

Het handelen van huisartsen bij luchtwegaandoeningen

Een bijdrage uit het monitoringproject*

DR. C. VAN WEEL EN P. A. M. VAN ZELST

In een vorig artikel is op basis van incidentie- en prevalentiecijfers een totaalbeeld geschetst van het beleid bij luchtwegaandoeningen in de monitoringgroep (Van Weel 1982). De vraag rijst in hoeverre dit beeld van toepassing is op het handelen van de afzonderlijke huisartsen: wordt een bepaalde diagnose gevolgd door een kenmerkende behandeling, of is het veeleer de individuele huisarts die voor een kenmerkende behandeling zorgt? En misschien van fundamentele betekenis: in hoeverre bestaat er overeenstemming over het benoemen van de verschillende ziektebeelden?

Inleiding

Het handelen van de huisarts zou men kunnen omschrijven als het eindproduct, de resultante van het – bij voorkeur tot in details geïndividualiseerde – probleem van de patiënt en de – maximaal geobjectiveerde – professionele richtlijnen die voor dit probleem bestaan. In de „ideale” situatie zouden beide factoren een dergelijke betekenis moeten hebben, dat het handelen van de huisarts er als vanzelf uit naar voren moet komen: een beschrijving van het handelen van de huisarts krijgt dan de functie van een controle; gaat het hier om goed of slecht huisartsgeneeskundig handelen? Hebben wij met een huisarts te maken die zijn beroep naar behoren uitoefent, of niet?

Het is duidelijk dat deze „ideale” situatie zich, in ieder geval op dit moment, niet voordoet: richtlijnen zijn er wel, maar zij bieden bij nadere beschouwing vaak minder houvast dan verwacht; evenzo is het individualiseren van problemen van patiënten tot op zekere hoogte gestructureerd (*Holten-Vriese-ma*), maar hoe dit nu precies moet doorwerken in de uiteindelijke behandeling, is weer niet gereguleerd. Meer en meer wordt erkend dat zich tussen huisarts en patiënt „onderhandelingen” afspelen over het uiteindelijke beleid (*Heaton*).

In deze situatie krijgt het handelen van een groep huisartsen een extra dimensie. Enerzijds levert een registratie van dit handelen een soort gemiddelde op – wat op zichzelf reeds belangwekkend is – anderzijds rijst natuurlijk de vraag naar de consistentie van dat handelen: waar doen zich verschillen voor en hoe belangrijk zijn die verschillen? In deze bijdrage wordt ingegaan op het handelen van de afzonderlijke huisartsen bij luchtwegaandoeningen. Omwille van de overzichtelijkheid blijft het onderzoek beperkt tot een zestal acute infectieziekten:

- bovenste luchtweginfectie;
- sinusitis;
- tonsillitis;
- laryngitis;
- acute bronchitis;
- pneumonie.

Daarbij wordt uitsluitend ingegaan op de incidentie en de gegeven therapie;

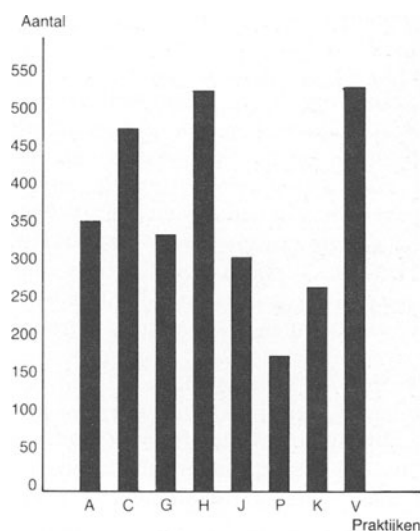
interessante gegevens over nadere diagnostiek en verwijzingen blijven buiten beschouwing.

Resultaten

• *Bovenste luchtweginfectie.* De incidentie van de bovenste luchtweginfectie verschilt aanzienlijk per praktijk. Dit geldt met name voor de jongste leeftijdsgroep (*figuur 1*), maar ook voor de andere leeftijdsklassen zijn de verschillen significant (*tabel 1*). Vooral in de praktijk van huisarts V wordt deze diagnose relatief vaak gesteld, terwijl de incidentie in de praktijken van P en R juist relatief laag ligt.

