wordt verstaan: laesies als boven, maar dan ontstaan op klinisch manifeste huidafwijkingen.

Deze door ons zelf geformuleerde definities kwamen pas na uitgebreide discussies over primair en secundair tot stand. Enkele deelnemers wensten de term impetigo slechts te verbinden aan de lokalisatie in het gelaat; „impetiginisatie” in het gelaat benoemden zij hierbij als impetigo. Los van dit benoemingsprobleem bleek voor de meesten van ons de lokalisatie wel bepalend voor de therapie.

Vraag 2: Hoe ontstaat impetigo?

Bacteriën zijn niet in staat de intacte huid te doordringen. Voor het ontstaan van impetigo is een micro- of macroscopische huidlaesie noodzakelijk (*Beeson et al.; Jansen e.a.*)

Vraag 3: Zijn er predisponerende factoren?

De conditie van de patiënt is volgens de literatuur van weinig invloed; dit sluit aan bij onze eigen ervaringen. Wel komt impetigo relatief meer voor bij diabetes, leukemie en bij met cytostatica behandelde patiënten.

Keelinfecties schijnen niet van belang te zijn; voorzover ze door streptokokken veroorzaakt worden, zijn deze van een ander type dan de verwekker van impetigo (*Jansen e.a.*).

Slechte sociaal-hygiënische omstandigheden, warmte, veel mensen dicht bij elkaar, enzovoort, zijn zeker predisponerend voor impetigo (*Beeson and McDermott; Bowers; Hermans en Hermans*).

Vraag 4: Is bij het lichamelijk onderzoek alleen kijken voldoende?

Mede op grond van de gegevens uit de literatuur kunnen we deze vraag met ja beantwoorden.

Vraag 5: Is het geoorloofd tetracyclinezalf lokaal toe te passen?

De auteurs van de geraadpleegde artikelen zijn hierover bepaald niet eenstemmig. Tetracyclinezalf werkt goed, geeft weinig sensibilisatie, maar wel resistentie (*Jansen e.a.*). De tetracycline kan worden toegepast in verschillende bases, zoals lanoline-vaseline aa, zinkolie-kalkwater (*Jongkees en Vandenbroucke*).

Vraag 6: Werkt zwavelkrijtpasta?

Zwavelkrijtpasta geeft een afsluitend laagje over de laesies, waardoor verdere verspreiding wordt voorkomen. Aangezien impetigo een self-limiting disease is, is dit voldoende, aldus de literatuur (*Jansen e.a.*).

Nieuwe vragen

Na de beantwoording van deze zes vragen kwamen weer nieuwe vragen naar voren:

- wat bepaalt de werkzaamheid van de tetracyclinezalf: de tetracycline of de basis?
- wanneer bij uitwendig gebruik van tetracycline sommige kokken hiervoor resistent worden, betekent dit dan onbruikbaarheid van dit middel bij andere, door dezelfde kokken veroorzaakte in- of uitwendige infecties?
- wanneer moeten we orale antibiotica



voorschrijven en welke hebben dan de voorkeur?

Hierop is een aantal specialisten naar hun opinie gevraagd. We geven slechts op opvallende punten hun opinie weer. *Een apotheker.* Zink maakt tetracycline onwerkzaam, water eveneens. Zink noch water mogen dus aanwezig zijn in een zalfbasis voor tetracyclinezalf. Enkele huisartsen hadden toch goede ervaringen met de tetra-zinkolie combinatie.

Een klinisch bacterioloog. Steeds meer kokken zijn resistent tegen tetracycline; dit wordt mede in de hand gewerkt door lokale toepassing. Resistentie is overdraagbaar naar andere bacteriën. Mogelijk kun je beter chloorhexidine lokaal toepassen. Antibiotica oraal verdienen de voorkeur boven tetracyclinezalf lokaal. Wat betreft de orale antibiotica: orbenin moet eerste keus zijn, erythromycine tweede keus.

Direct waren er in de groep bezwaren tegen de toepassing van een zo zwaar middel als orbenin in de huisartspraktijk. Unaniem vond men orbenin een typisch klinisch te gebruiken antibioticum.

