

tells us that the programmes in question are harmful for the child. A few desiderata are summed up with a view to promoting the mental health of youth by means of television.

Banay, R. S. (1955) Testimony before the Subcommittee to investigate Juvenile Delinquency, of the Committee on the Judiciary, Unit. States Senate, Eighty-fourth Congress. S. Res. 62. Apr. 1955. Unit. States Governm. Print. Off. Washington D.C.

Freedman, L. Z. (1961) Daydream in a Vacuum Tube, A Psychiatrist's Comment on the Effects of Television. In: W. Schramm a.o.

Glynn, E. D. (1956) Television and the American Character - A Psychiatrist looks at Television. In: W. Y. Elliott, Television's Impact on American Culture. Mich. State Univ. Press, East Lansing.

Harnack, G. A. von (1958) Nervöse Verhaltensstörungen

beim Schulkind, eine medizinisch-soziologische Untersuchung. Georg Thieme, Stuttgart.

Himmelweit, Hilde T., A. N. Oppenheim en Pamela Vince (1958) Television and the Child. Oxford Univ. Press, London.

Klapper, J. (1960) The Effects of Mass Communication. The Free Press, Glencoe.

Krevelen, D. Arn. van (1962) Elseviers Weekblad, 8 sept.

Meerlo, J. A. M. (1954) J. Nerv. Ment. Dis. 120, 290.

Podolsky, E. Cit. in: W. Schramm a.o.

Roeffen, Tineke (1959) Kinderen en Televisie. In: Het kind en zijn ontspanning. J. H. de Bussy, Amsterdam.

Schramm, W., J. Lyle en E. B. Parker (1961) Television in the Lives of Our Children. Stanford Univ. Press, Stanford Calif.

Timme, A. Cit. in: W. Schramm a.o.

Trimbos, C. J. B. (1962) Med. Contact 17, 100.

Huisartsen-diagnostiek

DOOR DR W. BROUWER, HUISARTS TE EMMELOORD

Wanneer wij onder diagnostiek verstaan dat deel van ons medisch denken en handelen, dat zich richt op het verkrijgen van een zo betrouwbaar en volledig mogelijk inzicht in de aard, omvang en ontstaansvoorwaarden van de klachten en (of) aandoeningen welke de patiënten ons voorleggen, dan is het duidelijk dat diagnostiek niet identiek is aan het stellen van een diagnose. Soms is het meer dan het stellen van een diagnose, dat wil zeggen meer dan het etiketteren van een ziektebeeld, bijvoorbeeld wanneer wij ons tevens inzicht hebben verschafte in de ernst of omvang van een aandoening of wanneer we op goede gronden psychosociale factoren in onze diagnostiek hebben betrokken. Soms is het minder, want lang niet altijd is ons diagnostisch eindresultaat een diagnose. Dikwijls komen wij niet verder dan een waarschijnlijkheidsdiagnose, soms is het resultaat zelfs niet meer dan een vage interpretatie van een klacht of symptoom. Ons enige houvast bestaat dan uit het feit, dat wij met min of meer zekerheid de aanwezigheid van enkele ziektebeelden hebben uitgesloten, waardoor wij ons, zij het indirect, tenminste enigszins een indruk hebben gevormd omtrent de ernst van die klacht.

Aangezien in de algemene praktijk niet alleen de therapie, maar ook het verwijzen naar een specialist steunt op onze diagnostische gegevens, respectievelijk het ontbreken daarvan, lijkt het de moeite waard de diagnostiek in de algemene praktijk aan een nadere beschouwing te onderwerpen, te meer omdat opvallend weinig aandacht wordt besteed aan de diagnostische mogelijkheden en beperkingen van de huisarts.

In het arsenaal van onze diagnostische resultaten ontmoeten wij namelijk nosologische diagnoses (psoriasis, distorsie), maar ook vage interpretaties van klachten als bijvoorbeeld buikpijn. Het diagnostisch materiaal tussen deze twee polen is zo gevarieerd, dat enige ordening hiervan noodzakelijk is.