De bovenste luchtweginfectie wordt vooral met symptomatische therapie** benaderd, of blijft zonder behandeling. Het gebruik van antibiotica is beperkt en hetzelfde geldt in nog sterkere mate voor het geven van voorlichting (*figuur 2*). Alle huisartsen volgen dit patroon, maar de mate waarin dit gebeurt, vertoont een grote spreiding: tussen de

Figuur 1. Incidenties bovenste luchtweginfectie bij 1-4 jarigen.



*Tabel 1. Incidenties van zes acute luchtweginfecties naar leeftijdsklassen.**

Aandoeningen	1-4 jaar	5-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	≥ 65 jaar
Bovenste luchtweginfectie	784	241	252	228	226	225
Sinusitis	53	39	50	69	45	22
Tonsillitis	244**	46**	36	25	15	9
Laryngitis	61	13	10	20	20	19
Acute bronchitis	183	70	54	57	97	170
Pneumonie	8	4	2	2	6	10

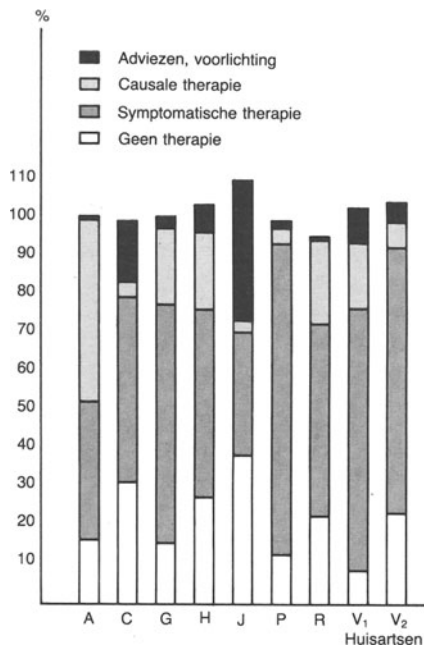
* Zie bladzijde 16.

** Van symptomatische therapie wordt hier alleen gesproken, wanneer uitsluitend symptomata zijn voorgeschreven.

* De vet gedrukte cijfers geven aan dat de verschillen in incidentie tussen de afzonderlijke huisartsen significant zijn ($p < 0,001$).

** Niet significant wanneer de inbreng van praktijk V buiten beschouwing wordt gelaten.

Figuur 2. Therapieën bij bovenste luchtweginfectie.



aantallen contacten waarbij symptomatische therapie is gegeven, bestaat een significant verschil, evenals tussen de aantallen contacten waarbij antibiotica werden voorgeschreven (tabel 2).

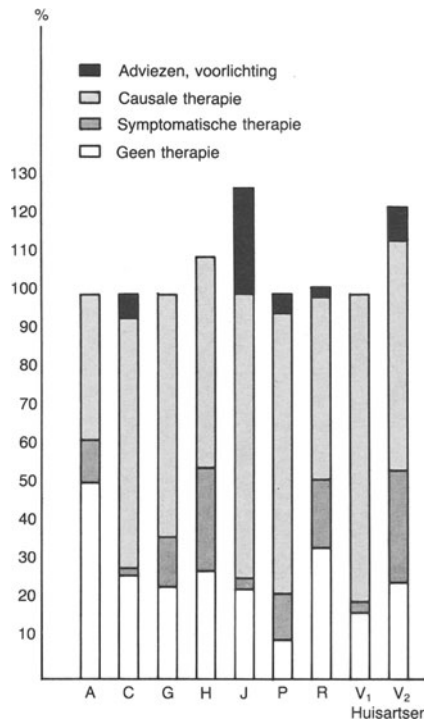
Over de gevonden verschillen kan nog worden opgemerkt, dat er een paar duidelijke uitschieters zijn: huisarts A bij het hanteren van antibiotische therapie, huisarts J en in mindere mate C bij het geven van voorlichting, en huisarts P bij het geven van symptomatische therapie. Het aantal herhalingscontacten is voor alle praktijken zo gering, dat deze geen invloed kunnen hebben op dit patroon.

• **Sinusitis.** De verschillen in incidentie tussen de acht praktijken zijn voor alle leeftijdsgroepen significant (tabel 1). Huisarts V en in mindere mate A scoren relatief laag, H daarentegen scoort

steeds hoog. Opvallend is voorts dat J bij de jongste leeftijdsgroep zeer vaak sinusitis diagnostiseert, en G juist helemaal nooit (figuur 3).

