

Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts

V. C. L. TIELENS, H. MOKKINK EN P. MESKER*

In dit onderzoek wordt het feitelijke medisch-diagnostisch handelen van 57 huisartsen geanalyseerd. Dat gebeurt aan de hand van observatiegegevens over 520 contacten die elk betrekking hebben op één veel voorkomende klacht die voor de eerste maal wordt gepresenteerd. Gemiddeld verricht de huisarts 6,7 diagnostische handelingen (55 procent anamnese, 40 procent lichamenlijk onderzoek en 5 procent laboratoriumonderzoek). Tussen de consulten bestaan grote verschillen, die vooral zijn terug te voeren op de aard van de klachten. Het geslacht van de patiënt blijkt hierbij geen rol te spelen.

Inleiding

Onze kennis over wat huisartsen in de praktijk doen aan diagnostiek, vertoont veel lacunes. Praktisch alle gegevens hierover zijn afkomstig uit onderzoeken met behulp van simulatietechnieken en enquêtes waarin huisartsen achteraf aangeven wat zij hebben gedaan.¹⁻³ Tussen de uitkomsten van dergelijke onderzoeken en wat er in werkelijkheid tijdens het spreekuur gebeurt, bestaat echter een onmiskenbare discrepantie.⁴ Meer kennis over het feitelijk diagnostisch handelen van huisartsen is om verschillende redenen van belang. In de eerste plaats is uit het onderzoeksproject *Preventie van Somatische Fixatie* gebleken dat de resultaten van de diagnostische fase van grote invloed zijn op het handelen in de op verandering gerichte fase en mede daardoor op het proces van somatische fixatie.⁵ Een gedetailleerd inzicht in het feitelijk medisch-diagnostisch handelen van huisartsen is verder van belang voor het onderwijs aan arts-assistenten in opleiding tot huisarts. Zij moeten leren met beperkt en eenvoudig uit te voeren onderzoek voldoende gegevens te verzamelen om een werkhypothese te „toetsen”. Dat betekent dat zij moeten leren om uiterst selectief te zijn, niet alleen ten aanzien van de informatie die zij willen vergaren, maar ook ten aanzien

van de technieken die zij daarbij gebruiken.² En tenslotte is een gedetailleerd inzicht in het feitelijk diagnostisch handelen van de huisarts relevant voor onderlinge toetsing en het ontwikkelen van protocollen ten behoeve van de praktische hulpverlening.

Om meer kwantitatief zicht te krijgen op het diagnostisch handelen van de huisarts hebben wij de volgende vraagstelling geformuleerd:

- *Aantal handelingen*: hoeveel diagnostische handelingen verrichten huisartsen bij een aantal veel voorkomende klachten, en hoe zijn deze handelingen verdeeld over anamnese, lichamenlijk onderzoek en laboratoriumonderzoek?
- *Aard van de klachten*: is er verschil tussen de aantallen handelingen die bij uiteenlopende klachten worden uitgevoerd?
- *Interdokter-variatie*: hoe groot is de variatie tussen huisartsen?
- *Patiënt-kenmerken*: welke invloed hebben de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht en het risico van somatische fixatie?

Methoden

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van observatiegegevens over spreekuurgedrag van huisartsen, ontleend aan het project *Preventie van Somatische Fixatie*. Deze gegevens zijn verzameld bij 57 huisartsen door middel van non-participerende observatie en audio-opnamen bij twee willekeurig gekozen spreekuren.

Het materiaal is geanalyseerd met behulp van 24 medisch-technische protocollen die betrekking hebben op de 24 meest voorkomende klachten. In deze protocollen worden de door de huisarts verrichte medisch-technische handelingen onderscheiden in anamnese, lichamenlijk onderzoek, eigen laboratoriumonderzoek, laboratoriumonderzoek elders, voorlichting en adviseren, medicatie, verwijzen en terugbestellen.⁴⁻⁷

Een moeilijkheid bij onderzoek naar de hoeveelheid handelingen is, dat precies moet worden aangegeven wat onder een handeling wordt verstaan. In de Nijmeegse protocollen wordt het verwerven van informatie over een omschreven aspect van de klacht beschouwd als één handeling; daarbij doet het niet ter zake, of de arts die informatie via één of via meer vragen krijgt. Bij pijn worden bijvoorbeeld als aparte handelingen bij de anamnese aangemerkt: het verwerven van informatie over onder meer de lokalisatie van de pijn, de duur van de pijn, het karakter van de pijn en begeleidende verschijnselen. Als de huisarts in de loop van het consult driemaal, al of niet met andere woorden, vraagt naar de lokalisatie van de pijn, wordt dat dus niet aangemerkt als drie afzonderlijke handelingen.

