Toetsen bij hoesten

A. J. P. BOEKE EN J. A. KNOTTNERUS

Op het spreekuur komt een 52-jarige patiënte. Zij hoest sinds ruim twee weken en wil er wat voor hebben, want het zit haar nogal dwars. Welke anamnesevragen dient de huisarts minimaal te stellen bij deze klacht? En stelt hij deze vragen dan ook? Een oriënterend onderzoek.

Inleiding

Een consult van de huisarts dient te voldoen aan bepaalde eisen met betrekking tot zijn medisch handelen. Het formuleren van dergelijke eisen is echter niet eenvoudig: de – veelal specialistische – literatuur biedt weinig aanknopingspunten voor de situatie van de huisarts en onder huisartsen zelf bestaat nogal eens verschil van mening over de meest wenselijke aanpak.
Ten behoeve van dit onderzoek ontwierp een groep ervaren huisartsen een soort minimum-anamnese voor de klacht hoesten: enkele vragen die *altijd* gesteld (en beantwoord) dienen te worden bij het eerste consult waarin deze klacht aan de orde komt. Vervolgens werd onderzocht in hoeverre deze vragen in de praktijk ook werkelijk gesteld worden.

Invloeden op de huisarts

In de beschreven situatie neemt de huisarts – bewust of onbewust – een groot aantal beslissingen ten aanzien van onder meer de volgende vragen:
– wel of geen anamnesevragen stellen, en zo ja, welke?
– de longen wel of niet beluisteren?
– als hij ausculteert en bronchitische geruizen hoort, wel of geen therapie adviseren?
– als tot therapie wordt besloten, een hoestmiddel of antibiotica voorschrijven?
– al dan niet actie ondernemen ten aanzien van eventueel roken?
– een foto maken of niet?
– wordt de patiënte terugbesteld?

Het is genoegzaam bekend, dat er forse variaties bestaan in de beoordelingen en de werkwijzen van verschillende huisartsen in overeenkomstige situaties; de bevindingen van *Van Es e.a.* en van *Van Eijk* hebben dit bevestigd. Ook bij een en dezelfde huisarts is op langere termijn vaak geen systematiek herkenbaar in de benadering van een bepaalde klacht. We kennen dit verschijnsel uit eigen ervaring: het blijkt lang niet altijd mogelijk precies vast te stellen waarom we bijvoorbeeld bij de ene patiënt een thoraxfoto laten maken of een bloedonderzoek doen en bij een ander niet.
Bij het bestuderen van de literatuur op zoek naar invloeden die het gedrag van de huisarts kunnen (mee)bepalen, blijkt dat dergelijke invloeden op velerlei terrein aanwezig zijn (*Boeke en Knottnerus*):
- De situatie, de opstelling en de wensen van de patiënt. Een voorbeeld: codeïne is niet bepaald heilzaam voor de lijder aan een bronchitis die gepaard gaat met veel slijmvorming; maar één tablet met 10 mg codeïne kan de patiënt wel uitkomst bieden bij de lezing die hij die middag moet houden op een internationaal congres. Is het recept een bewijs van slecht huisartsengedrag?
- De persoon van de huisarts (onder meer taakopvatting, politieke en ethische overtuiging). Voorbeeld: ga je op zoek naar luchtverontreinigende factoren, als er ongewoon veel gehoest wordt in je praktijk?
- De „deskundigheid" van de huisarts (kennisniveau, mate van deelname aan nascholing, ervaring, contacten met collega's over het werk).
- De persoonlijke omstandigheden van de huisarts (naderende vakantie, zwangerschap, privé-problemen). Voorbeeld: een veeleisende astmapatiënt zal op een moment dat je er weinig bij kunt hebben, eerder dan anders naar de longarts worden verwezen.
- De praktijksituatie (vestigingsplaats, praktijkgrootte, seizoen, meer of minder beschikken over diagnostische faciliteiten).
- Externe invloeden (geneesmiddelenreclame, berichten via de media, uitspraken van het tuchtcollege). Voorbeeld: omdat veel patiënten bij herhaling een door de STER-reclame gepropageerd anti-hoestmiddel vragen, neemt de huisarts dit maar in zijn repertoire op.

