

Op zoek naar een klachtenlijst

Verslag van een literatuuronderzoek

J. S. MEIJER*

In een poging het veld van de huisartsgeneeskunde te omschrijven met de klacht als uitgangspunt heeft een aantal leden van de C.W.O. in de literatuur gezocht naar een lijst met initiële klachten, zoals die aan de huisarts worden gepresenteerd. Een dergelijke lijst werd niet gevonden, maar de recente ontwikkelingen in de morbiditeits- en probleemregistratie in de eerste lijn geven goede hoop dat ook een klachtenlijst binnen afzienbare tijd beschikbaar zal zijn.

Inleiding

In november 1976 kreeg een aantal leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) van het Nederlands Huisartsen Genootschap het verzoek een beschrijving te geven van het veld van de huisartsgeneeskunde. Het verzoek beruiste op het voornemen van de C.W.O. om de binnen dit veld bestaande lacunes in kennis en vaardigheden op te sporen, voor zover deze betrekking hebben op het medisch-technisch handelen van de huisarts. De onderzoeksgroep stelde zich tevens tot doel om door middel van kritisch onderzoek mee te werken aan het evalueren van de strategieën, die de huisarts bij het verwerken van het aanbod van klachten hanteert (*De taak*).

Subgroep I (J. S. Meijer, J. van Noort en I. Ekker) inventariseerde de reeds bestaande ordeningen van de huisartsgeneeskunde (*De taken; Kenmerken; Hoe helpt de dokter?; Oliemans*) en kwam al snel tot de conclusie dat een ordening naar klacht het meest aan de werkelijkheid van de huisartsgeneeskunde zou voldoen. Bij deze keuze speelde de behoefte om aansluiting te vinden bij de gedachtenvorming rond het hulpverleningsproces een rol.

De benadering van het methodisch werken en de groeiende inzichten in de diagnostische processen bij artsen vormden de achtergronden waartegen onze voorkeur voor de klacht als uitgangspunt zich ontwikkelde. Het me-

rendeel van de handelingen van de huisarts begint immers na het aanhoren van een initiële klacht. Tot dan is er nog geen sprake van beïnvloeding door de arts van de patiënt inzake diens perceptie van zijn gezondheidstoestand. Weliswaar is uit de studies over de premedische fase bekend, dat de verwachting over de rol van de arts medebepalend is voor het gebruik maken van zijn diensten, maar de initiële klacht, opgevat als opening van bijvoorbeeld een spreekuurconsult, geeft naar onze mening toch juist weer waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, dan de later in het hulpverleningsproces beschreven situaties. De diagnose, opgevat als een extreem korte situatieschets, heeft vaak weinig relatie meer met de subjectief beleefde gezondheidstoornis.

De ordeningen van het huisartsgeneeskundig handelen, zoals deze door artsen of door hen observerende gedragwetenschappers worden vastgesteld, dragen alle het risico beïnvloed te zijn door het denkkader van hun scheppers. De aldus weergegeven werkelijkheid is de werkelijkheid van artsen of hun observatoren, maar niet per se die van de hulpvragers. Dit probleem is inherent aan elke vorm van registreren. In hoeverre een bepaalde reductie van de werkelijkheid toelaatbaar is, wordt bepaald door wat men ermee wil bereiken. Voor ons doel, een beschrijving van het veld van de huisartsgeneeskunde met het oogmerk het handelen van de huisarts te evalueren, is een registratie die geen hiërarchisch onder-

scheid maakt tussen klachten, symptomen en diagnoses, onvoldoende.

Onze studiegroep was van mening dat men met het zo zuiver mogelijk registreren van initiële klachten veel van genoemde reductie- en vervormingsrisico's zou kunnen omzeilen en toch het typische van de huisartsgeneeskundige werkelijkheid zou kunnen bewaren.

Gedurende 1977 zochten wij in de literatuur naar modellen van klachtenregistraties en kristalliseerde zich de concrete vraagstelling uit: bestaat er een lijst van initiële klachten zoals die aan de huisarts gepresenteerd worden? Wij lieten de oorspronkelijke opdracht, een beschrijving van het veld van de huisartsgeneeskunde voorlopig rusten, in het vertrouwen dat die wel uit een classificatie van klachten zou volgen.

In de loop van dit proces werd het plan geboren een proefregistratie in de eigen praktijk uit te voeren. In Nederland was nog geen onderzoek over dit onderwerp verricht. Wij wilden bovendien nagaan of dit soort registratie door praktiserende huisartsen tijdens het spreekuur gedaan kan worden. Eind 1977 kwamen we tot de conclusie, dat vooralsnog geen klachtenlijst voorhanden was. De proefregistratie had getoond dat registreren weliswaar mogelijk is, maar dat de onderlinge vergelijkbaarheid een groot probleem vormt. Inmiddels waren we er ons ook bewust van geworden dat een eventuele klachtenlijst ook ergens voor gebruikt moet worden. Een periode van bezinning volgde.

Intussen bleek de registratie van morbiditeit en gezondheidsproblemen zich in internationaal verband zo snel te ontwikkelen, dat al na een jaar veel van het door ons onderzochte dreigde te verouderen. Er is tot op heden nog geen klachtenlijst gepubliceerd, maar de verwachting is dat zo'n lijst binnen afzienbare tijd zal verschijnen of althans samengesteld kan worden. De waarde van deze bijdrage ligt dan ook vooral in de mogelijkheid dat hiermee een zekere „probleemgevoeligheid“ wordt geschapen bij die huisartsen die niet dicht bij de stroom van publikaties op dit gebied staan.

In dit rapport wordt in het eerste deel een overzicht gegeven van de geschiedenis van het registreren van klachten en symptomen en van ziekteclassificering. Het tweede deel is gewijd aan een aantal gerezen vragen en aan het eerder genoemde proefonderzoek.

* Met medewerking van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.

Deel I. De literatuur

Onze bevindingen uit de literatuur zijn gegroepeerd rond de trefwoorden „klacht”, „presenting symptoms”, „classificatie van ziekten en symptomen” en „diagnostische processen”. Deze laatste categorie is gekozen omdat de klacht aan het begin van elk diagnostisch proces staat en vanwege onze algemene interesse in de wijze waarop de arts van klacht tot diagnose komt. We hebben bewust een andere ingang – waarbij de klacht juist het eindpunt van het proces is, de premedische fase – terzijde gelaten, aangezien wij ons tot het handelen van de huisarts wilden beperken.

Klacht

Bij het zoeken naar een klachtenlijst werd al snel duidelijk dat het begrip klacht geen gebruikelijk trefwoord is in de literatuur over huisartsgeneeskunde. In de Nederlandse tijdschriften geeft alleen het artikel van *Brouwer en Touw-Otten* een opsomming van de klachten waarmee patiënten bij de huisarts komen. Men zoekt echter tevergeefs naar een definitie van het begrip klacht. Ditzelfde geldt voor de publicaties van *Smits* en *Van Mierloo* en *Smits* die voornamelijk geconcentreerd zijn op nerveus-functionele klachten en de bijbehorende gezinsgeneeskundige aspecten.

Meininger belicht vele filosofische aspecten van het begrip klacht en de betekenis van het klagen in de geneeskunde, maar levert geen informatie over de soorten klachten en de indeling daarvan in huisartspraktijk.

Het „Kompas voor de huisarts” (*Duursma e.a.*) is klachtgericht geconcepieerd. De index van deel C is een overzicht van patiënten met een enkelvoudige klacht. Er is geen systematiek in te herkennen. Het doel van het boek is dan ook niet om een beschrijving van de huisartsgeneeskunde te geven, maar om de kennis te verschaffen die nodig is bij de behandeling van de klacht.

