

# huisarts en wetenschap



maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap

## Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon\*

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

„Ik weet nog steeds niet of het de  
gezondheid is die dom, dan wel  
de domheid die gezond maakt”.

Greshoff.

In 1951 verscheen het geschrift „De ontwikkelingsgang der klinische diagnostiek” geschreven door A. Verjaal\*\*, waarin de auteur schrijft: „De diagnose tuberculose, carcinoom, epilepsie of pleuritis zegt hem (de moderne clinicus) onvoldoende. Hij wil de nauwkeurige lokalisatie weten en de uitgebreidheid van het proces. Hem interesseren de functiestoornissen en de aetiologie. Het is hem daardoor onmogelijk geworden de ziekte toestand van zijn patiënten te kenschetsen met en enkele term”. Enkele bladzijden verder zegt Verjaal dat de moderne diagnostiek naast de klinische diagnose eist dat de medicus zich de volgende vragen stelt: 1 Hoe is de anatomie (lokalisatie); 2 Hoe is de histologie (celpathologie); 3 Hoe is de functie (patho-fysiologie) en 4 Wat is de oorzaak (aetiologie). Ten aanzien van de aetiologie merkt hij op: „De aetiologie omvat twee categorieën, de causa en de conditie”.

Het ziektebegrip waarvan deze interpretatie van de diagnostiek een logische consequentie was, heeft zich in de laatste twintig jaar aanzienlijk uitgebreid. Zelf noemt Verjaal reeds de psychosomatische ge-

*Samenvatting.* Sinds ongeveer 1950 heeft de belangstelling voor de patiënt zich sterk uitgebreid: onder invloed van de psychosomatische en integrale geneeskunde heeft het begrip diagnose een andere betekenis gekregen. Het gevolg van de toename van het aantal gegevens betreffende de patiënt is, dat het beoordelen van de patiënt steeds moeilijker wordt. Dit wordt nog versterkt door de resultaten van onderzoeken over de arts-patiënt-relatie: de arts blijkt minder objectief te zijn dan men denkt. De arts — vooral de huisarts —ervaart door dit alles de sterke subjectiviteit van het eigen oordeel, waardoor de behoefte aan samenwerking met anderen groeit. Bovendien neemt de invloed van de maatschappij op het geneeskundige handelen toe en wordt het verlangen naar inspraak bij de patiënt steeds groter.

Het is tegenwoordig juist uit te gaan van de stelling dat de patiënt een probleem heeft. De arts moet hem helpen met het zoeken naar een oplossing van dit probleem. Onder een diagnose dient men te verstaan: een voorlopige formulering die is bedoeld om te kunnen handelen. Tijdens het geneeskundige handelen verandert de diagnose voortdurend, er is sprake van een „diagnostisch proces”.

neeskunde die „een eerste poging doet de conditie systematisch en wetenschappelijk te betrekken in de aetiologische diagnostiek”. Van de hand van Groen en medewerkers verscheen, eveneens in 1951, „Grondslagen der klinische psychosomatiek”.

Alvorens de ontwikkeling gedurende de laatste

\* Naar een voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus „Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde”, Leiden, februari 1971.

\*\* Erven F. Bohn NV, Haarlem.

twintig jaar van het begrip diagnose — en diagnostiek — verder te bespreken, lijkt het mij nuttig een duidelijk onderscheid te maken tussen de diagnose welke men stelt om een rationele behandeling van de patiënt te kunnen beginnen en de diagnose noodzakelijk om de ziekte als zodanig te classificeren, te etiketteren. In het tweede geval, de „rubriekdiagnose”, moet men, bijvoorbeeld ter wille van een morbiditeitsonderzoek, met een enkele term kunnen volstaan; in het eerste geval — de individuele diagnose — gaat het om een „doorschouwing” van de patiënt als individu, waarbij de medicus zoveel mogelijk relevante factoren in zijn beschouwingwijze betreft. In het kader van dit artikel wordt gesproken over de diagnostiek die moet worden bedreven alvorens de arts de patiënt kan helpen, de rubriekdiagnose komt dus te vervallen.

De klinische diagnostiek van twintig jaar geleden werd — grofweg gesproken — gekenmerkt door het volgende ziektebegrip: de ziekte speelde zich af binnen de huid van de patiënt; de arts — de buitenstaander — kon door zich in te spannen dit proces „begrijpen” en in principe ten goede beïnvloeden; de arts was in principe technicus, zijn individualiteit speelde geen rol; ziek zijn was een onaangename toestand, een corpus alienum in het leven van de patiënt; de belangrijkste periode van dit ziek zijn speelde zich af in de kliniek.