Voor het lichamenlijk onderzoek worden de algemeen gangbare handelingen aangehouden. Bij buikpijn zijn dat onder meer: buik ontbloten, pijn laten aanwijzen, auscultatie op verschillende plaatsen, percussie abdomen, palpatie abdomen, inspectie breukpoorten, rectaal toucher en loslaatpijn.

Terwille van de overzichtelijkheid en vanwege de kleine aantallen hebben we voor deze studie geen onderscheid gemaakt tussen eigen laboratoriumonderzoek en onderzoek elders.

Het gebruik van de patiëntenkaart is bij de beoordeling betrokken, maar er is niet expliciet gevraagd naar de voorkennis van de huisarts. Voorkennis kan zeer wel een rol spelen bij de beslissing al of niet dieper op de klachten in te gaan; minder waarschijnlijk achten wij het dat die voorkennis, als eenmaal besloten is tot nader gericht onderzoek, een sterke invloed zal uitoefenen op de verdere anamnese of het lichamenlijk onderzoek bij nieuwe klachten. Algemene exploratieve vragen van de arts zijn uiteraard wel in de scoring betrokken.

Bij de analyse van het materiaal hebben wij ons beperkt tot de contacten die voldeden aan een drietal criteria:

- uitsluitend nieuwe klachten, met uit-

* De auteurs zijn als respectievelijk huisarts, socioloog en huisarts verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

zondering van controles voor hypertensie en consulten wegens exacerbatie van hoesten;

– uitsluitend contacten waarbij slechts één klacht werd gepresenteerd (dit om een zo ongestoord en ongecompliceerd mogelijk beeld te krijgen);

– uitsluitend klachten die minstens twintig maal voorkwamen (dit om te voorkomen dat er per klacht te weinig vergelijkingsmateriaal zou zijn).

Om zicht te krijgen op de invloed van enige variabelen op het aantal handelingen, is een variantie-analyse uitgevoerd. Daarbij zijn de aard van de klacht, de interdokter-variantie en drie patiënt-gebonden variabelen betrokken: het geslacht, de leeftijd en de „risicofactor”, dat wil zeggen de door de beoordelaars geschatte kans op somatische fixatie bij de patiënt.⁹ Met deze risicofactor zijn de patiënten in te delen in vier nagenoeg even grote groepen met een toenemende kans op somatische fixatie.

Resultaten

In totaal hadden we de beschikking over 1265 gescoorde arts-patiënt contacten, waarvan er 661 betrekking hadden op slechts één klacht. Hiervan vielen 141 contacten af, omdat deze betrekking hadden op een klacht die minder dan twintig maal was gescoord. Resteren derhalve 520 contacten, die betrekking hadden op in totaal veertien klachten. Deze klachten zijn tezamen goed voor ongeveer 40 procent van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit.⁸ Gemiddeld werden van elke huisarts negen contacten geanalyseerd (met een spreiding van 2 tot 20).

Aantal handelingen

Uit tabel 1 blijkt dat er gemiddeld 6,7 diagnostische handelingen werden verricht. De anamnese heeft hierin met 55 procent het grootste aandeel en het lichamenlijk onderzoek komt met 40 procent op de tweede plaats; het laborato-

riumonderzoek speelt slechts een zeer bescheiden rol bij deze klachten.

Opvallend in deze tabel zijn de grote standaarddeviaties en de *range*. Deze duiden erop dat er grote verschillen zijn tussen de afzonderlijke contacten. De combinatie bij het laboratoriumonderzoek van een laag gemiddelde met een hoge standaarddeviatie c.q. *range* duidt erop dat hier sprake is van een beperkt aantal contacten met veel laboratoriumhandelingen. Omgekeerd komen bij 84 procent van de contacten in het geheel geen laboratoriumhandelingen voor. Alleen bij mictieklachten wordt meestal (86 procent) wel laboratoriumonderzoek verricht.