Van Es vermeldt op diverse plaatsen het begrip klacht, meestal gericht op de beleving van de patiënt of op wat de dokter ermee moet doen. De problematiek van het classificeren of de relatie tot het begrip morbiditeit worden niet verder uitgewerkt.

Presenting symptoms

In de Engelstalige literatuur blijkt het

begrip complaint al even weinig gebruikt als het begrip klacht in het Nederlands. In Engeland is veel werk verricht rond het thema presenting symptoms, terwijl ook Canada en de V.S. hun deel leverden. De World Organisation of National Colleges and Academies of General Practice (WONCA) heeft in november 1974 een nieuwe classificatie van ziekten voor de huisartsgeneeskunde aangenomen. De International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) spreekt van health problems en niet van complaints. Het begrip complaint werd eenmaal aangetroffen in een Canadese publikatie van de hand van *McFarlane and Norman*.

In Engeland spreekt men meestal alleen over symptoms and signs, soms over physical signs. Symptoms zijn wat subjectiever dan signs, hoewel bij dat laatste meer aan onderzoeksgegevens bij de physical diagnosis dan aan door de patiënt zelf geconstateerde verschijnselen wordt gedacht. In het Nederlands liggen die onderscheidingen net iets anders. Wij onderscheiden naast symptomen nog klachten, waarbij symptomen juist een wat minder subjectief karakter hebben. Symptoom is een begrip dat stamt uit het ziektekundig denken. Een ziekte geeft symptomen – die overigens ook vaak verschijnselen genoemd worden – maar de mens klaagt.

Een van de oudste artikelen over presenting symptoms is van de hand van *Bain* en *Spaulding*. Onder de indruk van het nut van de bestaande ziekten-coderingen, gesteund door de computers en met kritiek op de bestaande International Classification of Diseases – waarvan de E-lijst is afgeleid – ontwierpen zij een coderingssysteem voor klachten, zoals die door de patiënten van een interne polikliniek werden verwoord. Het is een numeriek systeem, ontwikkeld na bestudering van de hoofdklachten van 500 achtereenvolgende patiënten. Men hanteert primair een anatomische indeling, gevolgd door een aantal gevoelskwaliteiten, met daarnaast nog een symptomen-indeling, gerangschikt naar tracti. Over het systeem bestaan enthousiaste maar niet geverifieerde berichten uit Canada (*McFarlane and Norman*).

In Engeland is het vooral *Morrell* geweest, die zich met deze problemen heeft beziggehouden. Hij onderscheidt (*Morrell and Gage*) pijn, functiestoornissen, bloedingen, traumata, abnormale zwellingen, veranderingen in uiterlijk en slecht te definiëren sympto-

men. Voor zover mogelijk geeft hij een onderverdeling naar lokalisatie. Bij zijn artikel geeft hij ook frequentieverdelingen van de symptomen. Het is een vrij exacte lijst, maar door zijn uitgebreidheid niet zo gemakkelijk hanteerbaar. In 1972 volgde het artikel van *Morrell and Robinson* en in 1976 de bijdrage van *Morrell and Wale*. Dit laatste artikel is enigszins te vergelijken met het werk van *Folmer* en *Van der Velde* in ons land. Het ijsberg-fenomeen bij een groep vrouwen werd aangetoond.

Naast *Morrell* heeft een andere Engelse auteur, *Hull* (1969^a), een tabel met presenting symptoms gepubliceerd. Zijn belangstelling ging in eerste instantie uit naar de verschillen tussen stad en platteland en tussen de sociale klassen. Hij gaat niet in op het onderscheid tussen symptomen en klachten en hij onthult niets over zijn systeem. Hij geeft alleen frequentietabellen waarin vooral somatische verschijnselen zijn vermeld. Zijn gegevens zijn enigszins te vergelijken met de Nederlandse morbiditeitsstatistieken.

In een aantal boeken wordt geschreven over symptomen en morbiditeit (*Barber and Boddy; Fry e.a.*). *Fry* vermeldt de resultaten van de registratie in zijn eigen praktijk. Hij hanteert een eenvoudig systeem met slechts vijftien categorieën en geeft daarbij de frequentieverdeling gegroepeerd in vier hoofdgroepen. *Fowler* behandelt in alfabetische volgorde de meeste klachten en symptomen. Het is een nuttig overzicht en hij wijdt ook enkele passages aan de begripsmatige aspecten die eerder zijn signaleerd.

Het enige Duitstalige werk dat geraadpleegd is, is het boek van *Braun*. Met enige moeite zou hieruit een lijst van klachten op te stellen zijn.

Classificatie van ziekten en symptomen

De tot dusver besproken literatuur werd verzameld met het oog op een klachten- of symptomenlijst. Vele huisartsen blijken zich in de begin jaren '70 met deze problematiek beziggehouden te hebben, zij het met nogal uiteenlopende motieven. Ouder is de belangstelling voor het registreren van ziekten. In het algemeen betekent registreren ook classificeren en beide processen vereisen een naamgeving aan ziekteprocessen. De naamgeving verandert als de inzichten in de ziekteprocessen veranderen.

Deze veranderingen gaan zo snel dat de meest algemene indeling van ziekten,

de International Classification of Diseases elke tien jaar bijgesteld wordt; de meest recente versie is sinds 1 januari 1979 van kracht (*Ekker; Kupka*). De ICD is het model waarvan vele classificaties zijn afgeleid. Zij verraadt haar ontstaan uit een classificatie van doodsoorzaken nog altijd door een voorkeur voor duidelijk herkenbare somatische ziekteprocessen. Zo begint de opsomming met infectieziekten, stapt via neoplasmata over op de tractusgebonden aandoeningen en eindigt met een categorie onduidelijke symptomen en administratieve verrichtingen. De laatste categorieën zijn duidelijk toevoegingen op grond van andere behoeften dan het uitsluitend registreren van sterfte, ziekte of verwondingen. In Nederland houdt de Werkgroep Classificatie en Coderingen van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO zich in samenwerking met de Stichting Medische Registratie bezig met dit onderwerp (*Ekker*).

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn in de laatste jaren veel activiteiten ont-plooid om tot een op de ICD afgestemde eigen classificatie te komen. De geschiedenis hiervan werd door *Lamberts* (1975) en *Lamberts* en *Van Dijk* uitvoerig beschreven. Het betreft hier de totstandkoming van de ICHPPC door internationale samenwerking van diverse huisartsenverenigingen. In 1974 werd deze classificatie geaccepteerd door het congres in Mexico. Het is zeker mogelijk om hetgeen men als huisarts in de dagelijkse praktijk tegenkomt, in de ICHPPC te plaatsen. De ideale classificatie voor de huisarts is het daarmee niet.

Na 1975 zijn de ontwikkelingen door-gegaan. In Engeland treurde men aanvankelijk nog wat na over de E-, W-, S-, en F-lijsten, maar men is toch officieel overgestapt op de ICHPPC, getuige de uitgave van een Occasional Paper (*The international classification 1976*) door het Royal College. Ook hierin staan de geschiedenis, doelstelling en toekomst van de ICHPPC goed beschreven.

Van deze toekomst is een deel inmiddels alweer verleden tijd. Aan de hand van de verslagen van het SIMG-congres (*Riphagen* en *Lamberts*) en het WONCA-congres in 1976 (*Lamberts* en *Riphagen*) kan men zich van deze ontwikkeling op de hoogte stellen. Minder toegankelijk zijn de publikaties over de ontwikkelingen in de Verenigde Staten. In 1974 is onder auspiciën van het Department for Health, Education and Welfare een symptoomclassificatie op-

gezet voor de National Ambulatory Medical Care Survey (*Meads* and *McLemore*). In later jaren is men zich bewust geworden van de noodzaak om ook problemen en redenen voor een bezoek aan de dokter c.q. het gezondheidszorgsysteem vast te leggen (*Schneider e.a.*). Men introduceerde het begrip „Reason for Visit” en breidde het classificatiesysteem uit (NAMCS-RVC) (*Schneider e.a.*) De ICHPPC is eveneens toe aan een tweede versie, in overeenstemming met de vernieuwing van de ICD (*ICHPPC-2*).