De meest essentiële bijdrage van de psychosomatische geneeskunde is misschien wel geweest dat men meer aandacht aan de patiënt als individu ging besteden en aldus aspecten kon vaststellen die tevoren dreigden verloren te gaan. Zo ontdekte — of herontdekte — men hoe belangrijk de rol van de persoon van de arts was bij de (psycho)therapie en welke samenhang soms aantoonbaar was tussen ziekte en levensloop van de patiënt.

Bezwaren tegen het beperkte ziektebegrip dat vóór 1950 werd gehanteerd, kwamen vooral van *Querido* (1955). Laatstgenoemde wijst op de slechte resultaten van de — zijns inziens — beperkte klinische benadering van de patiënt. Hij pleit voor een „integrale diagnostiek”, waarbij aspecten van de patiënt naar voren komen die tevoren niet relevant werden geacht. De auteur schrijft: „dat de doelmatigheid van ons tegenwoordig ziekenhuisapparaat ernstig in twijfel moet worden getrokken”. In een latere publikatie (1959) vermeldt hij: „dat in ongeveer de helft van de in de kliniek opgenomen gevallen de arts wel, de patiënt echter niet bij machte is aan de genezing mede te werken”. Behalve klinische hulp is immers nog andere hulp nodig.

Uit de benadering van *Querido* en zijn medewerkers blijkt duidelijk dat de diagnostiek zich heeft

uitgebreid, zelfs in ruimtelijke zin. Het onderzoek van de patiënten vindt in de studies van *Querido* plaats buiten de kliniek en ook buiten de periode van het ziek zijn. Deze „integrale” benadering is, zoals bekend, uiterst belangrijk geweest voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Het is niet voor niets dat *Querido* zijn boek (1955) beëindigt met de zin: „Integrale geneeskunde is het specialisme van de algemene arts”. De diagnose, in dit boek genoemd: samenvatting en overwegingen, varieert in lengte tussen honderd en duizend woorden!

Het voorgaande samenvattend kan het volgende worden gesteld.

Na 1950 beginnen de artsen steeds meer aspecten van de patiënt relevant te achten. De gegevens betreffende de patiënt breiden zich uit onder invloed van de psychosomatische en de integrale benadering. De problematiek, die de patiënt de arts presenteert, blijkt veel complexer te zijn dan men tevoren veronderstelde.

Intramuraal is de uitbreiding van de gegevens inderdaad indrukwekkend: laboratorium- en röntgenonderzoek, functieonderzoek van hart, longen en andere organen, electrocardiografie, elektromyografie, elektro-encefalografie, onderzoek met behulp van isotopen, enzovoort. De vermeerderde informatie betreffende de patiënt die dank zij de psychosomatische geneeskunde en de integrale geneeskunde werd verkregen, waren voor de huisarts echter van veel meer betekenis. Het opnemen van een biografische of psycho-sociale anamnese is immers in de huisartspraktijk zeer goed mogelijk (*Brouwer; De Jong*).

Door de genoemde ontwikkelingen heeft het begrip diagnose — en diagnostiseren — voor de huisarts een andere betekenis gekregen.

De patiënt komt bij zijn huisarts met een probleem. In de meeste gevallen komt dit neer op een lichamelijke klacht, maar dat is niet altijd het geval. Het vooroordeel dat iedereen die een lichamelijke klacht heeft een zieke is op wie een diagnose moet worden geplakt moet verdwijnen. In het algemeen gesteld gaat het om het probleem waarmee de patiënt komt en dat hij kennelijk niet alleen kan oplossen: hij wil graag het oordeel van de huisarts weten. Van de arts wordt gevraagd zijn hulp te verlenen bij de oplossing van het probleem.

Vroeger leerde de arts tijdens zijn opleiding dat het genezen van een patiënt verloopt volgens het schema: anamnese en onderzoek → diagnose → behandeling → genezing van de patiënt.

Naar mijn gevoel werd hiermede de weg welke de arts moest gaan om tot een diagnose te komen — zelfs in klinisch zeer eenvoudige gevallen — te rechtlijnig beschreven; in feite ligt de zaak immers

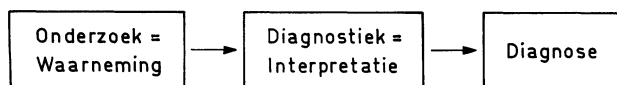
veel gecompliceerder (*Crevel; schema 1 en 2*). Er bestaat een voortdurende wisselwerking tussen onderzoek/waarneming enerzijds en diagnostiek/interpretatie anderzijds.