Bij een dergelijke ordening verdienen zowel de pijlers, waarop onze diagnostische conclusies zijn gebouwd, als het niveau van de diagnostische uitkomsten de aandacht.

Een diagnostische conclusie komt in het algemeen tot stand doordat de medicus de inlichtingen, die de patiënt hem verschaft, aanvult met gegevens, welke hij door waarneming verkrijgt, en vervolgens de som hiervan interpreteert tegen de achtergrond van hetgeen hem als ervaring (van anderen en van hemzelf) ter beschikking staat. Zonder te vergeten dat in elke diagnostische waarneming reeds een oordeelsvorming ligt besloten (*Wibaut*), kunnen wij toch wel zeggen, dat anamnese, waarneming, ervaring en interpretatie ons tot diagnostisch inzicht leiden. Het aandeel van elk van deze factoren afzonderlijk is uiteraard in elke diagnostische conclusie verschillend. Het accent kan liggen op een „typische anamnese”, een pathognomonisch symptoom, een empirisch gegeven of op de interpretatie van een opvallende klacht. Bovendien kunnen tijdens het ziekteverloop weer accentverschuivingen optreden.

Tot nu toe stond ons voor ogen een diagnose in de zin van een herkende en geëtiketteerde ziekte-eenheid. Een diagnose, een werkelijke „doorschouwing”, moet echter in een nutshell de theorie in zich bevatten, die over de ziekte bij deze patiënt in haar eenmaligheid is gevormd (*Rümke*). In mijn dissertatie werd een dergelijke „persoonlijke” diagnose aangeduid als een diagnostische omschrijving. In zo'n diagnostische omschrijving leveren psychische en milieugegevens op gelijke wijze als de meer somatisch gerichte gegevens hun aandeel. Ook deze informaties bereiken ons als anamnestiche gegevens en als waarnemingen en worden vervolgens geïnterpreteerd, dat wil zeggen in betrekking gebracht met reeds bekende verschijnselen. Dat psychische verschijnselen niet op dezelfde wijze wor-

den waargenomen als lichamelijke verschijnselen, omdat de materiële wereld zich nu eenmaal anders aan ons voordoet dan de psychische werkelijkheid, doet aan deze analogie niets af (*Kuiper*).

Teneinde enige indruk te verkrijgen omtrent het niveau van de diverse diagnostische eindresultaten in de algemene praktijk, registreerde ik gedurende één week de diagnostische uitkomsten der klachten en aandoeningen van die patiënten, die wegens deze stoornissen niet reeds onder mijn behandeling waren. Diagnostische problemen, die gedurende het verloop van een ziekte kunnen optreden (aanvulling, bevestiging of correctie van een reeds gevormd diagnostisch inzicht) werden op deze wijze buiten beschouwing gelaten.

Geregistreerd werden 110 „diagnoses” te midden van 385 arts-patiënt-verrichtingen. In 47 gevallen werd een diagnostisch resultaat verkregen, ongeveer op het niveau van een nosologische diagnose. Deze diagnostische uitkomsten (enigszins gerubriceerd) waren:

Niet ernstige ongevalsletsels (verbranding, snijwond, hematoom, contusie, distorsie) ..	10
Pyodermieën (furunkulose, impetigo)	8
Angina tonsillaris	4
Periodontitis	4
Otitis media	3
Conjunctivitis	3
Eczema seborrhoicum	3
Panaritium subcutaneum	2
Vulvovaginitis	2
Bronchitis acuta	2
Tubaircatar	1
Cystitis	1
Pedes plano-valgi	1
Varicellen	1
Hemorroiden	1
Navelgranuloom	1
Totaal	47

Het opvallende van deze diagnoses is, dat bij bijna alle het accent ligt op de waarneming en wel vooral op de inspectie. Wanneer wij de aandoeningen van de huid en de voor inspectie toegankelijke slijmvliezen uit de opsomming schrappen, blijft er een zeer schamele rest over.

Hoe is het nu gesteld met de overige 63 gevallen?