Binnenkort kan de publikatie van een voorstel voor een registratiesysteem van de fasen van het hulpverleningsproces worden verwacht (*Lamberts* 1979). In dit voorstel komen de beide giganten, de ICHPPC-2 en de NAMCS-RVS, tot een synthese.

In Nederland is ondanks herhaalde berichten in huisarts en wetenschap de ICHPPC nog weinig tot de huisarts doorgedrongen. De uitgebreidheid van het systeem is daar niet geheel vreemd aan. De bruikbaarheid voor niet-hobbyisten lijkt nog niet groot. Dat dit gevoel ook in andere landen gedeeld wordt kan blijken uit een aantal alternatieve voorstellen.

Dobson-Smith geeft een systeem voor classificatie van chronische en belangrijke ziekten. Zijn doel is de huisarts in staat te stellen snel de meest relevante ziektegegevens van zijn praktijk ter beschikking te hebben zonder de dwang alles constant te moeten registreren.

De Deense huisarts *Krogh-Jensen* beschreef in 1977 een aanzet tot een nieuw systeem, dat weliswaar dicht bij de ICHPPC wil blijven, maar toch meer recht doet aan de classificatie van wat hij „approximate diagnoses” noemt. Hij signaleert de moeilijkheid dat bij uitsluitend symptoomregistratie vaak te veel informatie verloren gaat, terwijl bij het registreren van een algemene ziekte vaak een te grote graad van zekerheid wordt gesuggereerd.

Onder het hoofd Classification of Health Problems vonden we nog een artikel van de hand van *Martini e.a.* Zij vergelijken een drietal classificatiesystemen voor „presenting problems”, te weten de Royal College classificatie uit 1963, de U.S. Ambulatory Medical Care Classifications of Symptoms (NAMCS) en de ICHPPC. Het is een verslag van een onderzoek onder huisartsen in Nottingham in 1974, waarbij van elk consult zevenentwintig variabelen werden vastgelegd, waaronder de belangrijkste

problemen, klachten of symptomen die tot het bezoek aan de arts aanleiding hadden gegeven. Deze problemen werden gescoord in de drie systemen, waarbij eerst een indeling werd gemaakt in „specific”, „general specific”, „general” en „other”. In deze laatste groep vielen slechts zeventig van de 8.002 gescoorde uitspraken van de artsen over het probleem; (men heeft bewust afgezien van het noteren in de termen van de patiënt). Het bleek dat de NAMCS het grootste percentage specifieke problemen kon registreren. Specifiek moet hier gezien worden in die zin dat men het probleem een etiket uit het classificatiesysteem kon opplakken. De auteur beveelt aan de NAMCS te gebruiken naast de ICHPPC indien het gaat om het registreren van problemen of om de ICHPPC verder in deze richting te ontwikkelen.

In Nederland komt het probleemgerichte registreren in de praktijk langzaam op gang. Het zal waarschijnlijk een stimulans krijgen door het beschikbaar worden van nieuwe registratiesystemen (*Probleemgeoriënteerde registratie*).

Het onderzoek naar een lijst met initiële klachten, zoals die aan de huisarts worden gepresenteerd, eindigt voorlopig met de constatering dat zo'n lijst momenteel nog niet bestaat in een vorm, die bruikbaar zou kunnen zijn als ordeningsprincipe voor de huisartsgeneeskunde. De plannen voor een registratiesysteem, waarmee niet alleen klachten maar tevens andere redenen voor doktersbezoek tezamen met diagnostische handelingen, diagnosen en therapie vastgelegd kunnen worden, zijn in een zo vergevorderd stadium dat wij voorlopig het zoeken kunnen staken. Des te klemmender wordt de vraag wat we nu eigenlijk met een dergelijke lijst zouden willen doen. In het tweede deel van dit artikel komen we daar nader op terug.

In de inleiding werd reeds onze interesse in de relatie klacht-diagnose genoemd. Wij vonden een aantal publikaties die erg stimulerend waren voor het denken over dit thema. Daar ons onderzoek zich in eerste instantie richtte op het vinden van klachtenlijsten, is de hierna besproken literatuur uitsluitend vermeld om de lezer enig idee te geven van wat op dit gebied gaande is. Tevens kan het gebruik van een klachtenlijst tegen deze achtergrond verder toegelicht worden.

Diagnostische Processen

De publikaties zijn te onderscheiden in algemene en huisartsgeneeskunde. De algemene houden zich bezig met zaken als hypothesevorming, „problem solving” en beslissingsstrategieën. Zij zijn deels van algemene, theoretische aard, deels berusten zij op concreet onderzoek bij artsen.

Lusted schreef in 1968 het boek „Introduction to medical decision making” en wordt sindsdien door iedereen geciteerd. *Feinstein (1967-1973)*⁴, internist, heeft zich verdiept in de betekenis van het stellen van een diagnose voor de behandeling van een individuele patiënt. In zijn boek „Clinical Judgement” en in latere publikaties geeft hij zeer fundamentele beschouwingen over „diagnostic reasoning”. Hij behoort zich zeer kritisch over de waarde van de statistiek als hulpmiddel voor het stellen van een diagnose in individuele gevallen. Statistische gegevens – zoals de computer die zou kunnen geven – zijn nuttig bij een handelingsproces, bijvoorbeeld bij het kiezen van uit te voeren onderzoeken, niet bij het stellen van een diagnose.

Kleinmutz onderzocht de wijze van diagnostiseren bij neurologen. *Elstein e.a.* doen verslag van een onderzoeksproject waarbij aan ervaren artsen gevraagd werd simulatiepatiënten te onderzoeken. De onderzoekers noteerden de feitelijke vragen van de artsen, maar ook hun motieven hiervoor. Uit de protocollen trokken zij de conclusie dat artsen als regel snel een klein aantal hypothesen vormen en daar een rangorde van waarschijnlijkheid aan toekennen. Zij trachten deze hypothesen door verder onderzoek te bevestigen of te verwerpen. Blijken alle hypothesen verworpen, dan kiest de arts zich een nieuw drie- of viertal hypothesen en begint hij opnieuw. Hoe lang hij hiermee doorgaat is sterk afhankelijk van zijn ervaring en kennis, van de morbiditeit en van de behandelbaarheid van een aandoening. Dit model van *Elstein* – de hypothetisch-deductieve methode – staat tegenover het meestal door de medische onderwijsinstellingen aanbevolen model. Daar wordt immers gepropageerd om eerst systematisch informatie te verzamelen door anamnese en onderzoek en dan een diagnose of differentiële diagnose op te stellen.

Recent publiceerden *Feightner e.a.* een vergelijkbaar onderzoek bij huisartsen. Elke arts werd direct na een consult van een simulatiepatiënt gevraagd zijn ge-

dachtengang te reproduceren. Ook hieruit bleek dat huisartsen snel hypothesen opstellen, waarmee zij het probleem van de patiënt vorm geven. Deze hypothesen worden verder door anamnese en onderzoek getoetst. De voorname hypothesen worden al in de eerste minuut opgesteld, de rest van de tijd is voor toetsing. De verzamelde gegevens dienen dus niet in de eerste plaats voor hypothesevorming maar voor toetsing. De huisarts zoekt niet zozeer naar diagnoses, maar veeleer naar „waarschijnlijke” hypothesen.