Een veel ernstiger bezwaar is echter dat bij een dergelijke voorstelling van de gang van zaken de invloed van de patiënt zelf volkomen ontbreekt. De diagnose van de arts — in welke betekenis van het woord dan ook — is van invloed op de klachten en dus op de symptomen van de patiënt (*Plügge*). In *schema 3 en 4* is getracht een en ander te verduidelijken.

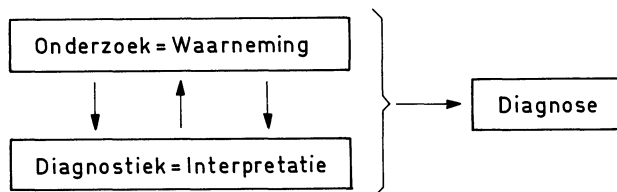
*Voorbeeld.* Een man gaat met vage klachten over pijn in de schouder en de arm naar de arts. De huisarts vermoedt angina pectoris; hij verwijst de patiënt naar een cardioloog. Deze specialist stelt de diagnose coronairsclerose en deelt de patiënt mede dat zijn hart niet in orde is en dat hij anders zal moeten gaan leven. Na deze diagnose is de man een „hartpatiënt” geworden. Er is pathologisch-anatomisch niets veranderd, maar de patiënt heeft nu andere klachten gekregen, hij beleeft zijn klachten anders, hij klaagt anders.

Het komen tot een „diagnose”, tot een doorschouwen van het individuele ziektegeval is dus een ingewikkeld proces, veel ingewikkelder dan men op het eerste gezicht zou zeggen. Het is inderdaad een diagnostisch „proces”, een gebeuren dat zich „in de tijd” voltrekt en waarbij dikwijls diverse artsen zijn betrokken. De huisarts had namelijk reeds eerder ontdekt dat hij — ondanks het feit dat hij zelden een (rubriek) diagnose stelde hoewel zijn leermeesters hem dat steeds hadden gevraagd — een eigen wijze van diagnostiseren had, die niet onderdeed voor die van de specialist. Hem was namelijk dui-

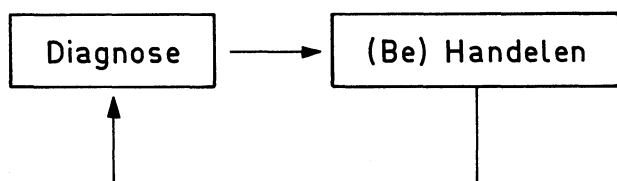
*Schema 1. Voor verklaring zie tekst*



*Schema 2. Voor verklaring zie tekst*



*Schema 3. Voor verklaring zie tekst*

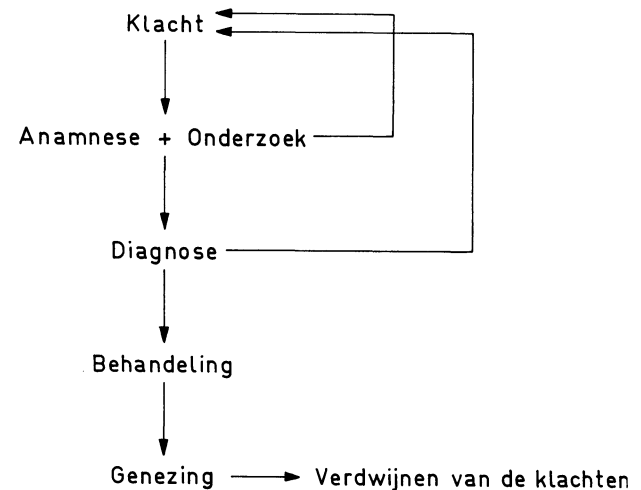


delijk geworden dat men niet van „de” diagnose kan spreken, maar dat een diagnose altijd iets voorlopigs dient in te houden (*schema 5*).

*Voorbeeld.* Een man van 70 jaar komt bij de huisarts met de klacht: bloed bij de ontlasting. Rectaal is er een tumor te voelen. Poliklinisch ontdekt de chirurg een polipeuze tumor van het rectum, hij neemt de patiënt op. Bij klinisch onderzoek blijkt de tumor maligne te zijn, zonder dat metastases aantoonbaar zijn. Pathologisch-anatomisch onderzoek: adenocarcinoom met aanduiding van infiltrerende groei. Bij operatie wordt een grote levermetastase gevonden, er wordt een palliatieve anus praeter aangelegd. De „ontslagdiagnose” luidt: gemetastaseerd rectum carcinoom; anus praeter.

