

Aandoeningen van de luchtwegen in de huisartspraktijk

Deze aflevering van *Huisarts & Praktijk* bestaat uit dertien bijdragen over luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk: een verzameling harde feiten, minder harde meningen en – soms vrome – wensen.

Twee opvattingen liggen ten grondslag aan dit nummer. In de eerste plaats de opvatting dat er behoefte bestaat aan nascholing, maar dat de als nascholing gepresenteerde gegevens ontleend dienen te zijn aan de realiteit van de huisartsgeneeskunde en ook getoetst moeten worden aan die realiteit: het epidemiologische kader, de kenmerkende plaats van de huisarts in de gezondheidszorg met de daaruit voortvloeiende probleemstellingen, en de wenselijkheid en onwenselijkheid van veel handelen in de context van de eerstelijns geneeskunde. Onderzoek naar de huisarts en informatieoverdracht spelen daarbij een belangrijke rol. In deze uitgave is bewust en nadrukkelijk gestreefd naar een koppeling tussen deze twee aspecten.

De tweede opvatting luidt, dat gedachtenvorming over c.q. onderzoek naar het handelen van de huisarts bij een bepaalde groep problemen, elementen naar voren brengt die kenmerkend zijn voor het huisartsgeneeskundig handelen in het algemeen. In deze aflevering over luchtwegaandoeningen komen dus tevens aspecten aan de orde, die een veel ruimere betekenis hebben: zij zijn exemplarisch voor de aanpak van de huisarts. Daarom is met name het feitelijke handelen van huisartsen van belang, terwijl de wijze waarop een oordeel over dat handelen tot stand komt, zeker zo relevant is als dat oordeel zelf.

De opbouw van dit nummer is in overeenstemming met deze uitgangspunten. Om te beginnen een aantal „harde feiten”: kwantitatieve gegevens over de omvang van luchtwegaandoeningen in ons land.

Van Veen wijst op de maatschappelijke betekenis van deze groep ziekten: verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de mortaliteit, de

ziekenhuisopnamen en het ziekteverzuim. Zoals te verwachten viel, blijken in het eerste geval de chronische aandoeningen een belangrijke rol te spelen, en in het laatste met name de acute ziektegevallen.

Van Weel beschrijft aan de hand van gegevens uit het monitoringproject de frequentie van de verschillende ziektebeelden in de huisartspraktijk. Het gaat hierbij vooral om acute – veelal self-limiting – aandoeningen, waarbij het zwaartepunt vooral bij de jongere leeftijdsgroepen ligt. Een en ander vormt een bevestiging van reeds uit ander onderzoek bekende feiten.

Voor ieder ziektebeeld wordt de toegepaste therapie beschreven: symptomatica, antibiotica, voorlichting of „niets”. De rol van de tweede lijn is (zeer) beperkt en komt vooral naar voren bij de chronische aandoeningen; de behandeling van luchtwegaandoeningen behoort primair tot het terrein van de huisarts.

Een logisch uitvloeisel hiervan is, dat ook onderwijs over de ziekten van de luchtwegen in eerste instantie vanuit de huisartsgeneeskunde dient plaats te vinden. *Huygen en Van der Velden* leveren een boeiend voorbeeld in dit verband over infecties aan de luchtwegen. Hun bijdrage is ontleend aan de Nijmeegse syllabus *Luchtwegen* en vormt de basis voor colleges. Centraal staat de onderlinge samenhang van de diverse organen in de tractus respiratorius, resulterend in horizontaal en verticaal verlopende infecties.

In feite is deze bijdrage een sublimatie van epidemiologische gegevens; de Continue Morbiditeits Registratie van het NUHI vormt immers een belangrijke pijler van de informatie. De oplettende lezer zal het daarbij niet ontgaan, dat er een paar verschillen bestaan tussen de Nijmeegse CMR en het monitoringproject ten aanzien van de omschrijving en indeling in tracti van de diverse ziektebeelden. Zo behoort otitis media in de Nijmeegse E-lijst tot de tractus respiratorius, terwijl deze aandoening ontbreekt in de bijdragen uit het monitoringproject: in de ICHPPC-2 ressorteert otitis media onder het hoofdstuk *Aandoeningen van de zintuigen*.