Het bleek, dat een belangrijk deel van deze diagnostische uitkomsten geacht kon worden te bestaan uit waarschijnlijkheidsdiagnoses namelijk:

Griep	8
Contusie	4
Myopie	3
Commotio cerebri	3
Sinusitis frontalis	3
Ferriprive anemie	2
Ethmoiditis	1

Vitale depressie	1
Lymphadenitis colli	1
Pneumonie	1
Totaal	27

Uiteraard is een scherpe grens tussen deze en de vorige groep niet te trekken. Het kenmerk van bovenstaande groep is echter, dat de interpretatiefactor in de diagnostische conclusies in hoofdzaak een op ervaring berustende waarschijnlijkheidsoverweging is. Op deze wijze wordt bijvoorbeeld bij een jeugdig persoon een vastgestelde onvoldoende visus getransformeerd tot een refractie-anomalie of zelfs tot een myopie.

Enkele uitkomsten hadden meer het karakter van een differentiële diagnose, te weten:

Prostaathypertrofie of prostaatcarcinoom ...	1
Bronchopneumonie of catarrale verschijnselen	1
Lymfoom of congenitale halscyste	1
Reuma-recidief of functionele gewrichtsklachten	1
Duimluxatie met of zonder fractuur	1
Totaal	5

Tenslotte was er nog een belangrijke groep, waarin één symptoom of klacht op de voorgrond stond zonder verdere aantoonbare fysisch-diagnostische afwijkingen:

Myalgie	7
Diarree	3
Hoesten	3
Depressieve klachten post partum	1
Huilbuien	1
Buikpijn	3
Hoofdpijn	3
Keelpijn	2
Dysmenorroe	2
Moehaid	2
Amenorroe	1
Gewrichtsklachten	1
Anorexie	2
Totaal	31

De verdeling van bovengenoemde 63 diagnostische resultaten in drie groepen is overigens vrij willekeurig, omdat het dikwijls afhangt van kleine accentverschillen of men spreekt van een symptoominterpretatie (bijvoorbeeld diarree) of van een waarschijnlijkheidsdiagnose (bijvoorbeeld banale enteritis). Het gemeenschappelijke van deze drie groepen is echter, dat het vaststellen van een ziekte-eenheid hier niet is gelukt; dikwijls bleek zelfs een waarschijnlijkheidsdiagnose of een hanteerbare differentiële diagnose onbereikbaar. Dit betekent, dat bij veel patiënten onze therapeutische bemoeiingen steunen op diagnostische hypothesen, omdat het nu

eenmaal een praktische onmogelijkheid is alle patiënten op klinisch niveau te laten onderzoeken en behandelen. Met name voor de huisarts geldt de opmerking van Wibaut: „het trekken van niet al te slechte conclusies uit onzekere feiten is vanouds de taak der artsen, waarin zij zonder twijfel een zekere bekwaamheid hebben verworven”.

De diagnostische mogelijkheden van de huisarts zijn belangrijk geringer dan die van zijn collega-specialist. Oorzaken hiervoor zijn aanwijsbaar: minder onderzoeksmogelijkheden, minder ervaring in en minder kennis van de tot het desbetreffende specialisme behorende ziektebeelden en bovendien het feit, dat de huisarts vaker wordt geconfronteerd met vage klachten, waaraan meestal lichte en kortdurende gezondheidsstoornissen ten grondslag liggen, maar die ook de voorboden van een ernstige of moeilijk te herkennen ziekte kunnen zijn. Het gevolg is, dat de huisarts meer dan de specialist het gevaar loopt niet tijdig de juiste diagnose te stellen. Enkele wegen, langs welke deze gevaren manifest kunnen worden, mogen hier worden genoemd:

1 Onvoldoende besef, dat onze diagnoses veelal waarschijnlijkheidsdiagnoses zijn, waardoor een blikvernauwing ontstaat voor andere minder frequent voorkomende maar op grond van de bevindingen mogelijke ziektebeelden. Hier demonstreert zich de behoefte aan een classificatie, aangepast aan het voor de huisarts diagnostisch bereikbare niveau.