Men kan in een dergelijk geval niet spreken van

*Schema 4. Voor verklaring zie tekst*



*Schema 5. Diagnostisch proces bij een man van 70 jaar met de klacht „bloed bij de ontlasting”.*

Man, 70 jaar; bloed in de ontlasting

		Melaena
Huisarts	1	Tumor van het rectum (verwijzing)
Chirurg	2	Polipeuze tumor van het rectum (Opname)
Patholoog anatoom	3	Maligne tumor van het rectum (geen metastasen te diagnostiseren)
Röntgenoloog	4	
Lab. arts	5	
Internist	6	
Narcotiseur	7	Operatie: Maligne tumor van het rectum
Chirurg	2	Doorgroei in de muscularis
		Levermetastase, A.P.
Patholoog anatoom	3	Gemetastaseerd rectumcarcinoom, A.P. (Ontslag diagnose)
Huisarts	1	Bedlegerige oude man, A.P., slechte verzorging thuis, enz. enz.

„de” diagnose. Wel bestaat er een diagnostisch proces waarbij door het werk van velen (onder andere zeven artsen) een uiteindelijke diagnose wordt gesteld die in feite ook „voorlopig” is. Ook kan men stellen dat elke „diagnose” — wat deze dan ook mag zijn — als argument kan worden gebruikt om een bepaalde beslissing te nemen.

Op deze wijze kan men tot de volgende definitie van het begrip diagnose komen: een diagnose is een voorlopige formulering die is bedoeld om te kunnen handelen (*Cohen; Crombie*).

Hiermede is echter nog niets over de inhoud van deze formulering gezegd. Integrale diagnostiek wil weliswaar zeggen: „in principe met alle aspecten rekening houden, maar afhankelijk van de orde van belangrijkheid zijn aandacht op één moment op één aspect richten” (*Van Es*). *Querido* (1959) formuleerde het enigszins anders:

„Indien de vitale indicatie overheerst, heeft het weinig zin, een integratief onderzoek in te stellen”.

In de huisartspraktijk doet zich een dergelijke toestand bijvoorbeeld voor bij het verwijzen van een patiënt bij wie de huisarts de waarschijnlijkheidsdiagnose coronairinfarct heeft gesteld. Het heeft dan geen zin meer op dat moment een psycho-sociale anamnese op te nemen. Anders gezegd: in sommige gevallen luidt de voorlopige formulering niet anders dan de rubriekdiagnose omdat een dergelijke diagnose in dit geval voldoende informatie geeft om te kunnen handelen.

De diagnose is dus een stap naar de oplossing van het probleem van de patiënt. Het diagnostische proces — dit is het gehele diagnostisch bezig zijn van de artsen — het interpreteren van verzamelde gegevens, is een deel van het oplossen van dit probleem.

Kreeg het begrip diagnose na 1950 een kwantitatieve en kwalitatieve uitbreiding, na 1955 werd dit begrip nog verder „ontluisterd”. Voor 1950 was de arts een buitenstaander die met behulp van de toen moderne apparatuur in staat was een diagnose te stellen. Na 1955 wordt in de geneeskunde de arts-patiënt-relatie ontdekt en de invloed van deze relatie op de diagnostiek. De medicus blijkt in het geheel niet de koel registrerende technicus te zijn die volgens duidelijk zichtbare lijnen een diagnose stelt. De relatie tussen arts en patiënt speelt een rol, de arts is niet „objectief”, hij is betrokken bij het probleem van de patiënt (*Balint; Weijel*).

Men ontdekt de toxische bijwerkingen van de geneeskunde — het toenemen van iatrogene ziekten — men ontdekt de onbegrijpelijke invloed van placebo's (*De Jongh*). Misschien voor het eerst bemoeit het publiek zich met de geneeskunde: Hoe kan dit nu; de geneeskundigen worden steeds knapper, de kosten van de geneeskundige zorg

steeds hoger, maar er komen steeds meer zieken, het ziekteverzuim neemt steeds meer toe!