Voor alle huisartsen geldt dat zij hun weg moeten vinden in een spanningsveld: zij moeten uitgaan van het „normale" en waarschijnlijke, maar rekening houden met het onwaarschijnlijke. Men zal, hoe zeldzaam ze ook zijn, geen ernstige en/of goed te behandelen aandoeningen over het hoofd willen zien. Zo meldt *Van Weel* (1982) op 159 gevallen van hoesten het voorkomen van één maligniteit, één myocardinfarct, één geval van decompensatio cordis en één keer een pneumonie. Anderzijds dient somatische fixatie of iatrogene schade door over-diagnostiek en -behandeling voorkomen te worden. Het is zonneklaar dat in dit spanningsveld persoonlijke oordelen en interpretaties de beslissingen van huisartsen nogal kunnen doen variëren.
Verder is van belang dat het vertrouwen dat huisartsen hebben in de diverse medische methodieken kan wisselen. En niet ten onrechte. Klassiek is bijvoorbeeld de studie van *Yerushalmy*, die de geringe betrouwbaarheid van de beoordeling van thoraxfoto's demonstreerde. Ook op andere gebieden blijken zekerheden niet zo zeker als ze vaak onderwezen worden. Zo concludeerden *Van Buchem e.a.* onlangs, dat geen enkele behandelingswijze van otitis media significant betere resultaten opleverde dan de andere, inclusief de conservatieve behandeling. En wat te zeggen van de huisarts die meent dat een vroege diagnose van longkanker curatief gezien niets oplevert ten opzichte van het natuurlijk beloop van de ziekte, en zich daarom op dit punt niet extra inspant?

Behoefte aan criteria

Er is de laatste jaren veel onderzocht en geschreven met betrekking tot de manier waarop huisartsen medische problemen oplossen, en hoe dat zou moeten gebeuren. Uit wat tot nu toe uit onderzoek bekend is, komt naar voren dat huisartsen al zeer vroeg in het con-

sult hypothesen vormen, op basis van wat hun waarschijnlijk voorkomt. Deze hypothesen geven richting aan anamnese en onderzoek en worden door de uitkomsten daarvan weer beïnvloed (*Van Geldorp*). Ook blijken artsen in hun benadering van de problemen vaak te denken in dichotomieën (*McWhinney; Van Geldorp*): pluis of niet pluis, wel of niet nader onderzoek nodig, wel of niet behandelen of verwijzen.
Door *Van der Kooij* (1978, 1981) is bij herhaling een lans gebroken voor het werken volgens heuristieken (algemene richtlijnen voor het oplossen van problemen) en algoritmen (standaardprocedures om een probleem op te lossen). *Van Weel* (1981) echter acht algoritmen voor de huisartsgeneeskunde van weinig betekenis, en spreekt zelfs van „algoritmische geneeskunde versus methodisch werken". En *Hoekman* meent dat onderzoek naar het probleem-oplossen van de arts niet tot een uniform model zal kunnen leiden.

De problemen die in de literatuur genoemd worden ten aanzien van het formuleren van algemene beslissingsschema's blijken vooral te zitten in de volgende punten.
- De huisarts heeft vaak te maken met de „undifferentiated patient" (*Bentsen*). Hij is de eerst geconsulteerde arts en wordt geconfronteerd met een hem nog volledig onbekend probleem, dit in tegenstelling tot de specialist.
- Er spelen vaak meer klachten en problemen in één consult (volgens *Bentsen* gemiddeld 2,5 gezondheidsproblemen per consult). Bij een klachtenregistratie aan het HIVU bleken er per consult gemiddeld 2,2 lichamelijke klachten en 0,6 „levensproblemen" ter sprake te komen (*Knottnerus*).
- Multicausaliteit: „alles kan met alles te maken hebben".
- Elke patiënt is weer anders; en heeft in feite een uniek probleem.
- Het onvoldoende voorhanden zijn van normen. In vergelijking met de specialist moet de huisarts vaak werken met (nog) niet volledig wetenschappelijk onderbouwde criteria. *Bensing e.a.* stellen in hun inventarisatie van lopend onderzoek naar het handelen van de huisarts zelfs: „alleen over hypertensie zijn blijkbaar bruikbare, algemeen geldende normen te formuleren". De NHI-richtlijnen voor de handelwijze ten aanzien van hoge bloeddruk, waarop hier gedoeld wordt, bleken echter nog door verreweg de meeste van een groep van geobserveerde huisartsen niet of niet goed te worden toegepast (*Van der Kooij* 1981).
- De huisarts heeft te maken met klachten waarbij ziektebeelden vaak (nog) niet herkenbaar zijn, en diagnosen in traditionele zin niet zijn te stellen.
- In de huisartsensituatie is het medische benaderingsmodel lang niet altijd opportuun.

