

## Berichten van over de grenzen

Een van de problemen waarmee de beoefenaar van een breed en dynamisch vak als de huisartsgeneeskunde wordt geconfronteerd, is de noodzaak om een consistente eigen 'filosofie' te ontwikkelen en ondubbelzinnige kwaliteitscriteria te formuleren. Dat men daarbij soms in een impasse geraakt, is onvermijdelijk en in dergelijke omstandigheden kan het zinvol zijn zich te verdiepen in wat anderen in vergelijkbare omstandigheden doen.

De afgelopen maanden zijn twee belangrijke publicaties verschenen die bedrukte geesten kunnen inspireren: een toekomstscenario van de Vlaamse huisartsen en een plan van de Britse huisartsen voor de toetsing van de kwaliteit van de zorg.

De Belgische huisartsen maken in het lijvige 'Huisartsmodel 2000' een tussentijdse balans op.<sup>1</sup> Het boek bestaat uit 23 hoofdstukken en een aantal waardevolle appendices. Aan de orde komen de verschillende opvattingen en visies waardoor het gezicht van de huisartsgeneeskunde wordt bepaald: de specifiek huisartsgeneeskundige interpretatie van ziekte en gezondheid, methoden voor wetenschappelijk onderzoek, en de rol van medische en gedragswetenschappelijke technieken. Verder worden enkele modellen voor een ideale gezondheidszorg ontwikkeld en afgezet tegen de huidige situatie. Vooral structurele aspecten, zoals de echelonering en de financiering van de huisartshulp, vormen een belemmering voor de verwezenlijking van het geschilderde ideaal.

Met enige jaloezie neemt men kennis van de gedrevenheid van onze Belgische collegae: hebben wij, die deze politiek-administratieve problemen niet hebben, er zoveel meer van gemaakt? Daarnaast is opvallend, hoe doordacht onze Nederlandse huisartsgeneeskundige producten, zoals 'methodisch werken', in België zijn geassimileerd en ingepast.

Het Royal College of General Practitioners besteedt veel aandacht aan het ontwikkelen van methoden om de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg te verbeteren.\* De Britse benadering wijkt daarbij op enkele wezenlijke punten af van de methoden die in ons land worden toegepast. Zo geeft 'What sort of doctor' een toetsingsmethode op basis van een bezoek aan de praktijk door twee 'assessors'.<sup>2</sup>

In een vervolgpublikatie, 'In pursuit of quality', wordt het probleem van het meten van de kwaliteit

meer gedetailleerd behandeld. Het eerste deel van het boek omvat achtergronden, theorie en opvattingen over toetsing. Er blijken veel belanghebbenden te zijn die willen meepraten over de kwaliteit van de eerstelijns zorg. Gaat het om de baten of (ook) om de kosten? Moet er een *gemiddelde* zorg worden omschreven of een zekere mate van *excellentie*? Zijn er criteria aan te geven, en hoe wordt de testpersoon betrokken bij die criteria?<sup>3</sup>

Dit grote aantal vragen mag geen argument zijn tegen toetsing: 'standards of care are not the same as standard care', en als de huisartsgeneeskunde niet in staat zou zijn een uitspraak te doen over wat onder goede zorg moet worden verstaan, zou daarmee de noodzaak orde op zaken te stellen slechts worden onderstreept.

Ook in ons land kunnen indicatoren afkomstig uit de verzekerings- en administratieve branche niet of nauwelijks als indicatoren van kwaliteit van zorg worden geïnterpreteerd. Gegevens als verwijzingen, praktijkgrootte en spreekuurcontacten zijn vaak wel (en misschien zelfs te goed) in maat en getal uit te drukken, maar hoe moet goede of slechte zorg in scores worden gegoten?

Het tweede deel van het boek gaat over alternatieven die in ontwikkeling zijn. Zes Britse onderzoeken, merendeels *pilot studies*, worden gepresenteerd: de onderwerpen lopen uiteen van 'praktijkgrootte, standaarden en zorgniveau' en 'verschillen in het proces van eerstelijnszorg' via 'toetsing in *peer groups*' tot de ontwikkeling van nascholing en evaluatief onderzoek in enkele regio's.

De verschillende bijdragen in dit boek zijn becommentarieerd door Donabedian, die men wel de goeroe van de toetsing zou kunnen noemen. Zijn uiterst behartenswaardige commentaren plaatsen de diverse ervaringen in een juist perspectief. De bundel wordt ook door hem afgesloten. Met betrekking tot de kwaliteitscontrole in de huisartsgeneeskunde wijst hij op twee gevaren: het gevaar van nihilisme (omdat niets wetenschappelijk onderbouwd zou zijn) en het gevaar dat men te veel ineens wil bereiken.

C. van Weel

\* Zie bijvoorbeeld ook de bespreking van 'Alcohol. A balanced view', op pagina 131 van dit nummer.

<sup>1</sup> Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen. Huisartsmodel 2000. Antwerpen: Kluwer, 1986; 387 bladzijden, prijs BF 980.

<sup>2</sup> De Melker RA. What sort of doctor? Assessing quality of care in general practice [Boekbespreking]. Huisarts Wet 1985; 28: 406-7.

<sup>3</sup> Pendleton D, Schofield T, Marinker M, eds. In pursuit of quality. London: Royal College of General Practitioners, 1986; 185 bladzijden, prijs £ 15.00.