Is het zo verwonderlijk dat de artsen — en vooral de huisartsen — onzeker worden? Het probleem van de patiënt is zeer complex, het oordeel van de arts is subjectief, de geneeskunde schiet zijn doel voorbij. Het is of men Hippocrates hoort spreken: „Het leven is kort, de kunst is lang, de gelegenheid vluchtig, de proefneming hachelijk, het oordeel moeilijk”.

Opgemerkt moet worden dat *Van den Berg* als eerste in Nederland deze problematiek duidelijk heeft geformuleerd. Het eerste hoofdstuk van zijn boek dat is opgedragen aan de huisartsen kreeg als titel: „Gewetensconflict van een huisarts”.

Na 1960 wordt de genoemde onzekerheid misschien enigszins geobjectiveerd. De arts wordt zelf het onderwerp van onderzoek, waarbij moet worden aangetekend dat dit in Nederland op vrijwillige basis plaatsvond. De resultaten van het eerste onderzoek hebben tot uitvoerige discussies aanleiding gegeven (*Van der Wielen; Hogerzeil*). Andere onderzoekingen hadden eveneens de huisarts tot onderzoekobject (*Jansen-Emmer; Buma; Winkler Prins; Zweers-Wiersema*).

De onzekerheid die bij de huisarts had postgevat, leidde echter tot de ontdekking dat hij tegenover al deze problemen niet alleen stond. Er waren nog andere deskundigen die de patiënt konden helpen: de wijkverpleegster, de maatschappelijk werker, de fysiotherapeut, de pastor, de diëtiste. *Huygen* spreekt dan ook voor het eerst van een home-team in 1962.

De individuele patiënt moet door allen tezamen worden geholpen, helpen blijkt veel moeilijker te zijn dan men denkt. De autonomie van de arts wordt doorbroken, hij stelt zich binnen het team open voor kritiek, hij leert hierdoor zichzelf beter te doorgronden.

Als onderzoekobject kiest men nu de samenwerking met anderen\*. De arts dient zichzelf beter in de hand te hebben, hij moet leren hoe de arts-patiënt-relatie te „hanteren” (*Blum*).

Het gevoel van onzekerheid bij de geneeskundige stand is echter pas ontstaan. De kritiek is weliswaar nog voorzichtig geformuleerd, maar wordt wel steeds luider. Men ontdekt dat ook de arts een deel van de maatschappij is en als zodanig onderworpen aan kritiek.

Kritische beschouwingen worden de laatste tijd gepubliceerd in geschriften die iedereen kan lezen, (*Van der Berg* (1969), *Van den Hoofdakker, Trimbos*).

\* Een uitvoerige literatuurlijst hierover is te vinden bij *Bremer* e.a. medewerkers (1969), hoofdstuk III: Samenwerking van de huisarts met anderen.

De diagnose is „een standpunt”, „vooroordelen spelen in de diagnostiek (. . .) een grote rol” (Rooymans).

Tenslotte wordt zelfs de patiënt kritisch. Het is niet altijd meer „wat dokter doet is altijd goed”; men behoeft de krant maar erop na te slaan.

Waartoe zal deze ontwikkeling leiden?

Naar mijn gevoel kan de patiënt er alleen maar beter op worden en dat is uiteindelijk de bedoeling van de geneeskunde: de patiënt moet beter worden.

Het voorgaande samenvattend kan het volgende worden geconcludeerd.

Vanaf 1950: de belangstelling voor de patiënt breidt zich uit: milieu en levensloop krijgen betekenis.

Vanaf 1955: de belangstelling richt zich op de arts-patiënt-relatie.

Vanaf 1960: de belangstelling richt zich op de medicus zelf. Het geneeskundig handelen wordt, evenals diverse samenwerkingsvormen, object van onderzoek.

Vanaf 1970: de belangstelling richt zich op de geneeskunde, op de plaats van de geneeskunde en van de arts in de maatschappij.

De gevolgen hiervan voor de huisarts zijn: het beoordelen van de patiënt wordt steeds moeilijker, de subjectiviteit van het eigen oordeel wordt ervaren, de behoefte aan samenwerking met anderen groeit, de invloed van de maatschappij op het geneeskundig handelen wordt steeds groter, de inspraak van de patiënt neemt toe.

De huisarts moet uitgaan van de stelling dat de patiënt een probleem heeft, hij moet helpen bij het oplossen daarvan. Het diagnostische proces waaraan de huisarts zijn bijdrage levert — de huisartsdiagnostiek — vormt een deel van het oplossen van dit probleem. Misschien is het in dit verband beter te spreken van diagnostiek in het eerste echelon dan van huisartsdiagnostiek.