Bij de behandeling ligt voor alle huisartsen de nadruk op het voorschrijven van antibiotica. De mate waarin dat gebeurt, vertoont echter duidelijke verschillen (tabel 2). Symptomatische therapie wordt in beperkte mate toegepast, waarbij de individuele huisartsen duidelijke voorkeuren vertonen (figuur 4).

Figuur 4. Therapieën bij sinusitis.

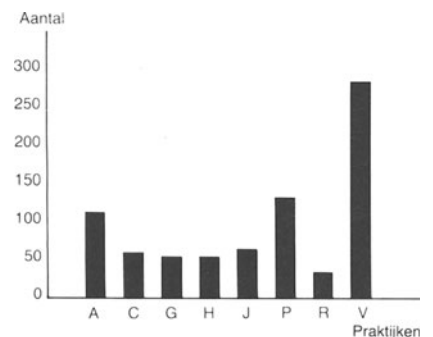


Voorts valt op dat A bij 50 procent van de contacten therapie achterwege laat, terwijl de overige huisartsen dit slechts bij 10 tot 30 procent van de contacten doen; huisarts A heeft echter de hoogste herhalingsfactor voor sinusitis. De huis-

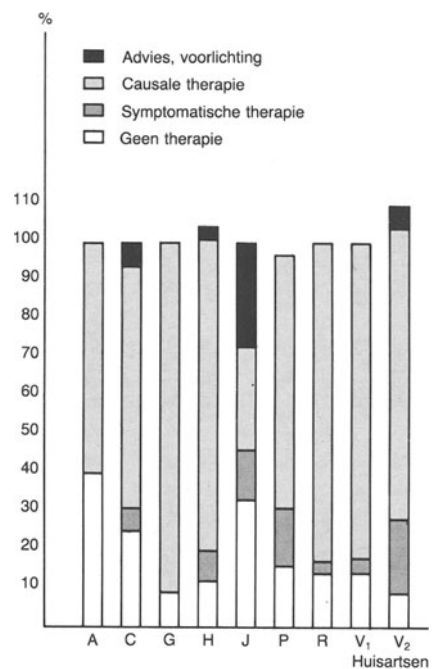
artsen J en V2 geven nogal eens voorlichting, een overigens bij de therapie van dit ziektebeeld weinig gebruikte benadering.

• **Tonsillitis.** De incidentie van tonsillitis vertoont een duidelijke variatie per praktijk, met name bij de jongste leeftijdsgroepen, waar deze aandoening ook het meest voorkomt (tabel 1, figuur 5). Vooral huisarts V stelt de diagnose tonsillitis zeer frequent: wanneer zijn inbreng buiten beschouwing wordt gelaten, zijn de verschillen tussen de overige huisartsen voor geen enkele leeftijdsklassen nog significant. Overigens wordt de diagnose tonsillitis ook door A en G tamelijk frequent gesteld. De behandeling van tonsillitis is weergegeven in figuur 6. In de meerderheid van de gevallen (60 tot 90 procent van de contacten) worden antibiotica voorge-

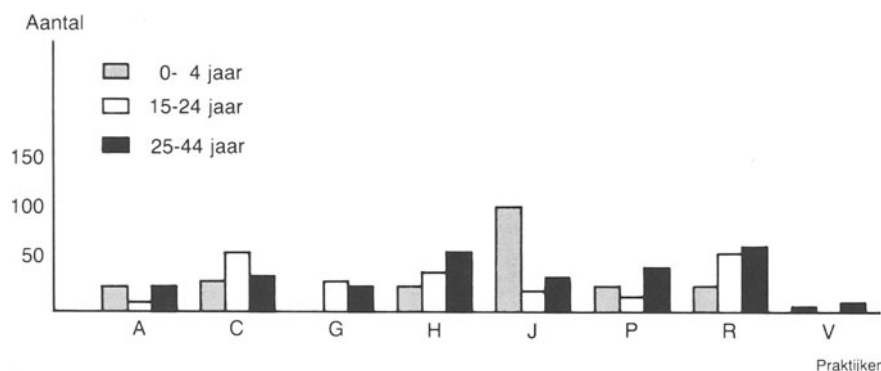
Figuur 5. Incidenties tonsillitis bij 1-4 jarigen.