## PA-onderzoek na kleine chirurgie: een paradox

De belangstelling voor praktische chirurgie in de huisartspraktijk neemt, hoe kan het ook anders in de jaren tachtig, weer toe.<sup>1 2</sup> Hoewel onze chirurgische vakbroeders het scalpel in de hand van de huisarts categorisch afwijzen,<sup>3</sup> wordt het regelmatig gebruikt. In de praktijken van het Monitoringproject resulteerde 3,2 procent van alle diagnoses in 'handwerk', slechts weinig minder dan de 4,3 procent specialistische verwijzingen.<sup>4</sup>

Volgens het *Basistakenpakket* mag van de huisarts verwacht worden dat hij een aantal ingrepen zelf verricht, waaronder het verwijderen van corpora aliena, het incideren van abscessen en het hechten van eenvoudige wonden.<sup>5</sup> Deze ingrepen zullen weinig discussie opleveren. De controverse ontstaat vooral bij 'het excideren van kleine, apert benigne tumoren van huid en subcutis (bijvoorbeeld een atheroomcyste)'.<sup>5</sup> Wat is immers apert benigne in de situatie van de huisartspraktijk?

'Men kan er beter afblijven, omdat altijd de kans op kwaadaardigheid bestaat. Dan kan de eerste behandeling een mishandeling blijken, ...', zegt de chirurg.<sup>3</sup> De huisarts *Muyrers* deelt deze argwaan, maar ziet de oplossing in consequent pathologisch-anatomisch onderzoek van *alle* vormsels die een huisarts wegsnijdt.<sup>2</sup> Nalaten hiervan beschouwt hij zelfs als een fout. Hij wordt daarin van pathologisch-anatomische zijde gesteund, waarbij men zich beroept op een standpunt van de LHV.<sup>6 7</sup>

Dit compromis heeft een paradoxaal karakter en lijkt vooral voortgekomen uit een kansschatting in de specialistische situatie. Een huisarts zal immers meestal pas tot excisie van een vormsel overgaan, als er geen reële verdenking van maligniteit bestaat. Volgens de besliskunde heeft de huisarts een grote kans gelijk te hebben als hij op grond van eigen onderzoek concludeert dat een patiënt een zeldzame aandoening *niet* heeft. In die situatie heeft hij geen bevestiging door de patholoog-anatoom nodig.

Gezien de prevalentie van maligniteiten in een specialistische patiëntenpopulatie, ligt dit anders bij de chirurg, de huidarts en a fortiori bij het oncologisch centrum. Daar moet men bij negatieve klinische bevindingen terecht twifelen aan de klinische diagnose en heeft men nadere objectivering nodig. Die terechte argwaan in de specialistische situatie moet echter niet getransponeerd worden naar de huisartspraktijk. In de huisartspraktijk levert consequent pathologisch-anatomisch onderzoek van vormsels als atheroomcysten geen bijdrage aan de detectie van maligniteiten, terwijl verontrusting bij de patiënt en nodeloos extra werk de neveneffecten zijn.

In geval van twijfel bij de huisarts verandert de zaak. Hoewel de kans op maligniteit ook bij een positieve klinische bevinding relatief klein is (pathognomonische symptomen daargelaten), zal de huisarts bij een potentieel fatale maar behandelbare aandoening geen risico nemen en de patiënt verwijzen naar de huidarts en/of chirurg.

*Van den Bosch en Voorn* kiezen voor een minder strenge benadering: zij menen dat elk weefseldeel waarvoor de huisarts geen zekere benigne diagnose kan stellen, onderzocht dient te worden.<sup>1</sup> Voor de meeste 'cysten' en 'fibroompjes' ontlopen de effecten van de beide opvattingen elkaar echter niet. Men zal daarbij geen pathologisch-anatomisch onderzoek aanvragen, tenzij uit nieuwsgierigheid en rekening houdend met de kosten voor de patiënt.

De discrepantie treedt echter vooral naar voren bij de gepigmenteerde aandoeningen. In het Transitieproject blijkt angst voor huidkanker geen zeldzame *reason for encounter*, terwijl bovendien valt te verwachten dat deze klachten eerder zullen toenemen dan verminderen.

Daarbij bevindt de huisarts zich in een moeilijk parket. Enerzijds weet hij dat minder dan 10 procent van de maligne melanomen uit een moedervlek (de grootste bron van verontrusting) ontstaat en dat de kans op maligne ontaarding van een moedervlek slechts 1:500.000 is.<sup>8</sup> Anderzijds is de huisarts, net als zijn patiënten, niet ongevoelig voor de berichten over de sterke groei van de incidentie van het maligne melanoom van de huid en de waarschuwendende geluiden via de kankervoorlichting. Zelfs als de hulpvraag van de patiënt slechts voortkomt uit (arbitraire) cosmetische argumenten, zal de huisarts liever niet 'zomaar' een gepigmenteerde bult of vlek verwijderen. Ingrepen als scherpe lepel, elektrocoagulatie, cryotherapie en stansbiopsie komen volgens de laatste inzichten zelfs bij minimaal verdachte laesies niet in aanmerking.<sup>9</sup> In principe dient excisiebiopsie met pathologisch-anatomisch onderzoek verricht te worden, waarbij men de richtlijnen met betrekking tot de excisiemarges (rondom en in de diepte) dient te volgen.

De wetenschap dat een belangrijk deel van de dermatologen in dit soort gevallen regelmatig ingrepen verricht die traumatiserend zijn voor een tumor,<sup>10</sup> nodigt huisartsen overigens niet uit om patiënten met een gepigmenteerde laesie consequent te verwijzen en werkt bovendien een halfslachtig beleid in de huisartspraktijk in de hand, dat in strijd is met de consensusrichtlijnen. Het volgen van deze richtlijnen bij het excideren van gepigmenteerde laesies in de huisarts-