Aard van de klachten

In tabel 2 zien we dat er belangrijke verschillen bestaan tussen de gemiddelde aantallen handelingen bij de veertien klachten. Daarbij valt een zeker patroon te ontwaren. We hebben op grond daarvan de klachten onderscheiden in drie categorieën, al naar gelang het gemiddelde aantal handelingen in anamnese of lichamenlijk onderzoek:

- *Categorie A* omvat klachten waarbij de huisarts gemiddeld relatief veel anamnesticke handelingen combineert met relatief weinig handelingen bij het lichamenlijk onderzoek. Men kan ook zeggen dat de huisarts bij deze klachten tijdens de anamnese een zoekstrategie moet volgen, terwijl zijn lichamenlijk onderzoek meer het karakter van een vindstrategie heeft.¹⁰ Zo zal de huisarts bij de klacht hoofdpijn via een relatief uitvoerige anamnese zoeken naar de mogelijkheid van het bestaan van een eventuele aandoening van de sinussen, de nek, het gebit, de ogen, de visus. Het lichamenlijk onderzoek kan hij dan beperken tot slechts enkele handelingen ter verifiëring van de op grond van de anamnese meest waarschijnlijke hypothese. Omdat elk van de mogelijke lichamenlijke oorzaken van hoofdpijn een vrij omschreven kenmerkend symptoom heeft, hoeft de huisarts ook niet allerlei op andere symptomen gericht lichamenlijk onderzoek te verrichten.

- *Categorie B* omvat klachten waarbij de huisarts gemiddeld relatief veel anamnesticke handelingen combineert met relatief veel handelingen bij het lichamenlijk onderzoek. Het gaat hier om klachten waarbij een breed scala van differentieel-diagnostische mogelijkheden bestaat. Omdat de anamnese bij deze klachten minder discrimineert en omdat de verschillende verklarende lichamenlijke aandoeningen minder speci-

Tabel 1 – Table 1. Gemiddeld aantal diagnostische handelingen (520 contacten betreffende veertien veel voorkomende klachten). – Mean number of diagnostic activities (520 encounters involving fourteen common complaints).

Total			History			Physical examination			Laboratory		
Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range
6.7	3.68	0-22	3.7	1.99	0-10	2.7	2.20	0-17	0.30	0.48	0-4

Tabel 2 – Table 2. Gemiddeld aantal diagnostische handelingen, gerangschikt naar klacht en klachtencategorie. – Mean number of diagnostic activities, arranged by complaint and complaint category.

Complaints	Number of contacts	Mean number of activities		
		History	Physical examination	Laboratory
Chest pain	21	4.9	2.6	0.65
Headache	51	3.3	1.9	0.24
Cough, 1st presentation	44	3.7	2.5	0.14
Cough, exacerbation	28	4.0	2.2	0.25
Eye complaints	27	4.1	1.6	0.04
Mean of category A	34	4.0	2.2	0.26
Neck-shoulder-arm complaints	52	4.5	4.4	0.14
Back and hip complaints	38	3.9	4.6	0.18
Abdominal pain	47	5.9	4.4	0.46
Knee-joint complaints	28	4.0	4.7	0.11
Mean of category B	41	4.6	4.5	0.21
Earache	30	3.0	1.9	0.03
Hypertension check-up	81	2.4	1.4	0.44
Deafness	23	2.5	1.6	–
Sore throat	30	2.5	2.0	0.06
Complaints about micturition	21	2.9	0.8	1.9
Mean of category C	37	2.7	1.5	0.48

fieke symptomen hebben, heeft de huisarts behoefte aan een relatief uitgebreid lichamelijk onderzoek om tot een aanvaardbare werkdiagnose te komen. Men kan zeggen dat de huisarts bij dit soort klachten een zoekstrategie hanteert tijdens zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek.

- *Categorie C* omvat klachten waarbij een smalle anamnese gecombineerd wordt met een smal, gericht lichamelijk onderzoek. Het gaat hier om somatische routinewerkzaamheden en deze klachten hebben meestal slechts beperkte differentieel-diagnostische waarschijnlijkheden. De huisarts hanteert een vindstrategie bij zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek.

In *tabel 3* zien we dat het grootste deel van de variantie in het aantal verrichte handelingen wordt verklaard door de aard van de klacht. In theorie zou deze uitkomst kunnen betekenen dat de gebruikte protocollen niet alle in gelijke mate zijn uitgewerkt. *Tabel 4* laat echter zien dat het aantal in de protocollen opgenomen handelingen in de anamnese voor alle categorieën klachten ongeveer gelijk is. Het gevonden verschil tussen de categorieën A en B enerzijds en categorie C anderzijds is dus zeker niet te duiden als een door de protocollen geïnduceerd artefact.