Figuur 6. Therapieën bij tonsillitis.

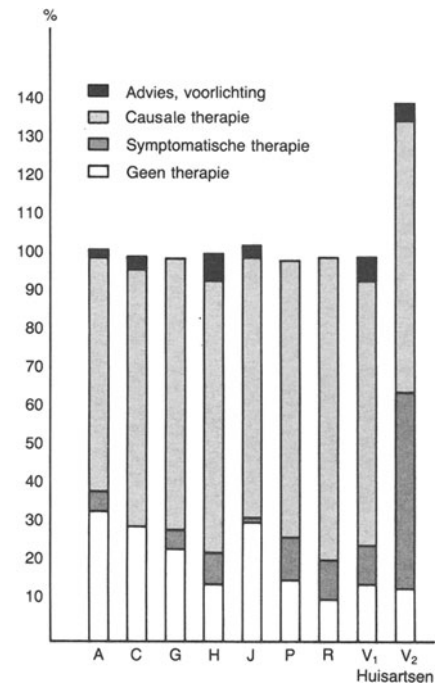


Figuur 3. Incidenties sinusitis bij 1-4, 15-24 en 25-44 jarigen.





Figuur 8. Therapieën bij bronchitis.



nauwelijks een rol spelen (figuur 8). Alleen huisarts V2 gebruikt met grote regelmaat symptomata, maar het is mogelijk dat dit gegeven het gevolg is van een consequent doorgevoerde – maar incorrecte – dubbelcodering. Het aantal contacten waarbij therapie achterwege blijft, moet geplaatst worden tegen de achtergrond van het aantal herhalingscontacten.

• *Laryngitis*. De interdokter-variatie bij de incidentie van dit ziektebeeld is gering: alleen in de leeftijdsklassen 15-24 en 25-34 jaar zijn de verschillen significant (tabel 1).

Tabel 2. Causale therapie bij zes luchtweginfecties. Percentages van de respectieve aantallen contacten.*

Aandoeningen	Percentages contacten met causale therapie
Bovenste luchtweginfectie	18
Sinusitis	53
Tonsillitis	69**
Laryngitis	42
Acute bronchitis	66
Pneumonie	39

* De vet gedrukte cijfers geven aan dat de verschillen in incidentie tussen de afzonderlijke huisartsen significant zijn (p<0,001).

** Niet significant wanneer de inbreng van huisarts V buiten beschouwing wordt gelaten.

schreven, terwijl ook nogal eens geen therapie wordt gegeven. Symptomatische therapie en voorlichting worden slechts een enkele keer gegeven. Een uitzondering op dit patroon vormt huisarts J, die bij slechts 35 procent van de contacten antibiotica voorschrijft, in ruim 30 procent van de gevallen geen therapie geeft en bij een kwart van de contacten volstaat met advies.

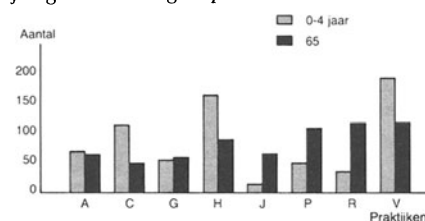
Wat het voorschrijven van antibiotica betreft, zijn de verschillen tussen de huisartsen significant. Dit feit is echter een gevolg van de aparte benadering van huisarts J; de verschillen tussen de overige huisartsen zijn niet significant.

• *Acute bronchitis*. De verschillen in incidentie bij acute bronchitis zijn voor alle leeftijdsklassen significant (tabel 1).

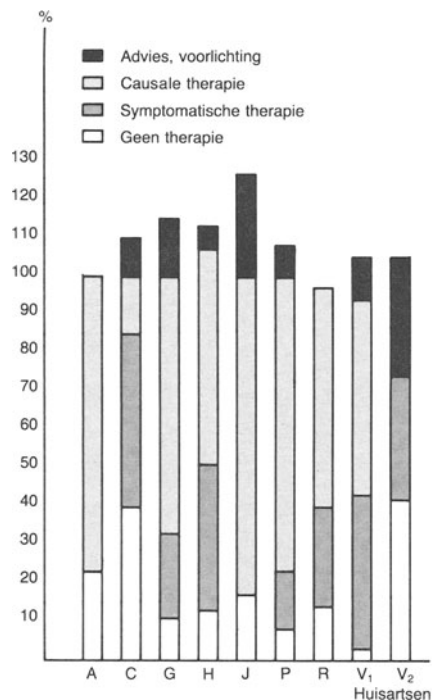
In de praktijken van V en H is de incidentie hoog voor alle leeftijdsgroepen, in de praktijken van A, G en J juist laag. In de praktijken van C, P en R is er geen eenduidig patroon (figuur 7).