In medische beslissingsprocessen speelt de subjectieve waarschijnlijkheid een grote rol. Voor het denken in waarschijnlijkheden vormt het „theorem van Bayes” een mathematische basis. De Bayesiaanse statistiek neemt in veel publikaties (zie bijvoorbeeld *Wulff*) over zogenaamde medische beslissingsprocessen een belangrijke plaats in. Het zou in het kader van dit verslag te ver voeren deze specialistische artikelen te bespreken. Het lijkt niettemin juist voor de huisarts van belang zich iets van het denken van deze richting eigen te maken. Het gaat hier om een methode om, gegeven bepaalde informatie (bijvoorbeeld bepaalde klachten), de waarschijnlijkheid van een hypothese te berekenen. De medicus zal trachten door het verzamelen van gegevens de waarschijnlijkheid van zijn „diagnose” te vergroten of te verkleinen. Het zou hem kunnen helpen als hij a priori iets van de waarschijnlijkheid van een bepaalde diagnose bij een bepaalde klacht wist.

Een voorbeeld van dit denken is de handelwijze bij hoofdpijn. Iedere huisarts weet dat hoofdpijn een symptoom van een hersentumor kan zijn, maar zal deze mogelijkheid een lage waarschijnlijkheid geven. Komt daar het verschijnsel braken bij, dan stijgt de kans, hoewel migraine nog steeds waarschijnlijker is dan een tumor. Blijkt dat de pijn met de gebruikelijke middelen niet verdwijnt en treden bovendien visusstoornissen op, dan wordt de waarschijnlijkheid zo groot dat deze vraagt om bevestiging c.q. verwerping en zal verwijzing naar de neuroloog volgen. Er is dan nog altijd geen diagnose in klassiek medische zin gesteld en de kans op een hersentumor is nog tamelijk klein, daar de meeste tumoren niet met hoofdpijn beginnen. Het diagnostische proces is voldoende doorlopen om een beslissing voor de patiënt te nemen.

Eenzijds lijkt de mogelijkheid om subjectieve waarschijnlijkheden om te

zetten in een mathematische berekening een geweldige stap vooruit, waardoor het vaak wat warrige, intuïtieve denken van de huisarts tot een wetenschappelijk niveau wordt verheven. Anderzijds vindt men nog bitter weinig publikaties, waarin de toepasbaarheid voor de huisarts van deze theoretische ontwikkeling aangetoond wordt. De Deense gastro-enteroloog *Wulff* weet meesterlijk te beschrijven dat mathematische symboliek uit de „nieuwe wiskunde” een hulpmiddel zou kunnen worden om de complexiteit van de ongedifferentieerde klachten te rangschikken.

In de huisartsgeneeskundige literatuur vinden wij vooral publikaties uit het begin van de jaren zeventig. Het lijkt of iedereen met het onderwerp begint en het na enige tijd weer laat liggen. *Hull (1969*^b; 1972) beschrijft hoe je als huisarts van het gepresenteerde symptoom en de reeds bestaande kennis via een „primary diagnosis” tot een „final diagnosis” komt. Zijn stukken bevatten naast een lijst van „presenting symptoms” vooral gegevens over het soort onderzoeken, dat je als huisarts kunt doen. Hij gaat niet in op de hierbij vereiste denkprocessen. Wel benadrukt hij de noodzaak om voor elk symptoom een duidelijk pad te kiezen, dat naar een diagnose leidt.

Zeer kritisch ten opzichte van de noodzaak een diagnose te stellen is *Howie*. *Howie* stelt dat de huisarts meestal heel snel van de informatieverzamelingsfase overgaat naar de behandeling, zonder zich al te veel zorgen over een diagnose te maken. Die diagnose is meestal een etikettering achteraf om het medisch geweten te sussen en een eerbetoon aan de vermaningen van de leermeesters. Hij licht een en ander toe aan een voorbeeld uit de behandeling van de luchtwegaandoeningen. Indien huisartsen werkelijk zo met diagnoses omspringen, behoren de door huisartsen opgestelde morbiditeitsonderzoeken wel met enige argwaan bekeken te worden. Recente Nederlandse bijdragen aan de literatuur over diagnostische of probleemoplossende processen zijn het artikel van *Van der Kooij* en de publikaties van *Van Geldorp e.a.* en van *Kolthoff-Tan* uit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Ook in het Utrechts huisartseninstituut wordt het beslissingsproces bij de huisarts bestudeerd (*Kuyvenhoven*). Sterk op de praktijk gericht is het recente nummer van huisarts en wetenschap over *Probleemgeoriënteerde registratie*.

Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat het literatuuronderzoek ons niet opgeleverd heeft wat wij er van verwachtten. Deels ten gevolge van onze eigen tekortkomingen bij het formuleren van een duidelijke vraagstelling, deels ook omdat op dit moment nog niet voorhanden is wat wij zochten: een lijst met initiële klachten zoals die aan de huisarts gepresenteerd worden.

Het literatuuronderzoek heeft ons wel doen inzien dat de aanvankelijk bestaande aversie tegen de morbiditeitsregistraties door de ontwikkelingen van de laatste jaren niet terecht is. Met de op handen zijnde voorstellen is veel van onze kritiek overbodig geworden. Al lezende zijn wij ons ook bewust geworden dat meer zaken een rol speelden dan alleen een klachtenlijst.

Deel II. Probleemstellingen

Reeds in de inleiding werd aangegeven hoe de aanvankelijke vraagstelling zich verengde tot de vraag „Bestaat er een lijst met initiële klachten etcetera...?” Tijdens het gehele proces van zoeken en bewust worden onthulden zich – zoals zo vaak aan het einde van wetenschappelijke artikelen wordt verzocht – meer vragen dan antwoorden. In dit deel van het artikel zullen deze nog diffuse probleemstellingen in een viertal kaders gegroepeerd worden.

- begripsmatige onduidelijkheden;
- informatiereductie;
- van klacht tot hypothese;
- registreren: waarom?

De problemen zullen vooral bekeken worden op basis van de vraag of zij opgelost zouden kunnen worden door het gebruik van een inventarisatie van klachten.

Begripsmatige onduidelijkheden

Bij het bespreken van de literatuur werd reeds vermeld, dat er in de diverse taalgebieden geen eensluidende begrippen worden gebruikt als het gaat om het weergeven van datgene waarmee de patiënt zich tot de dokter wendt. Deze onduidelijkheid is niet alleen het gevolg van taalkundige verschillen, want ook binnen één taal zijn de onderscheidingen niet altijd even helder. De mate waarin een begrip gepreciseerd wordt hangt vooral af van het doel, waartoe dat begrip gebruikt wordt.

Begrippen staan niet los van elkaar,

maar zijn de bouwstenen van abstracte systemen, die doortrokken zijn van een bepaalde visie op de waargenomen werkelijkheid. De betekenis van begrippen wordt mede bepaald door verwante begrippen, waardoor enerzijds overeenkomsten en anderzijds verschillen geaccentueerd worden. Juist de unieke combinatie van allerlei aspecten – vergelijkbaar met een knooppunt in een netwerk – geeft een begrip zijn kernwaarde.

De context waarin een begrip gebruikt wordt, bepaalt dus zijn betekenis. Hoe abstracter deze context, des te meer bestaat de mogelijkheid om begrippen scherp te definiëren. Voorbeelden hiervan vindt men vooral in de natuurwetenschappen. Is de context concreter – bijvoorbeeld de dagelijkse spreekursituatie bij een huisarts –, dan hebben de daar gebruikte begrippen een veel minder duidelijk omschreven betekenis. Door omschrijvingen in steeds weer andere bewoordingen zullen arts en patiënt trachten elkaar zo goed mogelijk te verstaan.