Persoonlijke invulling, elke patiënt is anders, omstandigheden, medische onzekerheden: termen die blijven hangen na het voorgaande. Het is echter toch van belang om tot meer eenduidige omschrijvingen te komen van hoe je als huisarts je medische taak zou moeten invullen. Dit geldt zowel voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als vak en wetenschap, als voor het onderwijs aan aanstaande en reeds werkende huisartsen. Toetsing kan immers uiteindelijk niet zonder min of meer overeengekomen criteria.
Het rapport van de Werkgroep Toetsing NHG stelt dat zo objectief mogelijk vastgestelde maatstaven ontwikkeld moeten worden. Daarbij moet het resultaat van de hulpverlening het richtsnoer zijn. Ze moeten onder andere als relevant ervaren worden door beroepsgenoten, goed hanteerbaar zijn en toepassing ervan mag niet te veel tijd kosten. In onderling overleg moet bepaald worden of het criterium op minimaal, gemiddeld, of optimaal niveau gesteld wordt. Dit laatste doet denken aan de indeling die in Nijmegen gemaakt is bij de opstelling van protocollen: men spreekt daarbij van „te weinig", „het juiste", maar ook van „te veel" somatisch han-

delen van de huisarts, dit laatste vooral met het oog op het gevaar van somatische fixatie (*Grol*).
In het hierna samengevatte onderzoekje beperkten wij ons tot de minimumzijde.