Antibiotica vormen bij alle huisartsen veruit de voornaamste therapie, terwijl symptomata en voorlichting en advies

Figuur 7. Incidenties bronchitis bij 1-4 jarigen en 65+-groep.



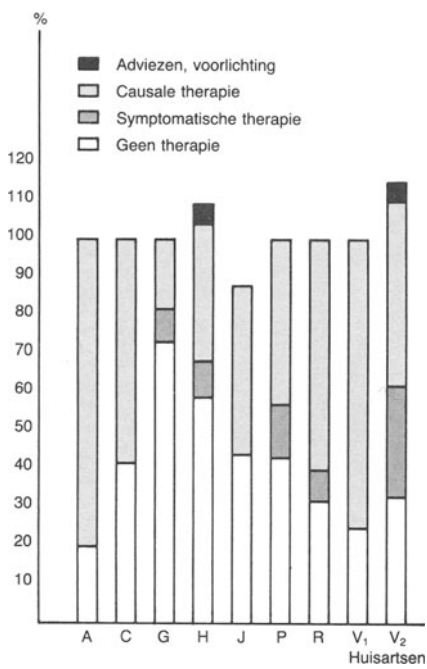
Figuur 9. Therapieën bij laryngitis.



De meeste huisartsen schrijven vooral antibiotica voor, maar C en V2 geven vooral geen therapie of symptomatica en – wat V2 betreft – advies (figuur 9). Dit laatste geldt ook voor J.

• *Pneumonie*. Er is geen significant verschil in incidentie tussen de praktijken. De behandeling geschiedt met antibioti-

Figuur 10. Therapieën bij pneumonie.



ca (figuur 10). Symptomatica spelen een beperkte rol, alleen huisarts V2 maakt hiervan nogal eens gebruik. Het aanzienlijke aantal contacten zonder therapie moet hoofdzakelijk verklaard worden uit het aantal herhalingscontacten. Alleen voor huisarts G kan dit niet gelden, aangezien hij zeer frequent geen therapie scoort, terwijl de follow-up bij hem op hetzelfde niveau ligt als bij de andere huisartsen.

• *Totaalcijfers*. De vraag rijst in hoeverre de huisartsen een relatief hoge incidentie voor het ene ziektebeeld min of meer „compenseren” met een lage incidentie voor een andere aandoening (en omgekeerd natuurlijk). Dit blijkt echter niet het geval. De totale incidentie voor de leeftijdsgroep 5-44 jaar verschilt per praktijk aanzienlijk (en significant). De ene huisarts diagnosticeert dus duidelijk meer luchtwegaandoeningen dan de ander.*

nader in te gaan op de gevonden inter-dokter-variantie. Daarbij gaat het uiteindelijk om de vraag, of het mogelijk – en vooral wenselijk – is het handelen van de huisarts bij luchtwegaandoeningen verder te protocolleren.

• Om te beginnen het diagnostisch gedrag. Een eerste opmerking in dit verband heeft betrekking op het feit dat de tractus respiratorius één geheel vormt. Een infectie in een deel ervan zal zich eveneens kunnen voordoen in een ander deel. Anatomische diagnoses als sinusitis en bronchitis hebben als ingebouwd probleem, dat zij dit aspect geweld aandoen. Daar komt dan bij dat het zwaartepunt van veel acute aandoeningen van de luchtwegen bij de jongste leeftijdsklassen ligt, terwijl juist bij deze groep de verschillende ziektebeelden gemakkelijk in elkaar overgaan. Kijken we in dit verband nog eens naar de figuren 3 en 7. In de praktijk van J komt de diagnose sinusitis zeer vaak voor bij

„Uchuch, euch...”. Meer kon de majoor niet laten horen. „Omkeren, majoor”, zei de arts, die het thans voor het commanderen had.