De problematiek van de onduidelijke verschillen tussen begrippen als klacht, symptoom of verschijnsel, speelt zich vooral af op een abstractieniveau dat net een trap hoger is dan het niveau van de concrete arts-patiënt-interactie. Het is het probleem van het benoemen van iets met het doel de concrete werkelijkheid in het hier en nu te vervangen door een tijdloze, elk moment te hanteren, abstracte constructie. Het maakt in dit opzicht niet uit of deze abstraherende bezigheid tot doel heeft het zogenaamde klinische beeld van een patiënt te verduidelijken of dat de gegevens voor algemene registratie worden gebruikt. In beide gevallen is de context een medische, indien het vastleggen – mentaal of op schrift – door een arts geschiedt. De medische context is die van de ziektekundige begrippen. Deze staan gerangschikt in een zogeheten nosologisch kader. Zij vormen de neerslag van de ervaringen van vele generaties artsen en helpen de arts zijn waarnemingen bij de patiënt te rangschikken.

Deze, op het herkennen van ziektes ingestelde, medische basishouding beïnvloedt in sterke mate het waarnemingsvermogen van de arts. Met zijn nosologisch raster zoekt hij de hem aangeboden problematiek af en reconstrueert hij in gedachten de processen die zich bij de patiënt afspelen. Hij zal spreken, schrijven en denken in termen van ziekte-uitingen (symptomen), al of niet door de patiënt bemerkt, en van verschijnselen wanneer deze ziekte-

uitingen door onderzoek geobjectiveerd kunnen worden. Beide begrippen, symptomen en verschijnselen, worden op nogal slordige wijze door elkaar gebruikt. Hoesten bijvoorbeeld wordt meestal als symptoom van een luchtwegirritatie beschouwd hoewel het een uitstekend objectiveerbaar verschijnsel is.

Behoren symptomen en verschijnselen nog duidelijk tot het domein van het ziektekundig denken, anders ligt dat bij het begrip klacht. Klacht als zelfstandig naamwoord is al een abstractie van klagen als proces. Klagen is een typisch antropologisch begrip, duidend op een specifiek menselijke communicatievorm. Klagen kan als oorzaak een ziekteproces hebben of de angst daarvoor, maar is als zodanig toch geen uiting van ziekte (wellicht met uitzondering van depressieve toestandsbeelden). In het klagen of in het presenteren van een klacht aan een arts tracht een mens zowel iets van zijn eigen inzicht over zijn als ongewenst ervaren toestand mee te delen, als ook de ander te verzoeken hem te helpen deze toestand te veranderen. Het klagen is zowel een emotioneel intermenselijk gebeuren als een cognitieve kennisgeving.

In het begrip klacht is veel van de emotionele betekenis van klagen verloren gegaan. Klacht is al meer „verdinglicht” en benadert daardoor het begrip symptoom uit de ziektekunde. Het zal er nu erg van afhangen welk aspect van een arts-patiënt-ontmoeting men in beschouwing wil nemen, of men het verschil tussen klacht en symptoom van betekenis acht. Is men bijvoorbeeld geïnteresseerd in het verwijsgedrag van artsen, dan zal het verschil waarschijnlijk niet relevant zijn. Wil men daarentegen iets over patiëntensatisfactie weten, dan lijkt het verschil tussen het „cognitieve” symptoom en de „emotionele” klacht wel wezenlijk, vooral indien men ervan uitgaat, dat satisfactie in hoge mate door de menselijke benadering bepaald wordt.

In de door ons bestudeerde literatuur wordt behalve in het artikel van *Meiniger* weinig aandacht aan deze verschillen geschonken. Over het algemeen valt op dat degenen die inventariserend werk doen, zich niet over deze begripsmatige onderscheidingen uitspreken. Die auteurs die het wel doen, leveren geen cijfermateriaal.

In de Amerikaanse literatuur spreekt men het liefst over „problems” of over „reasons for visit” (c.q. „contact”). Hiermee omzeilt men aardig de boven geschetste problematiek: de contraste-

rende begrippen worden door ruimere vervangen. Tevens wordt het gezichtsveld verlegd. Het is niet meer de arts die met zijn ziektekundige inzichten waarneemt, noch de hulpvragende mens, maar het is de observator, die het gebruik van de „health facility” vastlegt.

Dreigt hier naast winst in de breedte niet een verlies aan diepte? In ieder geval ontslaat het niemand, die zich bezig wil houden met onderzoek naar het antwoord van de arts op de klacht van een patiënt, van de verplichting om zich rekenschap te geven van de begrippen, die hij hanteert.

Informatiereductie

Nauw verbonden met de begripsmatige problemen zijn de vragen rond het thema reductie van informatie. Vat men informatie op als het geheel van te ervaren signalen van een ander, dan zal het duidelijk zijn dat bij elke menselijke ontmoeting een zeer grote hoeveelheid informatie verwerkt wordt. Het betreft zowel via de zintuigen verzamelde verbale en nonverbale prikkels als ook reeds eerder in het bewustzijn verankerde herinneringen en daarbij horende gevoelens.

Niet alleen in de medische situatie treedt een reductie van informatie op. Zoals al in vorige paragraaf werd beschreven, is alle begripsontwikkeling een gevolg van abstractie, van afstand nemen van het hier en nu. Bij een dergelijke abstraherende activiteit gaat informatie verloren, maar dit verlies wordt gecompenseerd door een toegenomen beheersbaarheid van de omringende werkelijkheid. In plaats van chaotische prikkel-reeksen ontstaan min of meer constante patronen. Deze patronen hebben een hoge gebruikswaarde in het intermenselijk verkeer. Zij hebben geen waarheid „an sich”, maar zijn nuttige hulpconstructies.

In de medische situatie vervullen ziektebegrippen een soortgelijke rol. Ziekten zijn geen dingen, maar min of meer constante reactiepatronen van mensen bij inwendige of uitwendige, als verstorend ervaren factoren. De arts heeft geleerd de meeste van deze reactiepatronen te herkennen temidden van het totale aanbod van informatie van zijn patiënt. Ervaring, voorkennis en inzicht in de individuele situatie maken het hem gemakkelijker een uitspraak over iemands gezondheidstoestand te doen dan de betrokkene zelf. Deze heeft weliswaar de beschikking over zijn eigen gevoel hieromtrent,

maar hij mist als regel de nodige kennis en de distantie tot zichzelf om tot een betrouwbaar oordeel te kunnen komen. Het is evenmin waar dat ieder die zich gezond voelt, gezond is, als dat ieder die een afwijking heeft, ziek is.

In de arts-patiënt-ontmoeting, die meestal tot doel zal hebben een uitspraak over de gezondheidstoestand te krijgen, bedienen zowel patiënt als arts zich van informatiereductiemechanismen. De patiënt zal trachten in enkele zinnen samen te vatten wat hij van zichzelf ervaren heeft in de voorafgegane tijd. Al zijn gevoelens, gedachten, eigen pogingen om beter te worden, adviezen van anderen worden in een paar begrippen samengevat.

De arts zal naast deze verbale uitingen ook het non-verbale registreren. Hij zal zich door middel van gericht vragen verder op de hoogte stellen van de voorgeschiedenis van de patiënt. De patiënt heeft hierbij de taak zo precies mogelijke gegevens te leveren, anders is het voor de arts niet mogelijk zijn nosologisch raster te gebruiken. Daarin komen immers de symptomen in gezuiverde vorm voor: met vage klachten kan men niets beginnen. In plastische taal kan men zeggen dat de patiënt door een trechter moet gaan, waarbij zijn gehele existentie gereduceerd wordt tot een abstract beeld, in een vreemde taal, meestal onbegrijpelijk en bijna altijd schokkend.