Minimum anamnese bij eerste consult

Men kan veilig stellen dat *hoesten* een echt huisartsgeneeskundig onderwerp is. De klacht komt frequent voor op het spreekuur en meestal worden in aansluiting op de klacht betrekkelijk onschuldige ziektebeelden gevonden. De huisarts kan deze in de regel zelf behandelen, indien nodig.
Volgens *Morrell* is hoesten zelfs het meest voorkomende symptoom als het om een nieuwe klacht gaat. *Knottnerus* vond dat deze klacht zich in 12 procent van 725 geregistreerde consulten voordeed. *Koperberg en Kreukniet* menen dat hoesten als onderdeel van de gepresenteerde klachten aanwezig is bij een op de acht ziekte-episoden waarbij de huisarts betrokken is. *Van Weel* (1982) tenslotte concludeert dat hoesten de meest voorkomende klacht is die betrekking heeft op de tractus respiratorius (151 van 453 nieuwe symptoompresentaties en 29 van de 86 oude).
De veronderstelling ligt voor de hand dat er ten aanzien van een klacht als hoesten zo langzamerhand wel een gemeenschappelijke aanpak van huisartsen te geven moet zijn. Wij waren geïnteresseerd in zo'n aanpak en deden een onderzoekje met de volgende vraagstelling:
– Welke minimum-criteria zijn er aan te geven voor de anamnese bij een patiënt die de huisarts consulteert met een nieuwe presentatie van de klacht *hoesten*?
– In hoeverre wordt door huisartsen in de praktijk aan deze criteria voldaan?
De eerste vraag werd gespecificeerd tot: „Op welke anamnesevragen moet de huisarts in ieder geval antwoord hebben in een consult, dat betrekking heeft op patiënten van 17 tot 65 jaar die voor de eerste keer het spreekuur bezoeken voor de op dat moment bestaande klacht hoesten".
Op grond van literatuur stelden wij een lijst op met anamnesevragen die gesteld zouden moeten worden aan personen met hoestklachten. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van leerboeken interne geneeskunde, huisartsgeneeskunde en klinische diagnostiek. We kwamen tot een zeer uitgebreide lijst met zesentwintig vragen, waaraan in bepaalde gevallen nog subvragen gekoppeld moesten worden. Naar aanleiding van twee casus werd vervolgens met vier ervaren huisartsen werkzaam aan het HIVU een gesprek gevoerd over de te volgen werkwijze. Daarna werd de lijst besproken en werd de eerste onderzoekvraag gesteld aan de aanwezige huisartsen. Leidraad daarbij was, dat de beantwoording van de vragen reeds in het eerste consult consequenties had voor de medische hulpverlening.
Bij de bespreking van de twee casus en de werkwijze die iedere arts in een dergelijk geval zou toepassen, trad een grote verscheidenheid in benadering aan de dag. Er was weinig systematiek te ontdekken in de handelwijze. De verschillen tussen de huisartsen hadden betrekking op:
– de vragen die gesteld werden;
– het belang dat aan het antwoord op de vraag werd toegekend;
– de beoordeling van de noodzaak een lichamelijk onderzoek te doen;
– welk onderzoek moest worden gedaan;
– welke follow-up afspraken gemaakt werden;
– welke therapie voorgesteld werd.
Van drie anamnesevragen (aangevuld met drie subvragen indien een bepaald antwoord werd gegeven op de eerste vraag) vonden alle aanwezige huisartsen uiteindelijk dat ze in alle gevallen beantwoord moeten worden in een eerste consult. Deze drie vragen waren:
1 Wat is de aard van de hoest? Bijvoorbeeld een prikkelhoest of een produktieve hoest?
1 a Als er sputum opgegeven wordt:
  – wat is de hoeveelheid?
  – wat is de kleur?
  – is er bloed bij?
2 Sinds wanneer bestaan de hoestklachten?
3 Heeft de patiënt koorts?

Observatie van huisartsen

Met deze vragen in de hand zijn we gaan kijken of huisartsen in een eerste consult hierop inderdaad een antwoord krijgen.
Hiertoe werden transscripten gescoord, van tien op de band opgenomen consulten, verricht door vijf huisartsen. In de consulten kwam steeds een nieuwe presentatie voor van de klacht hoesten. Dat hield in dat de klacht niet reeds voor het consult aan de arts bekend was, en dat een zelfde klacht niet in de voorgaande drie weken al tot een consult had geleid. Het ging telkens om een Nederlands sprekende patiënt tussen 17 en 65 jaar. De consulten omvatten de arts-patiënt gesprekken die aan de genoemde eisen voldeden uit een eerste serie opgenomen spreekuren van huisartsen in vijf grote steden (*Thomassen*).
De resultaten van onze scoring zijn weergegeven in de *tabel*. Hieruit blijkt:
– slechts in één consult kwamen alle drie punten afdoende aan de orde;
– in zeven consulten kwam het symptoom koorts niet aan de orde;
– in drie consulten werd het begin van de klacht niet besproken;
– in twee gevallen kwam het al dan niet produktieve karakter niet ter sprake;
– in de gevallen waarin dit wel ter sprake kwam, werd, indien van toepassing, altijd informatie over de kleur van het sputum verkregen, in de helft van de gevallen over de hoeveelheid, en in geen enkel geval over bloedbijmenging.
– in totaal zevenentwintig keer werd een relevante vraag niet gesteld; dit is precies evenveel als het aantal malen dat de huisartsen wel informatie ontvingen met betrekking tot een relevant geachte vraag.

De aantallen zijn te klein om per huisarts patronen te herkennen.

Tabel. Verkregen informatie met betrekking tot de relevant geachte anamnesevragen bij de eerste presentatie van de klacht hoesten (tien consulten, vijf huisartsen).