Een 40-jarige vrouw, moeder van zes kinderen, begon te vloeien toen ze ongeveer een maand „over tijd” was. De huisarts stelde de diagnose abortus imminens. Na enkele weken verwees hij de patiënte naar een gynaecoloog, omdat ze opnieuw begon te vloeien. Deze constateerde een cervixcarcinoom.

2 Te gemakkelijk ontstaan van een kortsluiting tussen een bepaalde diagnostische bevinding en een diagnose.

Een 36-jarige bleek uitzierende vrouw klaagde over moeheid en overvloedige menses. Behalve dat haar voedingstoestand matig was, resulteerde als belangrijkste diagnostische bevinding een hemoglobinegehalte van 66 procent. Op grond hiervan werd de diagnose ferriprive anemie gesteld. Eerst na enkele maanden werd aan de hand van een volledig hematologisch onderzoek de diagnose gecorrigeerd tot pernicious anemie.

3 Te gemakkelijk volstaan met symptoom-diagnostiek en symptomatische therapie, waardoor te weinig wordt gezocht naar aan het symptoom mogelijk ten grondslag liggende ziektebeelden.

Een 59-jarige vrouw werd door haar huisarts gedurende bijna een half jaar wegens obstipatie van laxantia voorzien. Toen patiënte anemisch begon te worden bracht een uitvoerig onderzoek aan het licht, dat ze lijdende was aan een reeds vrij uitgebreid rectumcarcinoom.

4 Meermalen krijgt de huisarts een patiënt te behandelen op basis van gegevens, die hij zich niet zelf heeft verschaft, maar die hem door de specialist zijn verstrekt. Hij loopt dan het gevaar het ziektebeloop te veel te interpreteren in betrekking tot de hem verstrekte gegevens.

Bij een 24-jarige jongeman was de diagnose pneumonie gesteld op grond van anamnese, fysisch-diagnostisch onderzoek

en röntgenonderzoek. Hij werd thuis door de huisarts behandeld. Een dag na het onderzoek vertelde patiënt, dat hij wat bloed had opgegeven. Dit werd geïnterpreteerd als sputum rufum; 36 uur later werd hij in het ziekenhuis opgenomen, omdat de algemene toestand verslechterde. Er bleek een sepsis in het spel te zijn, waaraan patiënt drie dagen later overleed.

5 Onvoldoende ervaring betreffende diverse zeldzaam voorkomende ziektebeelden.

Bij een 11-jarige, klagende over periodiek optredende keelklachten, constateerde de huisarts onrustige tonsillen, submandibulaire lymfklierzwellingen en een lichte zwelling retrotonsillair links. De patiënt werd verwezen naar de keel-, neus- en oorzarts voor tonsillectomie. Deze vond echter een tumor achter de linker tonsil; naar later bleek een reticulosarcoom.

De in alle vijf voorbeelden opdoemende foutenbron is de aanwezigheid van in de algemene praktijk weinig voorkomende en door de huisarts bovendien niet of moeilijk te diagnostiseren aandoeningen.

Door deze vijf diagnostische misgrepen heen loopt bovendien de rode draad van een onvoldoende onderzoek en een al of niet daarop berustende foutieve interpretatie. Het onvoldoende onderzoeken kan in een huisartsenpraktijk gemakkelijk een gewoonte worden. Het risico van onvolledige of onzekere diagnostische gegevens draagt de huisarts immers toch al elke dag op zijn schouders, omdat hij dit risico onmogelijk te allen tijde kan elimineren met behulp van eigen of specialistische onderzoeken. Het bewust aanvaarden ervan kan gemakkelijk leiden tot een berusten in dit risico met als gevolg de neiging tot kritiekloos speculeren op de goedaardigheid van het klachtenpatroon of symptomencomplex. De wens is dan al te vaak de vader van de gedachte en men vergeet, dat de hoop weliswaar een goede begeleider maar een slechte gids is.