Zoals al gezegd, bedienen zowel patiënt als arts zich van reductie-mechanismen die, alle kritiek ten spijt, een hoge gebruikswaarde hebben verkregen. Helaas is het niet alleen de bruikbaarheid die tot een dergelijke handelwijze heeft geleid. Sociaal-economische factoren hebben – naast politieke en culturele omstandigheden – een doorslaggevende invloed gehad op deze vorm van hulpverlening. Reeds jaren is duidelijk dat deze reducerende benaderingen voor de huisarts in veel gevallen eerder een obstakel dan een hulpmiddel zijn. De patiënt met hoofdpijn die geen enkel probleem heeft, de maaglijder bij wie alles in orde is, zijn voorbeelden van mensen die teveel reduceren, ook al wil de arts niets liever dan alle achtergrondfactoren erbij betrekken. Ook omgekeerd kennen we de hyperventilatielijder die elke keer weer door waarnemers op de coronary-care gepresenteerd wordt. Angst voor de niet aanwezige ziekte van de kant van de arts is hier de te ver doorgevoerde reductie.

Het onderwijs in gesprekstechniek en met name in exploratietechnieken heeft

duidelijk bewezen hoe met eenvoudige methoden het rendement van een eerste gesprek met een patiënt verhoogd kan worden. Hiermee wordt beoogd de door de patiënt aangebrachte reductie teniet te doen en hem ertoe te brengen meer aspecten aan de arts te presenteren, dan hij op eigen initiatief zou doen. Naast tijd vraagt dit ook een sfeer van empathie, van trouwheid die juist een huisarts aan zijn patiënten kan geven.

Merkwaardig genoeg is nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van minutieus onderzoek van de initiële uitingen van een patiënt. De eerste zinnen zijn de culminatie van een soms wekenlang escalerend proces van wikken en wegen, van zelf willen doen of hulp vragen. Zijn die eerste uitingen niet een soort geheimtaal, die alleen geduid kan worden als eerst alle betekenis die er door de patiënt aan gegeven kan worden, duidelijk geworden is? Of de verbale componenten alleen voldoende zijn voor bovengenoemde duiding, is niet theoretisch vast te stellen. Wel zijn zij de meest menselijke expressievorm, zodat mogelijk is dat zij bij stoornissen in het welzijn een belangrijker rol spelen dan bij de meer animale stoornissen als infecties en neoplasmata.

Het lijkt de moeite waard een nauwer verband te zoeken tussen initiële klachten en psychosomatische ziektebeelden enerzijds en opvattingen over ziekten bij patiënt en arts anderzijds. Ook de problematiek van het „verstaan” van buitenlandse gastarbeiders zou van zo'n analyse veel baat kunnen hebben.

Van klacht tot hypothese

In het overzicht van de literatuur over diagnostische processen is terloops gesteld, dat het warrige, intuïtieve denken van veel huisartsen baat zou kunnen hebben bij mathematische modellen ten einde inzicht te krijgen in complexe samenhangen. Zowel mathematische modellen als statistische berekeningen vragen om gegevens, die uit de praktijk verzameld moeten worden. Nu liggen gegevens niet zomaar voor het grijpen; zij moeten geselecteerd worden uit een overstelpend aantal emotionele, cognitieve en relationele prikkels.

Vermoedelijk kent de arts aan elke klacht een zekere alarmwaarde toe en vormt zich op grond hiervan een rijtje hypothesen zoals *Elstein e.a.* en *Feightner e.a.* dat hebben aangetoond.

Wat nog niet is onderzocht, is wat er nu

gebeurt in het brein van de dokter zodra hij een klacht hoort: op welke wijze vormt hij zijn hypothese? Uit de intercollegiale gesprekken is wel bekend, hoe bijvoorbeeld een ernstige misser iemand jarenlang een verwoed speurder naar een bepaalde aandoening kan maken. Ook aan eigen lijf of gezin ondervonden ziekten krijgen nogal eens een hobbykarakter. Bekendheid met een bepaalde lokale aandoening kan een fantastisch hulpmiddel zijn bij de diagnostiek, maar kan evenzeer een belemmering zijn om aan andere oorzaken te denken.

Bij veel van de associatie-flitsen tussen klacht en hypothese zullen dit soort mechanismen waarschijnlijk geen rol spelen. Veel voor de hand liggender is, dat tijdens de studie geleidelijk vaste koppelingen ontstaan, die later onbewust verlopen. Deze gegevens stammen dan uit de ervaringswereld van de klinische leermeesters, die echter een ander ervaringsgebied hebben dan de huisarts. De uit de kliniek stammende modellen zullen ook buiten het ziekenhuis hun waarde hebben maar in veel gevallen niet toepasbaar zijn. Met name waar het de complexe samenhangen van eigen lichamelijke, gezinsstructuur en sociaalculturele spanningen betreft, zijn de klinische modellen vaak frustrerend beperkt.

Het zal de huisartsgeneeskunde sieren als zij haar eigen methode om met deze complexiteit om te gaan, zou weten te expliciteren. Onderzoekingen bij huisartsen naar hun associaties op initiële klachten, gekoppeld aan de uitkomsten van het standaard medisch onderzoek gedurende een redelijke follow-up-periode zullen kunnen aantonen in hoeverre de eerste reacties adequaat zijn.

Elke klacht zal met een zekere waarschijnlijkheid te maken hebben met een bepaalde diagnose. Deze waarschijnlijkheid wordt mede bepaald door het aanwezig zijn van andere gegevens omtrent de situatie van de patiënt die de klacht uit. Er is nog niets bekend over de waarschijnlijkheidsrelatie tussen een bij de huisarts geuite klacht in een bepaalde regio en het aanwezig zijn van een bepaalde ziekte. Onderzoek hiernaar kan alleen bij de huisarts gebeuren. Met de gegevens van een dergelijk onderzoek kan men daarna met behulp van de Bayesiaanse beslissings-statistiek nauwkeuriger voorspellingen gaan doen.

Registratie: hoe en waarom?

In deze paragraaf wordt nogmaals de vraag besproken of met het registreren van klachten het doel bereikt wordt dat wij ons bij de aanvang van het project gesteld hadden. Het ging ons om een beschrijvingsmethode van de huisartsgeneeskunde, om het evalueren van handelwijzen bij de behandeling van klachten, om aansluiting bij het methodisch werken en om verder inzicht in diagnostische processen. Naarmate we nader met de literatuur kennis maakten, rees de vraag naar de mogelijkheid klachten te registreren en kwam een kritische vergelijking van de diverse systemen aan de orde.

Het zoeken naar een model is voorlopig geëindigd met een nog nader te publiceren voorstel voor registratie van de „reasons for contact”. Het lijkt zinnig om het veld van de huisartsgeneeskunde te beschrijven op grond van gegevens, die behalve op de klacht ook betrekking hebben op andere fasen van het hulpverleningsproces (onderzoekingen, diagnoses). Deze gegevens kunnen ook gebruikt worden bij onderzoek naar de feitelijke handelwijze van huisartsen. In het methodisch werken herkennen we dezelfde opbouw in fasen van het verloop van een hulpverleningsproces. De nadruk die hier gelegd wordt op het vaststellen van de vraag om hulp, heeft zijn neerslag nog niet gevonden in een registratiesysteem. Een nadere begripsmatige onderscheiding tussen vraag om hulp, klacht en „reason for contact” is zeker op zijn plaats.

Het diagnostisch proces laat zich nog het minst vangen door een registratie. Het einde van het proces, de diagnose, is nog wel vast te leggen, evenals het begin, de klacht. De tussenliggende gedachtensprongen en de eventueel onbewust verlopende processen zijn moeilijk door een zichzelf observerende, maar tegelijk spreekuur houdende huisarts te registreren. Zeker zal reflectie over het eigen denken inzicht kunnen geven, maar dit zal gecontroleerd moeten worden door een objectieve registratie van de feitelijke handelwijze.