Wat is een echelon? Het woord stamt uit de krijgskunde en is, voor zover mij bekend, voor het eerst in de geneeskunde toegepast door *Querido* (1962). Echelons noemt men de elkander op bepaalde afstand volgende delen van een troepenformatie. Het woord wordt gebruikt om bij een aanval de elkander opvolgende aanvalsgolven aan te geven (échelle = ladder).

De huisarts is een werker in het eerste echelon van de gezondheidszorg. Men kan ook spreken van geneeskundige voorzieningen in de eerste lijn, in de tweede lijn enzovoort (*schema 6*).

\* \* \*

Zoals gezegd verdient het de voorkeur te spreken van de problemen welke de patiënt de arts voorlegt. Laatstgenoemde moet voortdurend problemen en probleempjes oplossen, soms wel dertig

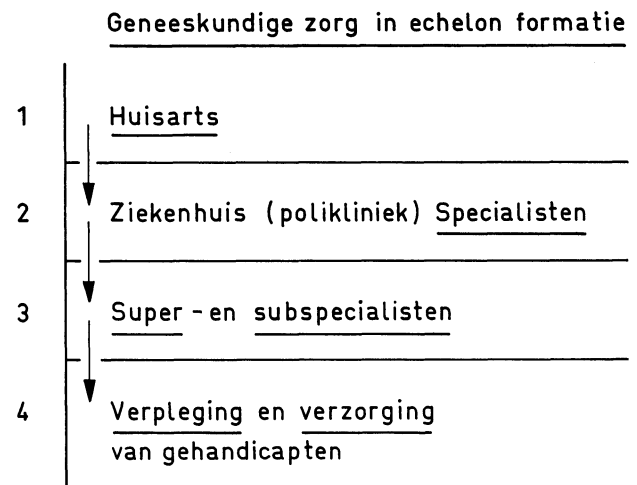
of veertig per dag. De vraag is nu: Hoe lost de arts deze problemen op? Welke wegen bewandelt hij om een oplossing te bereiken? Eigenlijk moet de vraag algemener worden gesteld: Hoe lost men problemen op? Hoe beslist men?

Van iemand die een probleem wil oplossen, wordt een beslissing verwacht welke hij alleen kan nemen indien hij over de nodige informatie beschikt. De wetenschap die zich bezighoudt met de vraag hoe de beslisser kiest, met andere woorden of en zo ja, welke wetmatigheden kunnen worden onderkend in dat keuzeproces, heet tegenwoordig beslis-kunde (*Kriens*). *Rooymans* was een van de eersten die enkele basisbegrippen uit de beslis-kunde en de informatie-theorie in de geneeskunde in Nederland heeft geïntroduceerd. Deze onderzoeker vergelijkt het diagnostische proces met het rijden in een auto-rally: men gaat op weg naar een doel en krijgt onderweg voortdurend problemen voorgelegd waarvan de oplossing steeds weer opnieuw bepalend is voor de weg die men kiest.

Het oplossen van een medisch probleem verloopt op de volgende wijze (*Bross; schema 7*).

- 1 De patiënt formuleert op zijn eigen wijze de problemen waar hij zit.
- 2 De arts krijgt een — aanvankelijk nog vaag — vermoeden met welk probleem de patiënt moeite heeft.
- 3 Hij begint met het verzamelen van gegevens (anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek enzovoort).
- 4 Hij probeert het probleem duidelijk te formuleren („diagnose”).
- 5 Hij formuleert een aantal alternatieve (voorlopige) oplossingen.
- 6 Hij poogt de resultaten van deze alternatieve oplossingen te voorspellen.
- 7 Hij doet op basis van deze voorspellingen een

*Schema 6*



keuze uit de genoemde oplossingen; de arts neemt dus een beslissing, wat inhoudt dat hij tot een bepaalde handeling (of handelingen) overgaat.

8 De arts neemt de resultaten van deze handeling(en) waar en formuleert daarna opnieuw het probleem (zie sub 4).

9 Zie sub 5 enzovoort.

Over dit proces valt het volgende op te merken. Sub 3 Tot de belangrijke gegevens welke de arts verzamelt, behoort de mening van de patiënt. Zeer vele diagnostische en vrijwel alle therapeutische maatregelen dienen met de patiënt te worden besproken.

Sub 4 Hiertoe behoort ook de zogenaamde „differentiële diagnostiek”.