Voor het lichamelijk onderzoek is dit niet zonder meer te zeggen. Er blijkt tussen de drie categorieën in dit opzicht een duidelijk verschil te bestaan. Dit

feit maakt de uitkomst echter niet zonder meer tot een artefact; die uitkomst kan ook beschouwd worden als een uiting van de realiteitswaarde van het protocol: sommige klachten geven nu eenmaal meer aanleiding tot lichamelijk onderzoek dan andere klachten. Dit wordt bevestigd door de observatie dat er nauwelijks handelingen zijn gescoord die *niet* in het protocol worden genoemd; kennelijk zijn de protocollen tamelijk volledig.

Al met al concluderen wij dat de gevonden verschillen niet kunnen worden toegeschreven aan het gehanteerde meetinstrument, en dat zij derhalve vooral zijn te verklaren uit het feit dat het om verschillende klachten gaat.

Synopsis

Tielens VCL, Mokkink H, Mesker P. Medical diagnostic behaviour in general practice. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 44-8.

Introduction. In order to obtain more quantitative information on diagnostic behaviour in general practice the following problem definition was formulated:

- how many diagnostic activities do general practitioners perform in response to a number of common complaints?
- how are these activities distributed over history-taking, physical examination and laboratory work?
- is there a difference in the number of activities performed in response to different complaints.
- how great is the inter-doctor variance?
- what is the influence of patient characteristics such as age and sex?

Methods. The data used in this study were collected from 57 general practitioners by means of observation and audio-tapes of two surgery hours chosen at random. The audio-tapes and observation data were analysed and scored with the aid of 24 medical-technical protocols concerning the 24 most common complaints. These protocols regard acquisition of information on one circumscribed aspect of the complaint as a single activity, regardless of whether this information is obtained via one or via several questions. Only encounters involving one new complaint were analysed, as well as encounters involving check-ups for hypertension and exacerbation of a previously presented cough. Analysis was further confined to complaints encountered at least twenty times (to ensure sufficient material for comparison per complaint). An analysis of variance was performed in order to gain insight into the influence of some variables on the number of activities.

This analysis concerned the type of complaint, the inter-doctor variance and three patient-related variables: sex, age and the „risk factor“ (the risk that the patient becomes somatically fixated, as estimated by the evaluators). Using this risk factor, the patient can be divided into four almost equally large groups with an increasing risk of somatic fixation.

Results. The scored doctor-patient encounters available totalled 1265, of which 661 involved a single complaint; 141 of these encounters were not usable because they concerned a complaint which had been scored less than twenty times. The remaining 520 encounters involved a total of fourteen complaints, which together account for about 40 percent of the morbidity presented to the general practitioner. The mean number of encounters analysed per general practitioner was nine (range: 2-20). The large standard deviation and the range are striking features of *table 1*. They indicate marked differences between the separate encounters. The combination of a low mean with a large standard deviation and range for laboratory work suggests a limited number of encounters with many laboratory activities. On the other hand, 84 percent of the encounters involved no laboratory work at all. Only for complaints about micturition was laboratory work usually (in 98 percent) done.

Table 2 discloses important differences in mean number of activities between the fourteen complaints. A certain pattern is discernible in this respect:

- *Category A* comprises complaints in response to which the general practitioner averaged relatively many anamnestic activities in combination with relatively few activities of physical examination.
- *Category B* comprises complaints in response to which the general practitioner averaged relatively many anamnestic activities in combination with relatively many activities of physical examination.

- *Category C* comprises complaints in response to which the general practitioner combined few anamnestic activities with few but aimed activities of physical examination.

Table 3 shows that most of the variance in the number of activities performed is explained by the type of complaint. Theoretically this might be explained by the postulate that the protocols used were not all equally elaborate. *Table 4* shows, however, that the number of anamnestic activities included in the protocols was about the same for all categories of complaints. The difference found between categories A and B on the one hand and category C on the other, cannot be interpreted as an artefact induced by the protocols; differences between the complaints were of primary importance in this respect.

Table 3 also shows that the influence of the inter-doctor variance on the differences in the number of activities was significant. This influence, however, was substantially less than that of the type of complaint. Another striking feature of the table is that in this respect there was no difference between history-taking and physical examination. The influence of the inter-doctor variance on the separate phases of the diagnostic process was evidently fairly constant.

Table 3 finally shows that the risk factor influenced the number of activities of history-taking, and the patient's age influenced the number of activities of physical examination. The two correlations are significant but explain little of the variance. A very conspicuous fact is that the patient's sex exerted no influence at all on the number of medical-diagnostic activities.

Keywords: Diagnosis; General Practice; Professional behaviour.