Majoor Latta schoof nijdig het donsdek weg, liet zich de billen ontbloten – daar spietste de naald al in zijn vlees, het serum perste pijnlijk onder zijn vel, maar kom, een wapenbroeder.

„Ziezo”, zei dokter Pahick tevreden en luid, „ een paarde-middel, zoals het de cavalierist betaamt!”

(Uit: Herman Pieter de Boer, *De microfoonmajoor*.)

Ook met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica zijn de verschillen tussen de negen huisartsen significant. Dit feit moet echter vooral toegeschreven worden aan het beleid bij bovenste luchtweginfecties; wanneer dit ziektebeeld buiten beschouwing wordt gelaten, zijn de verschillen niet significant.

Bespreking

In de hier gepresenteerde cijfers komen duidelijke verschillen naar voren tussen de negen huisartsen op wie het onderzoek betrekking had. Deze verschillen blijken zich vooral voor te doen op diagnostisch niveau en in veel mindere mate bij de therapie: weliswaar is er geen uniform therapeutisch beleid, maar de individuele patronen vertonen een redelijke mate van overeenstemming. De persoon van de huisarts is dus een belangrijke factor en het is daarom zinvol

de 1-4-jarigen, in de praktijken van G en V juist niet of nauwelijks. Voor de diagnose bronchitis geldt precies het omgekeerde. Hanteren deze huisartsen nu volkomen verschillende ziektebeelden, of zoeken zij een persoonlijk „ingekleurde” diagnose bij in wezen een en hetzelfde probleem? Overigens is de inter-dokter-variantie na sommering van beide diagnoses nog steeds significant.

• Ten tweede de onderlinge samenhang tussen de ziektebeelden. We hebben het steeds gehad over diagnoses, maar de ernst van de verschillende ziektebeelden is buiten beschouwing gebleven. Er zijn lichte bovenste lucht-

* Otitis media – dat niet behoort tot de tractus respiratorius in de ICHPPC-2 – is hier buiten beschouwing gebleven. Ook voor deze aandoening zijn de incidentieverschillen echter significant en hetzelfde geldt voor de totaalincidenties van de zes besproken luchtweginfecties én otitis media.

weginfecties en minder lichte, ernstige gevallen van bronchitis en minder ernstige. Men kan niet goed volhouden, dat een lichte bronchitis altijd meer overeenkomst vertoont met een ernstiger vorm dan met bijvoorbeeld een bovenste luchtweginfectie. De scherpe scheiding tussen de verschillende diagnosen heeft met andere woorden geen absolute betekenis, zeker niet bij de hier besproken ziektebeelden met hun dikwijls self-limiting karakter.

- Ten derde het diagnostisch-etiketrend gedrag van de huisartsen. In een aantal gevallen blijkt het mogelijk voorkeurspatronen te onderscheiden: bepaalde diagnosen worden dan in (vrijwel) alle leeftijdsklassen frequent of juist zelden gediagnostiseerd. Zo worden in de praktijk van V in alle leeftijdsklassen vaak bovenste luchtweginfecties, tonsillitis en acute bronchitis gediagnostiseerd en relatief zelden sinusitis. Huisarts A stelt steeds vaak de diagnose tonsillitis en minder vaak de diagnosen sinusitis en acute bronchitis. De huisartsen P en R stellen zelden de diagnose bovenste luchtweginfectie en wat sinusitis betreft, zit P steeds onder en R steeds boven het gemiddelde. Huisarts H stelt relatief vaak de diagnosen bronchitis en sinusitis.

De meest in het oog springende voorkeur doet zich voor bij de diagnose tonsillitis: de gevonden variatie moet in dit geval geheel worden toegeschreven aan de inbreng van praktijk V; de verschillen in incidentie tussen de andere praktijken zijn niet significant. Daarbij moet men zich echter realiseren, dat de incidentie van tonsillitis alleen in de laagste leeftijdsklasse hoog is, terwijl het daar in absolute cijfers slechts om kleine aantallen gaat; in de overige leeftijdsklassen is de incidentie tamelijk gering. Bij de overige diagnosen, met name bij sinusitis en acute bronchitis, is een dergelijke eenvoudige verklaring van de gevonden variatie echter niet mogelijk. Het is correct ook de verschillen in totaal-incidentie te koppelen aan de afzonderlijke huisartsen, maar dan dient men wel te bedenken dat we hier niet primair met het diagnostisch gedrag hebben te maken. Toegankelijkheid,

„praktijkselectie” en dergelijke zouden hierbij ook een rol kunnen spelen.