Wat kan nu de huisarts zelf stellen tegenover het bovenvermelde feit, dat hij dikwijls moet navigeren op een gebrekkig diagnostisch kompas?

Wij laten dus buiten beschouwing organisatorische maatregelen, die een verbetering beogen van de omstandigheden, waaronder de huisarts thans zijn werk pleegt te doen. Gegeven deze huidige omstandigheden is er toch wel een aantal factoren te noemen, welke de huisarts bij zijn diagnostische koersbepalingen van dienst kunnen zijn.

In de eerste plaats is het uiteraard noodzakelijk, dat de huisarts zich bewust is van de beperkingen zijner mogelijkheden op diagnostisch gebied met de daaraan gebonden gevaren. Een gewaarschuwd mens telt voor twee!

In de tweede plaats is het van belang de mogelijkheden, welke de huisarts wel heeft, zoveel mogelijk uit te buiten. Het valt telkens weer op hoe dikwijls bij verkeerde of gemiste diagnoses achteraf in anamnese of fysisch-diagnostisch onderzoek bevindingen aanwijsbaar bleken, die de begane omissie wellicht hadden kunnen voorkomen.

Nog belangrijker wordt dit alles voor de huisarts, wanneer hij mede aan de hand van een psychosociaal-anamnestic onderzoek psychische factoren en milieufactoren in zijn diagnostiek gaat betrekken.

Hiermee zijn we gekomen op het punt, waarop

we via de ziekte-diagnose onze aandacht gaan richten op de zieke-diagnose. Op dit punt namelijk blijkt de huisarts de vergelijking met zijn specialistische collegae veel beter te kunnen doorstaan. De huisarts ontvangt soms spontaan langs velerlei wegen diagnostische gegevens, die de „theorie omtrent de zieke in zijn eenmaligheid” helpen opbouwen. Punten als het motief van hulp zoeken, de instelling van de patiënt ten opzichte van zijn aandoening, psycho-sociale ontstaansvoorwaarden evenals somatopsychische repercuties, de arts-patiënt relatie en dergelijke komen dan aan de orde. In dit opzicht bezet de huisarts een bij uitstek gunstige observatiepost. Echter, de soliditeit van deze „theorie” wordt bepaald door de betrouwbaarheid van de zwakste schakel. Dit kan zijn de interpretatie betreffende het aandeel van psychische factoren, het kan ook zijn het niveau van de ziekte-diagnose.

Hoe belangrijk een integrale benadering van onze patiënten ook moge zijn, het kan eventuele lacunes in de diagnostiek niet opheffen, evenmin als een operazangeres met goed acteren de onvolkomenheden van haar zangstem kan doen verdwijnen. Een integrale zienswijze kan het diagnostisch inzicht aanvullen; zij kan echter de lacunes er in niet opvullen.

Men vergete niet dat in vele gevallen ondanks psychosociaal-diagnostische aanvullingen de therapie toch altijd nog grotendeels wordt bepaald door het ziekte-diagnostisch inzicht.

Mits met inachtneming van het bovenstaande zou men kunnen zeggen, dat de huisarts de aangewezen persoon lijkt om het, veelal met behulp van zijn specialistische collegae verworven inzicht in de diagnose uit te breiden tot een inzicht in de diagnose bij dit individu, bij deze zieke mens. Het is deze kennis, die de basis zal moeten worden van ons therapeutisch handelen. Bij het verkrijgen van een dergelijke kennis past een in ruime mate gebruik maken van de mogelijkheden, die specialistische onderzoekingen bieden, mits de patiënt na deze verwijzing zo vlug als mogelijk en verantwoord is naar de huisarts wordt terugverwezen. De huisarts kan een dergelijke vorm van samenwerken bevorderen door gedifferentieerd en met duidelijke vraagstellingen zijn patiënten te verwijzen. Het rendement van de verwijzing wordt daardoor groter en de huisarts krijgt er met de beantwoording van de door hem gestelde vragen nog een stukje nascholing bij.