Address of authors: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

Tabel 3 – Table 3. Invloed van interdokter-variantie, de aard van de klacht en een drietal patiëntkenmerken op het aantal handelingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek. – Influence of inter-doctor variance, type of complaint and three patient characteristics on the number of activities of history-taking and physical examination.

	History		Physical examination	
	ETA ^a	Explained variance	ETA	Explained variance
Inter-doctor variance (N=520)	0.40	0.16 ^c	0.40	0.16 ^c
Type of complaint (N=520)	0.52	0.27 ^d	0.60	0.36 ^d
Patient's sex (N=520)	0.01	0.00 ^a	0.03	0.00 ^a
Patient's age ^c (N=520)	0.14	0.02 ^b	0.17	0.03 ^c
Patient's risk factor (N=364)	0.21	0.04 ^c	0.15	0.02 ^b

^a Not significant. ^b p<0.05. ^c p<0.01. ^d p<0.001.

^c With regard to age, patients were divided into four equally large groups: 0-20, 21-35, 36-54 and 55-86 years.

Interdokter-variantie

Uit tabel 3 blijkt voorts dat de invloed van de interdokter-variantie op de verschillen in het aantal handelingen significant is. Deze invloed is echter beduidend kleiner dan die van de aard van de klacht. Ook valt op dat er in dit opzicht geen verschil is tussen anamnese en lichamelijk onderzoek. Kennelijk is de invloed van de verschillen tussen de artsen op de afzonderlijke fasen van het diagnostisch proces vrij constant. Welke precieze kenmerken verantwoordelijk zijn voor de gevonden interdokter-variantie, hebben we in het kader van deze studie niet nader onderzocht.

Patiënt-kenmerken

Ook de risicofactor en de leeftijd van de patiënt blijken van invloed op het aantal handelingen in respectievelijk de anamnese en het lichamelijk onderzoek (tabel 3). Beide verbanden verklaren echter weinig variantie. De risicofactor vertoont bovendien geen lineair verband, waardoor de interpretatie zeer moeilijk wordt. De leeftijd vertoont daarentegen wel een lineair verband met het gemiddeld aantal handelingen: naarmate de patiënt jonger is, wordt er gemiddeld meer lichamelijk onderzoek verricht. Zeer opvallend is dat het geslacht van de patiënt totaal niet van invloed is op het aantal medisch-diagnostische handelingen, dit in tegenstelling tot wat bij contacten over psychosociale problemen het geval is.¹¹

Beschouwing

Hoewel de deelnemende huisartsen allen medewerker zijn van één regionaal ziekenfonds, zijn zij overigens op relevante aspecten redelijk representatief voor de Nederlandse huisarts. Ten aanzien van de evaluatie van het gebruikte meetinstrument kan gezegd

worden dat de gedetailleerde objectieve criteria van de protocollen een zeer betrouwbare beoordeling van het medisch-technisch handelen mogelijk maken. Zo bleek in een *test-retest* procedure voor veertien willekeurig gekozen consulten, dat de Pearson-correlatie .96 bedroeg. In een nog ongepubliceerde studie zal uitvoerig worden ingegaan op de validiteit en toepasbaarheid van het meetinstrument. Voor het overige zij verwezen naar een eerdere publikatie over dit onderwerp.⁹ Een moeilijkheid bij de gedetailleerde interpretatie van tabel 3 is dat de gekozen verklarende variabelen mogelijk met elkaar correleren. Zo zou het kunnen zijn dat artsen die toch al de neiging hebben weinig te doen, vooral contacten hebben waarin klachten met weinig handelingen worden gepresenteerd. Om meer zicht te krijgen op een mogelijke correlatie tussen de gebruikte variabelen en de omvang van zo'n eventuele correlatie, hebben we een nadere analyse uitgevoerd met combinaties van telkens twee variabelen. Zonder hier in detail op deze analyse in te gaan, kunnen we wel zeggen dat er geen significante interactie van deze paren variabelen is aan te tonen, behalve in één geval: bij de verklaring van de verschillen in het aantal handelingen bij het lichamelijk onderzoek blijkt een significante interactie te bestaan tussen de interdokter-variantie en de aard van de klacht. Daardoor wordt echter de invloed van de aard van de klachten op de gevonden verschillen in aantallen handelingen nagenoeg niet verminderd. Met andere woorden: het eigen deel van de afzonderlijke variabelen blijft voldoende groot en gaat niet op in de combinatie van beide variabelen. Dit betekent dat de aard van de klacht en de huisarts een even grote invloed hebben op het aantal handelingen.