Sub 7 De keuze uit de mogelijke oplossingen wordt bepaald door de voorspelbare resultaten te toetsen aan de criteria die niet altijd duidelijk worden geformuleerd. In het klinische vlak bijvoorbeeld de diagnose appendicitis. Mogelijke oplossingen zijn: operatie of geen operatie. Geen operatie wil zeggen: grote kans op een perforatie met peritonitis. Operatie wil zeggen: minder kans op perforatie, betrekkelijk geringe operatiemortaliteit. Besluit: operatie. Dat wil zeggen: ziekenhuisopneming. Meestal hebben de alternatieve oplossingen echter niet dergelijke duidelijke en voorspelbare resultaten. Een algemeen geldend criterium is: de onzekerheid van zowel de arts als de patiënt moet verminderen, of: de patiënt moet beter worden.

Sub 3 Zeer belangrijk is hoe de verschillende gegevens worden gewaardeerd. Men kan aan goede gegevens de volgende eisen stellen (Bross): 1 de gegevens moeten ter zake zijn; 2 de gegevens moeten betrouwbaar zijn en 3 de gegevens moeten voldoen aan de „eis van herhaalbaarheid”.

Dit laatste betekent dat herhaling van het onderzoek, door wie dan ook, dezelfde gegevens moet opleveren. Het zal duidelijk zijn dat alleen al over

deze drie eisen een aparte studie zou zijn te schrijven.

Het uiteindelijke criterium voor de kwaliteit van de gegevens is echter pragmatisch: heeft het gebruik van de gegevens tot gunstige gevolgen aanleiding gegeven? Zo ja, dan waren het goede gegevens.

Het begrip diagnostiek krijgt zodoende een geheel andere betekenis dan het statische begrip diagnostiek van vroeger. Wat onder sub 4 en 8 staat beschreven is diagnostiek. Vindt deze diagnostiek plaats in het eerste echelon dan is er sprake van eerste echelon diagnostiek. Dit is een zinvol begrip omdat 1: vele gevallen in het eerste echelon definitief kunnen worden afgehandeld; 2: de selectie — verwijzing naar het volgende echelon — met betrekkelijk weinig hulpkrachten en middelen kan plaatsvinden en 3: de volledige kennis en mogelijkheden van de moderne geneeskunde niet in het eerste echelon behoeven te worden toegepast.

De voorwaarde waaraan deze eerste echelon diagnostiek moet voldoen is dat de gegevens die in het eerste echelon kunnen worden verzameld ook worden benut. Van de huisarts mag worden verwacht dat hij in staat is deze gegevens te verzamelen, dat hij ze registreert en tenslotte dat hij de gegevens weet samen te vatten.

Uitgaande van bovenstaande gedachtengang kan bijvoorbeeld de eerste echelon diagnostiek worden beschreven uitgaande van een bepaalde klacht, zoals hoofdpijn (*Bremer en medewerkers*).

Een diagnose is dus een voorlopige formulering om te kunnen handelen. Gaan wij uit van dit begrip dan is diagnostiek in het eerste echelon niets anders dan het opstellen voor de huisarts van een werkschema, uitgaande van een bepaalde patiënt of van een bepaalde klacht en opgebouwd aan de hand van de genoemde negen punten.

Echelon diagnostiek zou daarom als volgt moeten worden beschreven: (eerste) echelon diagnostiek is het opstellen van een werkschema voor de huisarts bij de behandeling van een bepaalde patiënt of bij de behandeling van een bepaalde klacht of symptoom.

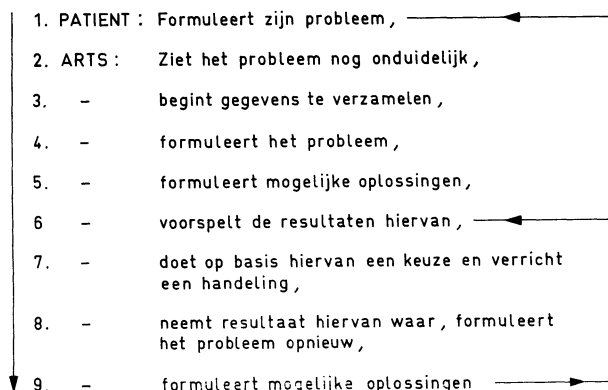
Vroeger kwam de patiënt, een zieke, bij de dokter die hem moest genezen. Men onderscheidde: anamnese-onderzoek-diagnose-therapie.