Therapie

De meesten van onze huisartsengroep hebben goede ervaringen met een tetracyclinezalf die als volgt is samengesteld: 1 procent tetracycline in vaselinum album - lin. zinc oxydi oleosum aa. Tetracyclinezalf blijkt sneller en doeltreffender te werken dan zwavelkrijtpasta of pasta lassar. Orale antibiotica, meestal feneticilline kalium of fenoxymethylpenicilline, en soms ook wel erythromycine, gebruiken we bij:

- grote en uitgebreide laesies;
- snelle uitbreiding;
- vervelende lokalisatie, dicht bij een oog bijvoorbeeld, waar het smeren van de zalf lastig is en er kans is op een ooginfectie.

Hoe verschillend de interpretaties hiervan kunnen zijn, illustreert de frequentie waarmee men zalf dan wel penicilline voorschrijft. De verhouding bij het toepassen van deze middelen bleek (volgens schatting) te variëren van drie op één tot vijftien op één.

Hoe verder?

Gezien de tijdsplanning die we hadden gemaakt, dienden we tenslotte tot afronding van ons project te komen. Op

Impetigo... dat zie je zo.

een aantal vragen hebben we de antwoorden kunnen vinden. Ten aanzien van de therapie was de verwarring nog groot. Dit moge blijken uit de drie vragen die nog bleven bestaan:

– waarmee bevorderen we de resistentievorming meer: met tetracycline lokaal of antibiotica oraal?

– is het mogelijk een goede therapie te vinden zonder antibiotica?

– hoe belangrijk is resistentievorming door antibiotica-therapieën in de huisartspraktijk?

Vooral de tweede vraag houdt ons nog bezig. We zullen in de eigen praktijk gaan zoeken naar een vervangende therapie voor tetracyclinezalf; indien we deze vinden, gaan we proberen via een onderzoek de waarde ervan te bewijzen.

Afgezien van de formulering van deze drie vragen bleek onze schriftelijke rapportage al direct nuttige reacties op te leveren. H. G. M. van der Velden, lid van de redactiecommissie van *huisarts en wetenschap*, attendeerde ons op al eerder verschenen literatuur, die door de beperktheid van ons literatuuronderzoek aan onze aandacht was ontsnapt. In verband met vooral de therapeutische consequenties vatten wij een en ander hier kort samen. Aangetoond is dat een smalspectrum penicilline (Broxil) adequaat is en zelfs tot snellere genezing voert, als er stafylokokken aanwezig zijn. Als tweede keuze wordt erythromycine aanbevolen (*Van der Velden*).

Het project als benadering

Na afloop van het project hebben de deelnemers hun indrukken over het resultaat van de bijeenkomsten, de structuur van het project, het werktempo, de taakverdeling, de begeleiding en de sfeer in de groep op papier gezet.

Voor allen was dit het eerste project. Het meest verrassende resultaat van deze werkwijze bleek het feit, dat dit op het oog zo simpele onderwerp nog zoveel vragen oproept. Het stimuleert tot nadenken en voorkomt al te vanzelfsprekend handelen. Het schriftelijk rapporteren leidde tot een kritischer kijk op het eigen handelen. Staat een en ander op papier, dan volgt verdere bezinning; het onderwerp roept opnieuw vragen op.

Aantrekkelijk noemen de groepsleden het werken in een groep aan een onderwerp dat zo dicht bij de praktijk blijft en waarvan je de resultaten weer in je werk kunt toepassen. Bij sommigen heeft het project ook de therapiekeuze beïn-

vloed. Positief beleefde men eveneens de stimulerende tot verder onderzoek die van het project uitging.

De structuur die de *Handleiding voor projecten* biedt is heel strak, en dat vonden de groepsleden zeer plezierig. Huisartsen blinken – zo stelde men – nogal eens uit in casuïstiek en breedspakigheid en dat bevordert niet altijd de doelmatigheid van een bijeenkomst. De structuur bood een rustig uitgangspunt en bleef de deelnemers motiveren. Een nadeel van de handleiding was echter, dat daarin niet aangegeven stond waar in de procedure de kans op impasses opduikt. Vooral tijdens het formuleren van de vraagstelling heeft de projectgroep dit aan den lijve gevoeld. Ben je daar op voorbereid, dan is het niet zozeer een impasse alswel een moeilijke fase.