* English translation on pages 79-80.

Het is de vraag in hoeverre op basis van diagnose in voldoende mate een beeld van het proces van het huisartsgeneeskundig handelen te schetsen valt. Mogelijk vormt de klachtenpresentatie door de patiënt hiervoor een beter uitgangspunt. Als afsluiting van het op kwantitatieve informatie gebaseerde deel beschrijft *Van Weel* de presentatie van klachten over de luchtwegen. Het gaat hier om gegevens ontleend aan de eerste pilot study met een klachtenlijst voor patiënten, de *Reason for encounter classification* (RFEC).

In eerste instantie presenteren patiënten – zoals te verwachten – symptomen aan de huisarts. Bij herhalingscontacten valt op hoe frequent de patiënten een ziekte of diagnose presenteren als reden van hun komst. Interessant is ook de relatie tussen de klachten en de door de huisarts gestelde diagnoses. In het algemeen is er redelijke overeenstemming te constateren tussen huisarts en patiënt.

Het tweede gedeelte richt zich meer specifiek op het handelen van de huisarts. De draad van de gekwantificeerde gegevens wordt in eerste instantie doorgetrokken: uit het monitoringproject geven *Van Weel en Van Zelst* een analyse van het diagnostisch en therapeutisch handelen van negen huisartsen. De gevonden verschillen kunnen ten dele verklaard worden uit verschillen in benoemen, maar lijken daarnaast te berusten op een per praktijk sterk uiteenlopend aantal gepresenteerde problemen. Ook op het vlak van de therapie zijn er verschillen, al stemmen de patronen hier veel meer overeen. Met name de frequentie waarmee bij bovenste luchtweginfecties symptomatische therapie en antibiotica worden toegepast, loopt sterk uiteen.

Dit brengt ons bij de behoefte om de uiteenlopende handelwijzen van huisartsen te kunnen waarderen. Zijn de de facto bestaande verschillen even zovele wegen die naar Rome leiden, uitingen van de persoonlijke stijl – de geneeskunst in of achter de huisartsgeneeskunde –, of is er sprake van apert fout en goed handelen? Vanuit twee universitaire huisartseninstituten wordt een voorbeeld gegeven van hoe men wil komen tot een toetsing van het handelen van de huisarts. Beide bijdragen nemen de klacht als uitgangspunt.

Boeke en Knottnerus richten zich op de toetsing

van het diagnostisch handelen bij de klacht hoesten. Zij stellen een lijst op van minimaal te stellen vragen en bekijken vervolgens in hoeverre deze obligatie anamnese in de praktijk wordt nageleefd. In de bespreking en de uitvoerige beschrijving van het ontwikkelingsproces roeren zij diverse aspecten aan om te verklaren waarom in zo'n groot aantal gevallen de obligate anamnese niet afgewerkt wordt.

Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut komen *Mesker e.a.* met een protocol voor de klacht *pijn in de keel*. De bekende formule van de huisartsgeneeskundige conferenties komt ook hier weer tot zijn recht. Het voorgestelde protocol is gemodificeerd aan de hand van de opvattingen van de deelnemers, de resultaten van een proefonderzoek en de eerste toepassingen op grotere schaal. Waar het om gaat is niet alleen het tonen van de twee ontwikkelde protocollen, maar ook het demonstreren van de wijze waarop die protocollen tot stand zijn gekomen.

De mate waarin beide gevallen het feitelijke handelen van de huisarts blijkt af te wijken van het verwachte c.q. vereiste handelen, rechtvaardigt de vraag, of er wel voldoende rekening is gehouden met de realiteitswaarde van het door geselecteerde groepen huisartsen tentoongespreide gedrag: gaat daar achter een, niet via literatuur, leerboek of uitwisseling van opvattingen te achterhalen, pragmatisme schuil? Het gaat dan ook vooral om het gebruik dat men van dit toetsingsinstrument maken wil: als discriminant tussen goed en fout handelen of als methode om het handelen van de huisarts zichtbaar en bespreekbaar te maken.