Tegenwoordig komt de patiënt bij de arts met een probleem. Laatstgenoemde — dikwijls samen met anderen — moet hem helpen om een oplossing daarvoor te zoeken. „Er is geen wezenlijke scheiding tussen diagnose en behandeling” (*Perlman*).

Deze stelling werd in de literatuur betreffende het individueel maatschappelijk werk in 1949 reeds geponeerd!

### Schema 7

#### Oplossen van een medisch probleem :



*Summary. Diagnosis, diagnosis in general practice and firstechelon diagnosis.* Interest in the patient has markedly increased since the Fifties: the diagnosis concept has assumed a different meaning under the influence of psychosomatic and integral medicine. One of the consequences of the increased number of data collected on a patient is that an assessment of the patient is becoming more difficult. The more so since results of research into the doctor: patient relation have shown that doctors are less objective than one tends to believe. As a result of all this the practitioner — especially the general practitioner — experiences the marked subjectivity of his own opinion, and consequently feels a more urgent need for collaboration with others. Moreover, the influence of the community on medical activities is on the increase, and patients have a growing desire for enfranchisement.

— Today, the more appropriate basic assumption is that the patient has a problem. The doctor must help him seek a solution to this problem. Diagnosis should be understood as: a tentative formulation which is intended to enable us to act. The diagnosis is continuously changing in the course of medical activities, What is in fact involved is a „diagnostic process“.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Med. Publ. Co., London, 1957.
- Berg, J. H. van den. Het menselijk lichaam. Callenbach, Nijkerk, 1959.
- Berg, J. H. van den. Medische macht en medische ethiek. Callenbach, Nijkerk, 1969.
- Blum, R. H. The management of the doctor-patient relationship. Mc Graw-Hill, New York, 1960.
- Bremer, G. J. en medewerkers (1961) huisarts en wetenschap 4, 2.
- Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
- Bross, I. D. J. Besluitvorming en statistiek. Marka Boeken, Utrecht, 1965.
- Brouwer, W. Ervaringen met psycho-sociaal, anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen, 1962.
- Buma, J. T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Uitgave: Ned. Inst. voor Praev. Geneesk. Leiden, 1959.
- Cohen, H. (1943) Lancet I, 23.

- Crevel, H. van. Handleiding neurologisch onderzoek. Agon Elsevier, Amsterdam, 1970.
- Crombie, D. L. (1963) J. Coll. gen. Pract. 6, 579.
- Es, J. C. van. Het moderne gewaad van de huisarts. Van Gorcum en Comp., Assen, 1967.
- Groen, J. en medewerkers Grondslagen der klinische psychosomatiek. Erven F. Bohn N. V., Haarlem, 1951.
- Hogerzeil, H. H. W. (1960) huisarts en wetenschap 3, 443.
- Hoofdakker, R. H. van den. Het bolwerk van de beter wetters. Van Gennep, Amsterdam, 1970.
- Huygen, F. J. A. (1962) huisarts en wetenschap 5, 119.
- Jansen-Emmer, E. M. Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Academisch proefschrift. Amsterdam, 1958.
- Jong, D. J. de. De gespreksmethode in de huisartsenpraktijk ten dienste van de diagnostiek en therapie bij psychosomatische aandoeningen. Academisch proefschrift. Nijmegen, 1964.
- Jongh, D. K. de (1954) Ned. T. Geneesk. 98, 1943.
- Kriens, J. Wiskunde en besliskunde. Oratie. Tilburg, 1965.
- Perlman, H. H. Social casework. Nederlandse vertaling. Van Loghum Slaterus, Arnhem, 1959.
- Plügge, H. Behagen en onbehagen. Bijdrage tot een medische antropologie. Spectrum, Aula boeken, Utrecht, 1962.
- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.
- Querido, A. (1959) T. soc. Geneesk. 73. 69.
- Querido, A. (1962) Ment. hyg. 46, 626.
- Rooymans, H. G. M. Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Academisch Proefschrift, Groningen, 1969.
- Trimbos, C. J. B. J. (1970) Maandbl. geest. Volksgezondh. 25, 248.
- Weijel, J. A. Medische psychologie. Bijleveld, Utrecht, 1961.
- Wielen, Y. van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum en Comp., Assen, 1960.
- Winkler Prins, J. Huisarts en patiënt. Academisch proefschrift. Amsterdam, 1966.
- Zweers-Wiersema, A. C. Huisarts en geestelijke gezondheid. Academisch proefschrift. Groningen, 1968.