Bij het definiëren van het begrip impetigo verzandde de groep in een spraakverwarring: er werd gesproken in termen waarover men het nog niet eens was. Velen vonden het toen moeilijk om hun eigen omschrijving los te laten. Bij een project als dit, waarbij niet uitgegaan is van een klacht maar van een diagnose, kan het zinvol zijn de vierde stap in de sleepnetmethode, „wat stel je vast?” te vervangen door „op grond waarvan stel je de diagnose?”.

Over het algemeen waardeerden de deelnemers het hoge tempo van dit project. Het was veel korter dan de periode die de handleiding adviseert. Daarin wordt aan tien tot twintig bijeenkomsten de voorkeur gegeven. De afspraak om op een bepaalde tijd een publikatie te leveren, hield de groep gemotiveerd bij het strakke programma. De betrokkenheid bleef ook daardoor waarschijnlijk groot: men zag al snel resultaten. Een nadeel was echter het beroep dat op de vrije tijd werd gedaan. Naast de veertiendaagse bijeenkomsten werd ook nog huiswerk gemaakt. Een van de gevolgen daarvan was dat de reguliere bijeenkomsten van de oorspronkelijke Schimmelclub tijdelijk terruggebracht werden tot eens per maand, anders zou de tijdsinvestering te groot zijn geworden.

De taakverdeling werkte zeer soepel en dat was ook wel nodig met het oog op het tijdstip waarop alles rond moest zijn. De groep had als voorsprong dat men elkaar al zo goed kende dat een aanloopperiode voor verkenning achterwege kon blijven.

Tijdens het schrijven van dit artikel bleek het belang van een goede notulering van de bijeenkomsten. Daarmee

werd de rapportage een stuk vergemakkelijkt. Voor de administratieve verwerking van de notulen en het artikel was de steun vanuit het N.H.G.-bureau waardevol.

De deelnemers achtten de schriftelijke instructie in de *Handleiding voor projecten* onvoldoende duidelijk, vandaar dat de begeleiding als een welkome aanvulling werd beschouwd. Bovendien was enige hulp van buitenaf zinvol, omdat het wel eens lastig was de grote lijn vast te houden, ook door het hoge werktempo. Als niet-huisarts had de begeleidster het voordeel dat zij kon wijzen op aspecten waarbij de anderen niet zo stilstonden. En zij hielp de al genoemde momenten van impasse net even over een drempel.

Tijdens de bijeenkomsten was de sfeer bijzonder goed: de vruchten van het reeds lang met elkaar bezig zijn aan nascholing. Er was een openheid waarin men elkaars deskundigheid op ontspannen en vaak humoristische wijze op de korrel kon nemen. Alle deelnemers waren gewend om in interdisciplinair samenwerkingsverband te werken. Van daaruit – zo stelde men – kan je wel tegen een stootje. Initiatieven kwamen gemakkelijk op gang en waren gelijkelijk verdeeld over de groepsleden. Er werd actief en enthousiast gewerkt.

Aan het eind van deze rapportage dringt de conclusie zich op dat het veel makkelijker is iets over te dragen van de inhoud van het project dan over het ermee bezig zijn. Vandaar de slotsom: je moet het zelf gedaan hebben.

- Beeson, P. B. and W. McDermott (eds). Cecil-Loeb textbook of medicine. 13th ed. Saunders, Philadelphia etc., 1971.
- Bowers, R. E. De diagnostiek van veel voorkomende huidziekten. (1980) *Patient Care* 7, 23.
- Hermans, E. H. en E. H. Hermans. Handboek voor huid- en geslachtsziekten. Stafleu, Leiden, 1967.
- Jansen, L. H. e.a. Huid- en geslachtsziekten. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1975.
- Hulsmans, H. A. M., K. H. Rahn en C. P. A. van Boven (red.). Diagnose en therapie. Kooyker, Rotterdam, 1980.
- Jongkees, L. B. W. en J. Vandenbroucke (red.). Codex medicus. 6e druk. Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel, 1975.
- Silver, H. K., C. H. Kempe and H. B. Bruyn. Handbook of pediatrics. 10th ed. Lange Medical Publications, Los Altos (Ca), 1973.
- Velden, H. G. M. van der. Huidaandoeningen in de huisartspraktijk. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 337-343.