Anamnesevragen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Aard hoest	–	p	p	p	h	h	p	h	–	h
1 a sputum: hoeveelheid	–	nvt	–	p	p	h	nvt	–	–	–
kleur	–	nvt	p	h	h	h	nvt	h	–	h
bloed	–	nvt	–	–	–	–	nvt	–	–	–
2 Sinds wanneer	h	–	p	–	p	p	h	h	h	–
3 Koorts	–	–	–	h	–	–	h	–	p	–

p = informatie op initiatief patiënt; h = informatie op initiatief huisarts; nvt = vraag niet van toepassing (geen produktieve hoest); – = vraag niet gesteld.

Conclusie

Het bleek niet eenvoudig minimum-criteria op te stellen voor de anamnese bij de klacht hoesten, wanneer deze klacht voor het eerst gepresenteerd wordt. De lijst van vragen die in de leerboeken als relevant genoemd worden, was voor de huisarts en – naar wij veronderstellen – voor de patiënt onhanteerbaar lang. Ook het waarom en met name de zin van elke vraag was niet altijd aangegeven.
Wel bleek dat er in een groep ervaren huisartsen consensus over een beperkt aantal vragen, te weten: Wat is de aard van de hoest? Hoeveel sputum wordt er opgegeven? Wat is de kleur? Is er bloed bij? Sinds wanneer bestaan de hoestklachten? Heeft de patiënt koorts? Over andere vragen bleef verschil van mening bestaan.
Zelfs de minimale lijst vragen, die – op grond van de consensus – overbleef, werd in slechts één van tien gescoorde consulten volledig afgewerkt. In de overige consulten vielen kleinere of grote hiaten te bespeuren. Overigens was de klacht hoesten meestal niet het enige probleem dat aan de orde kwam, en soms was duidelijk dat een andere kwestie voor de patiënt veel belangrijker was. Wij telden gemiddeld 2,3 problemen per consult.

Bespreking

Het lijkt verontrustend dat huisartsen in een consult niet alle vragen stellen, waarop andere ervaren huisartsen het antwoord onmisbaar vinden. Er kleven echter nogal wat bezwaren aan ons onderzoek. De problemen die wij noemden ten aanzien van het formuleren van algemene beslissingsschema's gaan voor een groot deel ook hier op. De reducties die in ons onderzoekje plaatsvonden, zijn bovendien legio. Terecht spreekt *Meijer* over de informatiereductie die in de medische situatie optreedt, een reductie die zowel de persoon en problematiek van de patiënt, als het geheel van het hulpverleningsproces betreft. Alleen al het feit dat er meestal meer klachten in een consult geuit worden, en het feit dat één probleem een ander geheel naar de achtergrond dringt, moeten ons ervoor hoeden de huisarts te gauw aan de schandpaal te binden.

Op het gebied van de voor de huisarts specifieke medische kennis en de procedures waarlangs deze moet worden aangewend, bestaan in de huisartsgeneeskunde zelf nog veel hiaten. Gezien de vele activiteiten van onder meer NHG, NHI en universitaire huisartseninstituten en de vorderingen die gemaakt worden in de huisartsgeneeskundige conferenties, is hierin verbetering te verwachten. Naar ons oordeel moeten echter twee zaken niet buiten schot blijven:
– de eisen die de klinisch-specialistische opleiding aan aanstaande huisartsen stelt;
– de klinische leerboeken waarmee artsen worden opgevoed.
Ten aanzien van het eerste: het onderwijs aan aanstaande huisartsen is in verscheidene opzichten niet relevant voor de latere praktijksituatie. De onderwezen kennis op medisch gebied is niet toegesneden op het oplossen van huisartsgeneeskundige problemen. Vaardigheid in het oplossen van medische problemen wordt nauwelijks geleerd.
Hoe groot de afstand is die gevoeld wordt tussen opleiding en praktijk, bleek duidelijk uit een enquête onder huisartsen (ex-huisartsen in opleiding aan het HIVU) en specialisten in opleiding, gehouden door *Sigling en Van der Voort*. Onlangs werd aan onze faculteit het doctoraal examen interne geneeskunde voorgelegd aan huisartsen van ons instituut en aan een groep internisten. Zoals te verwachten was, scoorden de internisten op alle fronten beter, maar bij nadere beschouwing bleken er nauwelijks huisartsgeneeskundige probleemstellingen in het examen voor te komen.