Samenvattend kunnen we stellen dat er voor het registreren van louter klachten bij nader inzien niet voldoende argumenten bestaan. Voor onze doelstellingen zijn steeds de combinaties van het aanbod van een klacht en de daaropvolgende handelwijze van de arts noodzakelijk. Per specifieke vraagstelling kan de registratie van klachten be-

langrijker zijn dan bijvoorbeeld diagnosen.

Registraties hebben geen waarheid in zich zelf, maar slechts een bruikbaarheid die door een bepaald doel bepaald wordt. Deze conclusie, voor sommigen het intrappen van een open deur, voor anderen een openbaring, doet ons kritisch staan tegenover elk bestaand en voorgesteld systeem. De ontuchtering over de beperktheid van de eigen visie, nog versterkt door de resultaten van een eigen onderzoekje, kan ons hopelijk behoeden voor het domweg verzamelen van gegevens. Voorlopig zal echter wel veel inventariserend werk gedaan moeten worden, voordat het stadium van eigen theorievorming bereikt kan worden.

Als C.W.O.-onderzoeksgroep stellen wij ons onder andere ten doel, dat deel van het wetenschappelijk onderzoek mee te helpen ontwikkelen, dat door de huisarts naast zijn praktijkwerk verricht kan worden. Ten einde te testen of het registreren van klachten in een huisartspraktijk mogelijk was, werden gedurende een week in drie praktijken alle spreekuurconsulten genoteerd. Naast een minimum aantal persoonlijke gegevens, werd de klacht genoteerd en zo mogelijk de diagnose vermeld, hoewel dit op dat moment niet tot het primaire doel behoorde. Als subdoel hadden we ons gesteld de classificatiecriteria van *Morrell* and *Gage* op hun toepasbaarheid in de Nederlandse situatie te toetsen.

De ervaringen met dit type onderzoek waren belangrijker dan de uitkomsten. Het bleek dat, ondanks een aantal schriftelijke afspraken, geen twee artsen hetzelfde onder een initiële klacht verstond. Het bleek goed mogelijk tijdens het spreekuur de klacht te noteren, maar de onderlinge vergelijkbaarheid was zeer gering. Van groot belang bleek de werkwijze van de arts, met name of hij de gewoonte had direct tijdens het consult aantekeningen op een kaart te maken. Hoe langer de tijd tussen het uiten van de klacht en het noteren hiervan, hoe meer een vertekening naar medisch taalgebruik optrad.

Een globale analyse van de resultaten leerde dat de meeste patiënten met eenvoudige klachten komen. De geuite klachten gaven als zodanig geen duidelijke aanwijzingen voor de diagnose, zelfs als die al na één consult gesteld kon worden. Blijkbaar zijn er vele tussenstappen in het diagnostisch proces nodig.

Mede door het verrichten van deze re-

gistratie, werden wij ons van de betekelijkheid van het zomaar wat registreren bewust. De vraag naar het hoe en waarom van registreren is nog steeds niet eenvoudig te beantwoorden. De goed uitgewerkte registratiesystemen zijn alle omvangrijk en vereisen een grote discipline in het hanteren van de gegevens, die door de huisarts meestal als „bijzaak” verzameld worden. Of zij voor de gewone practicus geschikt zullen blijken te zijn, valt nog te bezien. Vooralsnog heeft het voor een op kleine schaal opererende onderzoeksgroep als de C.W.O. geen zin om pogingen te doen om concurrerende systemen te ontwikkelen. Kritische bewaking van de ontwikkelingen op dit gebied met als devies de vraag „Kan de practicus hiermee wetenschappelijk onderzoek doen?” ligt voorlopig meer op haar weg.

Conclusies

Binnen de geschetste kaders rijzen vragen van geheel verschillend kaliber. Naast de gedetailleerde begripsmatige onderscheidingen zijn er vragen naar de praktische haalbaarheid van de materiaalverzameling. Het is duidelijk dat een klachtenlijst geen panacee is voor al deze problemen. Als registratie nodig blijkt om een antwoord te kunnen geven op gespecificeerde vraagstellingen, dan lijkt een systeem waarin vele facetten van de hulpverlening worden vastgelegd, te prefereren boven een registratie van klachten alleen.

Naast registratie zullen ook andere onderzoeksmethoden ontwikkeld moeten worden, wil de behandeling van de klacht in de toekomst met behulp van gegevens van wetenschappelijk onderzoek kritisch geëvalueerd kunnen worden. Of deze evaluatie in het kader van onderlinge toetsing ten behoeve van het onderwijs dan wel uitsluitend ten behoeve van de optimale behandeling van de patiënt is, doet in dit verband niet ter zake.

Zeker is dat huisartsen een eigen manier van werken hebben. Momenteel verkeert het denken hierover nog voornamelijk in het voorwetenschappelijke stadium. Bewustwording is een eerste stap, vragen stellen een tweede. In dit artikel is gepoogd iets van een bewustwordingsproces bij C.W.O.-leden te laten zien. Wij hopen dat het ook anderen aansteekt.

Samenvatting. Verslag wordt uitgebracht van een literatuuronderzoek

naar een lijst van initiële klachten, zoals die aan de huisarts worden gepresenteerd. De verschillen in terminologie in de diverse taalgebieden worden besproken en de gegevens uit de Engelstalige en Nederlandse tijdschriften worden vermeld. Een klachtenlijst, bruikbaar voor het beschrijven van het veld van de huisartsgeneeskunde, werd niet gevonden. Wel zijn dankzij de morbiditeitsregistraties vele vorderingen in de richting van de gewenste klachtenregistratie gemaakt. Voorts wordt aandacht besteed aan gegevens in de literatuur over diagnostische processen.

Het tweede deel bevat een nadere bezinning op de probleemstelling. Een viertal gebieden wordt onderscheiden: begrippen, het reduceren van informatie door patiënt en arts, hoe vormt de arts hypothesen na kennis te hebben genomen van een klacht en wat is het nut van registreren door huisartsen en hoe kan dit verwezenlijkt worden. Mede op grond van eigen onderzoek komen de auteurs (leden van de C.W.O.) tot de conclusie, dat een nieuw te introduceren registratiesysteem, waarbij naast klachten ook andere aspecten van het hulpverleningsproces worden vastgelegd, te prefereren is boven het uitsluitend registreren van klachten.

Summary. In quest of a list of complaints. A study of the literature concerning a list of initial complaints as submitted to the family doctor. Differences in terminology between the various languages are discussed and data from journals published in English and in Dutch are reviewed. A list of complaints which effectively covers the field of general medicine, was not found. Progress in the direction of the desired registration of complaints has been made, however, thanks to morbidity registrations. Mention is made of data in the literature on diagnostic processes.

The second part presents a detailed analysis of the problems. Four areas are distinguished: concepts, reduction of information by patient and doctor, how the doctor forms hypotheses after hearing a complaint, and the value (and possibility of organization) of registration by general practitioners. Partly on the basis of personal observations, the authors conclude that a registration system (still to be introduced) which encompasses other aspects of the assistance process as well as complaints, is to be preferred to the exclusive registration of complaints.

Bain, S. T. and W. B. Spaulding. The importance of coding presenting symptoms. (1967) *Canad. med. Ass. J.* 97, 953-959.

Barber, J. H. and S. A. Boddy. *General practice medicine.* Churchill Livingstone, Edinburgh, 1975

Brouwer, W. en E. Touw-Otten. Van klacht tot klagen. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 3-15.

Braun, R. N. *Diagnostische Programma in der Allgemeinmedizin.* Urban & Schwarzenberg, München, 1976.

Dobson Smith, W. E. A classification of permanent and significant disease for general practitioners. (1976) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 26, 934-938.

Dijk, W. van en H. Lamberts. De „International Classification of Health Problems in Primary Care”. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 361-369.

Duursma, S. A., I. Ph. L. Koperberg en W. J. Zweerts (red.). *Kompas voor de huisarts.* Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1974.