Nolet geeft tot slot van dit deel een overzicht van de relevantie van de farmacotherapie. Op het kruispunt van huisartsgeneeskundige epidemiologie en farmacodynamische werkzaamheid zijn er weinig harde argumenten voor intensieve medicamenteuze therapie; dat wil zeggen: harde argumenten voor een weinig geprononceerde plaats van farmacotherapie in het therapeutisch handelen bij luchtwegaandoeningen.

De specifieke plaats van de huisarts in de gezondheidszorg is Leitmotiv in het derde deel.

De huisarts wordt geconfronteerd met klachten die de eerste manifestatie kunnen zijn van een ernstige ziekte. Het behoort tot de professionele

taak van de huisarts aan te geven onder welke omstandigheden nader onderzoek en eventueel verwijzing naar specialisten aangewezen is.

Sluis e.a. richten zich op de diagnostiek van het bronchuscarcinoom - zoals bekend een ziektebeeld met een beruchte reputatie ten aanzien van een vroegtijdige diagnostiek op basis van de klinische verschijnselen, terwijl een bevolkingsonderzoek evenmin succes lijkt te boeken. Kan de huisarts vanuit zijn in de tijd gestructureerde relatie met de patiënt elementen naar voren brengen die wél bijdragen tot een daadwerkelijke vroege diagnostiek? De auteurs benaderen dit probleem langs een nog niet eerder in deze bundel toegepaste methode, de casusbeschrijving. De „meerwaarde” die de gezinsgeneeskunde, de levensloopgeneeskunde en andere voor de huisarts zo kenmerkende paradigma's de eerstelijns geneeskunde bieden, worden daarbij duidelijk geïllustreerd. Ook deze beschrijving levert een inzicht in het handelen van de huisarts dat uitstijgt boven de diagnostiek van het bronchuscarcinoom alleen.

Ook *Bartelds* werkt deze „meerwaarde” uit. Zijn artikel vormt er een uit een dispuut over de vraag, of en wanneer voor kinderen met recidiverende infecties van de luchtwegen uitvoerige pulmonologische diagnostiek gewenst is. Het sterke punt vanuit de huisartsgeneeskunde is gelegen in inzicht in de epidemiologie en het natuurlijk beloop: een in de tijd gestructureerd inzicht in de aan- en afwezigheid van ziekteverschijnselen.

Neyens e.a. stellen daar vanuit de tweede lijn tegenover welke betekenis longfunctietests en

geobjectiveerde evaluatie van therapie kunnen hebben. Beide bijdragen geven aan met hoeveel onzekerheid en onbekende factoren gewerkt moet worden. Mede daardoor houdt dit dispuut de belofte in van een vruchtbare dialoog tussen eerste en tweede lijn. Daarnaast valt er een accentverschil waar te nemen tussen de gekozen benaderingen, dat fundamenteel van aard lijkt: nadruk op de kans dat iemand weleens gezond kan zijn (*Bartelds*) tegenover de kans op aanwezigheid van ziekte (*Neyens e.a.*).

Van Veen behandelt de zin en onzin van de toepassing van longfunctie-onderzoek in de huisartspraktijk. Duidelijk wordt dat het eigen epidemiologische patroon ook eigen toepassingscriteria voor de technologie met zich meebrengt. Ten slotte voert *Huygen* de lezer naar een van de kerngebieden van de huisartsgeneeskunde, de gezinsgeneeskunde. Het behoeft nog nauwelijks commentaar, hoezeer kennis van het gezin bijdraagt tot een groter inzicht in het ziektegedrag van het individu. In deze bijdrage wordt dit fraai toegelicht voor luchtwegproblemen.

De hier gepresenteerde artikelen bieden een grote hoeveelheid informatie over aandoeningen van de luchtwegen in de huisartspraktijk. Wie op zoek gaat naar nieuwe waarheden, komt waarschijnlijk bedrogen uit. Voor wie zich echter wil inlaten met een gedachtengang, een denkproces en een probleembenadering, is meer te halen. Voor diegenen gloort mogelijk enige wijsheid aan de kim.

Dr. C. van Weel