Kortom, de medische opleiding vormt, zeker vanuit eerstelijns optiek, een wankele basis. Huisartsen zullen zelf strategieën moeten ontwikkelen voor het handelen bij bepaalde klachten, op grond van eigen onderzoek. Naar aanleiding daarvan kunnen dan criteria voor toetsing worden opgesteld. Daarnaast zal een intensieve dialoog gevoerd moeten worden met de onderwijs verzorgende klinisch specialisten, om huisartsen beter te kunnen voorbereiden op hun taak in de gezondheidszorg. Een van de onderwerpen daarbij dient te zijn, dat de huidige klinische-specialistische leerboeken geen basisstof kunnen zijn voor een probleem-oplossende strategie van de huisarts.

Bensing, J., J. de Groot en J. Zaat. Kijken naar onderzoek. Een inventarisatie van lopend onderzoek naar het handelen van de huisarts. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 143-149.

Bentsen, B. The diagnostic process in primary medical care. In: J. Fry (ed.). Primary care. *Heinemann, London*, 1980.

Boeke, A. J. P. en J. A. Knottnerus. Het toepassen van medisch-biologische kennis door de huisarts. *HIVU, Amsterdam*, 1981.

Buchem, F. L. van, J. H. M. Dunk en M. A. van 't Hof. Acute otitis media. Paracentese, antibiotica of geen van beide? (1982) *Ned. T. Geneesk.* **126**, 462-467.

Es, J. C. van, J. G. M. Gerritsma, J. Koopman en J. A. Smal. Simulatie van patiënten in het onderwijs. *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Utrecht*, 1977.

Eijk, J. Th. M. van. Verschillen in praktijkvoering van huisartsen. (1979) *Med. Contact* **34**, 987-991.

Geldorp, G. van. Medisch probleem-oplossen. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 174-179.

Grol, R. (red.) Huisarts en somatische fixatie. *NUHI, Nijmegen*, 1981.

Hoekman, K. Het probleem-oplossen van de huisarts. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 389-392.

Knottnerus, J. A. Klachten en probleem registratie groep 78-II. (1979) *HIVU-Info* nr 1, 10-13.

Kooij, S. van der. Registratie van het probleem-oplossend proces. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 166-172.

Kooij, S. van der. De huisarts als hulpverlener bij lichamelijke aandoeningen. (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 454-458.

Koperberg, I. Ph. L. en J. Kreukniet. De patiënt die hoest. In: S. A. Duursma, I. Ph. L. Koperberg en W. J. Zweerts de Jong (red.). Kompas voor de huisarts. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1979.

McWhinney, I. R. An introduction to family medicine. *Oxford University Press, Oxford*, 1981.

Meijer, J. S. Op zoek naar een klachtenlijst. (1979) *Huisarts en Wetenschap* **22**, 386-394.

Morrell, D. C. Huisartsgeneeskunst. *Bunge, Utrecht*, 1978.

Sigling, H. O. en J. P. M. van der Voort. De basisopleiding tot arts aan de Vrije Universiteit. (1981) *Med. Contact* **36**, 545-550.

Thomassen, J. F. M. Het TRIPT-project. Een dataverzamelingsproject in zeventig huisartspraktijken. (1982) *Huisarts en Wetenschap* **25**, 394-397.

Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Rapport van de Werkgroep Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 127-140.

Weel, C. van. Achilles tot hardloper bekeerd. (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 417-423.

Weel, C. van. Luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk. (1982) *Huisarts & Praktijk* **6**, 12-19.

Yerushalmy, J. The statistical assessment of the variability in observer perception and description of röntgenographic pulmonary shadows. (1969) *Radiol. Clin. North Am.* **7**, 381-392.