Ekker, W. Nieuwe classificatie van ziekten en andere codesystemen. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 189-191.

Elstein, A. S., N. Kagan, L. S. Shulman e.a. Method and theory in the study of medical inquiry. (1972) *J. med. Educ.* 47, 85-92.

Es, J. C. van. *Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde.* Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1974.

Feightner, J. W., H. S. Barrows, V. R. Neufeld e.a. Solving problems, how does the family physician do it? (1977) *Canad. Family Phycn* 23, 457-463.

Feinstein, A. R. *Clinical judgment.* Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1967.

Feinstein, A. R. An analysis of diagnostic reasoning. (1973) *Yale J. Biol. Med.* 46, 212-232, 264-283; (1974) *Yale J. Biol. Med.* 47, 5-32.

Fowler, P. B. S. *Common symptoms of diseases in adults.* Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1974.

Fry, J., P. S. Byrne and S. Johnson. *Textbook of medical practice.* Medical Technical Publishing Company, Lancaster, 1976.

Fry, J. *Common diseases.* Medical Technical Publishing Company, Lancaster, 1974.

Geldorp, G. van, K. Hoekman en L. Krol. *Medisch probleemoplossen.* Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1978.

ICHPPC-2

Met de herziening van de ICD, waarvan per 1 januari 1979 de negende versie is ingevoerd, is ook een herziening van de ICHPPC tot stand gekomen. Inmiddels is de officiële Engelse versie van de ICHPPC-2 verschenen. Een Nederlandse uitgave van deze classificatie in boekvorm, met inbegrip van het essentiële alfabetische register met synoniemen, is commercieel weinig aantrekkelijk. Om toch tegemoet te komen aan de wens om volgens de ICHPPC-2 te classificeren, wordt hier een vertaling gepresenteerd, die is gebaseerd op de Engelse lijst voor machinale verwerking en computerformulieren. Deze „condensed titles” maken de lijst met volledig omschreven classificaties echter zeker niet overbodig.

Gebruiksaanwijzing

De ICHPPC-2 telt achttien hoofdstukken in plaats van negentien, nu de groep „sociale, huwelijks- en gezinsproblemen” in het achttiende hoofdstuk is opgenomen. De getallen van de eerste kolom geven het rangnummer aan van de diagnoses. Deze rangnummers liepen bij de eerste versie van de ICHPPC ononderbroken door van 1 tot en met 371. Bij de ICHPPC-2 ontbreken negen rangnummers en zijn er zeven toegevoegd. Wijzigingen in de volgorde der rangnummers zijn aangegeven met haakjes.

De tweede kolom geeft de viercijferige ICHPPC-code aan. De meeste codes zijn identiek gebleven, veranderingen zijn aangegeven met een asterisk (*). De derde kolom omvat de (verkorte) omschrijving van de diagnoses, waarbij de betekenis van de gebruikte afkortingen als volgt is:

NEG = niet elders geclassificeerd

NAO = niet anders omschreven

NGD = nog geen diagnose

De vierde kolom tenslotte geeft met een hoofdletter aan in hoeverre er sprake is van een wijziging in betekenis of inhoud van de diagnoses:

K = kleine wijziging

B = belangrijke wijziging

N = nieuwe diagnose

W. A. van Veen

ICHPPC-2. International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision). Oxford University Press, Oxford, 1979.

- Hoe helpt de dokter? (Door de N.H.G.-werkgroep Takenpakket.) Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1975.
- Howie, J. G. R. Diagnosis. The Achilles heel? (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. 22, 310-315.
- Hull, F. M. Social class consultation patterns in rural general practice. (1969^a) J. roy. Coll. gen. Practit. 18, 65-71.
- Hull, F. M. Diagnostic pathways in rural general practice. (1969^b) J. roy. Coll. gen. Practit. 18, 148-155.
- Hull, F. M. Disease coding. (1971) J. roy. Coll. gen. Practit. 21, 581-585.
- Hull, F. M. Diagnostic pathways in general practice. (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. 22, 241-258.
- International, The, Classification of Health Problems of Primary Care. Occasional Paper 1, (1976) J. roy. Coll. gen. Practit.
- ICHPPC-2. International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision). Oxford University Press, Oxford, 1979.
- Kenmerken van de huisarts. Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Utrecht, 1975.
- Kleinmutz, B. The processing of clinical information by man and machine. John Wiley, New York, 1978.
- Kooy, S. van der. Registratie van het probleem-oplossend proces. (1978) huisarts en wetenschap 21, 166-172.
- Kolthoff-Tan, L. Probleemoplossen. Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1977.
- Krogh-Jensen, P. Classifying disease in general practice. (1977) J. roy. Coll. gen. Practit. 27, 232-234.
- Kupka, K. International classification of diseases, ninth revision. (1978) WHO Chronicle 32, 219-225.
- Kuyvenhoven, M. Tien jaren universitaire huisartsgeneeskunde in Utrecht. (1978) huisarts en wetenschap 21, 185-189.
- Lamberts, H. De „International Classification of Health Problems in Primary Care” en een nieuwe patiëntenkaart voor de huisartsgeneeskunde. (1975) huisarts en wetenschap 18, 165-173.
- Lamberts, H. Een nieuwe classificatie. (1979) huisarts en wetenschap 22, 379-385.
- Lamberts, H. en F. E. Riphagen. WONCA-wereldcongres in Toronto 1976. (1977) huisarts en wetenschap 20, 86-94.
- (1979) huisarts en wetenschap 22, 394
- Lusted, L. B. Introduction to medical decision making. Charles C. Thomas, Springfield, 1968.
- Martini, C. J. M., A. D. Clayden and I. D. Turner. A comparison of three systems of classifying presenting problems in general practice. (1977) J. roy. Coll. gen. Practit. 27, 236-240.
- McFarlane, A. H. and G. R. Norman. Methods for classifying symptoms, complaints and conditions. (1973) Med. Care 11, 101-108.
- Meads, A. R. and T. McLemore. The National Ambulatory Medical Care Survey: Symptom Classification. DHEW, Hyattsville, Maryland, USA, 1974.
- Meininger, J. V. De betekenis van het klagen in de geneeskunde. (1975) Metamedica 54, 141-154.
- Mierlo, G. van en A. Smits. Nerveus-functionele klachten. De huisarts en het gezinsgesprek – de klacht en de huisarts. (1974) huisarts en wetenschap 17, 52-55.
- Morrell, D. C. and H. G. Gage. Symptoms in general practice. (1971) J. roy. Coll. gen. Practit. 21, 32-43.
- Morrell, D. C. and M. A. Robinson. Symptom interpretation in general practice. (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. 22, 297-309.
- Morell, D. C. and C. J. Wale. Symptoms perceived and recorded by patients. (1976) J. roy. Coll. gen. Practit. 26, 398-403.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
- Probleemgeoriënteerde registratie. (1979) huisarts en wetenschap 22, 1-60.
- Riphagen, F. E. en H. Lamberts. Het S.I.M.G.-congres in Stratford upon Avon. (1976) huisarts en wetenschap 19, 342-348.
- Schneider, D., L. Appleton and L. McLemore. Reason For Visit Classification For Ambulatory Care (NAMCS-RVS). (1978) DHEW, Hyattsville, Maryland, USA, 1978.
- Smits, A. Nerveus-functionele klachten vanuit gezinsgeneeskundig perspectief. (1973) huisarts en wetenschap 16, 310-312.
- Taak, De, van de C.W.O. (1978) huisarts en wetenschap 21, 354-356.
- Taken, De, van de huisarts. (Door de Commissie Takenpakket der L.H.V.) (1977) Medisch Contact 32, 765-789.
- Wulff, H. R. Rational diagnosis and treatment. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1976.