Het pad der diagnostiek is voor de huisarts moeizaam te begaan en rijkelijk voorzien van voetangels en klemmen. Desondanks heeft de huisarts vooral bij een integrale zienswijze belangrijke mogelijkheden tot zijn beschikking, mits hij gewapend met een kritische instelling en gebruik makend van de bestaande mogelijkheden op het gebied der nascholing:

a zich de grenzen van zijn diagnostische mogelijkheden realiseert;

b de hem ten dienste staande middelen als anamnestic en fysisch-diagnostisch onderzoek ten volle

uitbuit;

c streeft naar een gedifferentieerde vorm van samenwerking met zijn collegae-specialisten;

d het ziektebeloop als aanvullend, bevestigend of corrigerend element in de diagnostiek gebruikt.

Het is belangrijk zich bewust te zijn van eigen kennen en kunnen als men dagelijks moet werken onder de ogen van vele dikwijls argwanend observerende toeschouwers.

Men zou de huisarts kunnen zien als een motorrijder, gaande op een smalle kronkelige weg. Hij heeft haast, zijn snelheid is hoog. Bovendien is het mistig. Op een kwaad moment gebeurt het: een aanrijding. Omstanders kijken bestraffend naar de motorrijder. Hij had toch dat waarschuwingsteken langs de weg kunnen zien. Een procesverbaal wordt opgemaakt.

De medische literatuur bevat tal van dergelijke proces-verbalen. Zij vermelden de feiten op nauwkeurige en betrouwbare wijze. Maar meestal wordt vergeten te vermelden, dat de huisarts-motorrijder hard moet rijden om niet in tijdnood te komen en dat de weg meestal mistig is — de mist van de huisartsen-diagnostiek.

Samenvatting. Aan de hand van 110 gedurende één week geregistreerde diagnostische uitkomsten wordt geconcludeerd, dat in een huisartsenpraktijk het vaststellen van een ziekte-eenheid meestal niet lukt. Dit heeft tot gevolg dat de huisarts meer dan de specialist het gevaar loopt slachtoffer te worden van een foutieve of onvolledige diagnose. Op welke wijze een gemiste diagnose tot stand kan komen wordt aan de hand van voorbeelden geïllustreerd.

Via de diagnostiek van de ziekte verdient de diagnostiek van de zieke mens de aandacht van de huisarts. Hiermee wordt echter de onvolledigheid van de ziekte-diagnose niet opgeheven. Gewezen wordt op het belang, dat de huisarts zich de grenzen van zijn diagnostische mogelijkheden realiseert, dat hij de hem ten dienste staande middelen als anamnestic en fysisch-diagnostisch onderzoek ten volle uitbuit, dat hij streeft naar een gedifferentieerde vorm van samenwerking met zijn collegae-specialisten, en het ziektebeloop als aanvullend, bevestigend of corrigerend element in de diagnostiek ten volle uitbuit.

Summary. From 110 diagnostic results, registered during one week, it is concluded that in a general practice the determination of a disease-unit usually does not succeed. The result of this is that the general practitioner, more than the specialist, runs the risk of becoming the victim of an incorrect or incomplete diagnosis.

In what way a missed diagnosis can arise is illustrated with examples.

By way of the disease-diagnostics, the diagnostics of the sick person deserve the general practitioner's attention. This however does not remove the incompleteness of the diagnosis of a disease. The significance is pointed out of the fact that the general practitioner realizes the limits of his diagnostic possibilities, that he makes full use of the means at his service, such as anamnestic and physical-diagnostic examination, that he strives for a differentiated form of co-operation with his fellow-specialists, and fully uses the course of the disease as a complementary confirming or corrective element in diagnostics.

Brouwer, W. (1962) Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk. Proefschrift, Groningen.

Kuiper, P. C. (1957) Inleiding tot moderne psychiatrische denkwijzen. Bijleveld, Utrecht.

Rümke, H. C. (1962) Ned. T. Psychol. 17, 334.

Wibaut, F. (1962) De methode der geneeskunst. Erven F. Bohn n.v., Haarlem.