- Ten vierde kan de diagnose een alibi-functie hebben: het is mogelijk dat een diagnose niet zozeer is gesteld op grond van de informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek, als wel ter rechtvaardiging van de therapie; de huisarts vangt de diagnose bovenste luchtweginfectie door een andere (bijvoorbeeld sinusitis), omdat hij van plan is antibiotica te geven. Als we de incidenties bij bovenste luchtweginfecties bekijken, zien we echter geen wezenlijke verschillen tussen de „veel” en „weinig” antibiotica-gevers (respectievelijk A, G, H en R, en C, J en P). Dit verschijnsel heeft zich dus niet voorgedaan, althans niet op een dergelijke schaal dat daarmee de gevonden verschillen zijn te verklaren.

- Tenslotte het therapeutisch niveau. De afzonderlijke huisartsen volgen globaal het gemiddelde behandelingspatroon, zoals dat in een vorig artikel is beschreven (Van Weel 1982). De mate waarin dat gebeurt, verschilt echter, met name bij het voorschrijven van antibiotica bij bovenste luchtweginfecties en sinusitis en symptomatica bij bovenste luchtweginfecties. Laten we de diagnose bovenste luchtweginfectie buiten beschouwing, dan zijn de overige verschillen tussen de negen huisartsen echter niet significant. Met andere woorden: de individuele huisarts speelt een grote rol bij het stellen van de diagnose, maar wanneer de aandoening eenmaal is gelabeld, is zijn rol bij de behandeling (uitzonderingen daargelaten) veel minder belangrijk. Eerder kwamen Lamberts en Hartman overigens tot soortgelijke conclusies ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van psychische en sociale problemen.

Binnen het algemeen gevolgde therapeutische patroon blijven de gevonden verschillen natuurlijk interessant. Zo rijst de vraag welke zin alle voorgeschreven antibiotica bij bovenste luchtweginfecties hebben, of wat het nut is van de symptomatica bij de verschillende infecties. Verdient het patroon van

huisarts J, met een duidelijke plaats voor adviezen, niet veel meer navolging? Het zijn wat moralistische vragen, zolang gegevens over de uitkomst ontbreken; het self-limiting karakter van de besproken aandoeningen maakt elke ingrijpen discutabel.

En daarmee komen we aan het sluitstuk van deze beschouwing: welke rol kunnen protocollen bij het handelen van de huisarts bij acute luchtwegaandoeningen spelen?

We hebben gezien dat het handelen van de negen huisartsen een „trechterpatroon” vertoont: een grote divergentie op diagnostisch niveau en veel meer overeenstemming op therapeutisch niveau. Protocollen hebben vooral betekenis wanneer de variatiebreedte beperkt is, dus op therapeutisch niveau (Van Weel 1981). Wij menen dat het, op grond van de in dit artikel beschreven bevindingen, mogelijk moet zijn richtlijnen op te stellen ten aanzien van de therapie bij de zes besproken ziektebeelden; richtlijnen die verantwoord én haalbaar zijn. De aard van deze aandoeningen brengt met zich mee dat dergelijke richtlijnen niet meer dat globaal kunnen zijn.

Op diagnostisch niveau zal het nodig zijn eerst te komen tot een nadere precisering van de inhoud van de verschillende diagnosen: wat bedoelen de huisartsen exact met hun diagnostische labels? Pas als dit gebeurd is, valt te denken aan het opstellen van diagnose-protocollen.

- Heaton, P. B. Negotiation as an integral part of the physicians' clinical reasoning. (1981) *J. Fam. Pract.* **13**, 845-848.
- Holten-Vriesema, J. C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 322-335.
- Lamberts, H. en B. Hartman. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. (1982) *Huisarts en Wetenschap* **25**, 333-343; 376-388.
- Weel, C. van Achilles tot hardloper bekeerd. (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 417-424.
- Weel, C. van. Luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk. Incidentie, prevalentie, therapie en verwijzingen in het monitoringproject. (1982) *Huisarts & Praktijk* **6**, 12-19.