Tabel 4 – Table 4. Gemiddeld aantal in de protocollen opgenomen handelingen per klachtencategorie. – Mean number of activities per complaint category included in the protocols.

Category	History	Physical examination
A	11.4	12.0
B	10.5	17.5
C	10.2	7.8

Een belangrijke conclusie die uit dit onderzoek valt te trekken, luidt dat huisartsen in de praktijk aanmerkelijk minder diagnostische handelingen verrichten dan het geval zou zijn volgens studies die zijn gebaseerd op simulatiepatiënten of enquêtes. Vergelijking van dit soort studies is niet eenvoudig, onder meer door het verschil in definitie van de afzonderlijke handelingen en door verschillen in de aangeboden problematiek. Het is niettemin opvallend dat de huisartsen in ons onderzoek bij de klacht hoofdpijn slechts 5,4 diagnostische handelingen verrichten, terwijl *Gerritsma en Smal* bij hun interactieve simulatie in het eerste consult voor hoofdpijn welgeteld gemiddeld 42 handelingen scoorden.¹ Niet minder opvallend is de discrepantie tussen de uitkomsten van een vragenlijst-onderzoek betreffende rugklachten en de cijfers uit ons eigen onderzoek. In het onderzoek van *Chavannes e.a.* moesten de huisartsen zo snel mogelijk na een consult over rugklachten aantekenen wat zij aan diagnostiek hadden gedaan: volgens deze registratie zouden de deelnemende huisartsen in bijna 90 procent van de gevallen bij het eerste contact zowel inspectie, als palpatie alsook onderzoek van de beweeglijkheid hebben verricht.³ Uit onze cijfers blijkt dat in 24 procent van de gevallen in het geheel geen lichamelijk onderzoek is gedaan. Wij menen dat onze bevindingen tot voorzichtigheid manen ten aanzien van de interpretatie van dit soort gegevens die zijn verkregen met simulatietechnieken en/of enquêtes.

De grote spreiding in het aantal verrichte handelingen per consult voor dezelfde klacht rechtvaardigt nader onderzoek. Daarbij is het de vraag of het diagnostisch handelen van huisartsen te onderscheiden is in een beperkt aantal omschreven typen, elk met zijn consequenties voor het behandelingsbeleid.

In de tweede plaats is uit deze studie te concluderen dat huisartsen in hun me-

disch-diagnostisch handelen zeer selectief te werk gaan. Er zijn in dit opzicht duidelijk drie categorieën klachten te onderscheiden: een brede anamnese gevolgd door een breed lichamenlijk onderzoek, een brede anamnese gevolgd door een smal lichamenlijk onderzoek, en een smalle anamnese gevolgd door een smal lichamenlijk onderzoek. Dit selectieve gebruik van anamnese en lichamenlijk onderzoek is van belang voor onderwijs, nascholing en toetsing.

Onze gegevens, afkomstig uit de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk, wijzen in de richting van een specifiek diagnostisch proces, waarin afwisselend een zoek- en een vindstrategie wordt gehanteerd. Een nadere bestudering van zo'n specifiek diagnostisch proces lijkt van belang voor het opstellen van normen en protocollen voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Ook valt uit deze cijfers te concluderen dat het laboratoriumonderzoek in het diagnostisch proces van de huisarts slechts een ondergeschikte rol speelt. Huisartsen hebben in de praktijk in de grote meerderheid van de contacten voldoende aan anamnese en lichamenlijk onderzoek om tot een hanteerbare werkhypothese te komen. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van *Boots* over de tijdsbesteding van huisartsen.¹²

Zeer belangwekkend is de uitkomst, dat het geslacht van de patiënt totaal niet van invloed lijkt op het aantal medisch-diagnostische handelingen – dit in tegenstelling tot wat het geval is bij het psychosociaal handelen van de huisarts.

Wij zullen daar in een aparte studie dieper op ingaan en daarbij alle fasen van het consult betrekken, in het bijzonder ook het geven van voorlichting en de medicatie.

Tot slot willen wij opmerken dat het hier gaat om een explorerende studie. Onze gegevens mogen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar alle huisartsen en alle klachten; daarvoor zou nader toetsend onderzoek bij een representatieve steekproef van huisartsen nodig zijn. De gegevens van deze studie zijn echter naar onze mening wel voldoende steekhoudend om een aantal hypothesen over het diagnostisch handelen van de huisarts op te stellen c.q. bij te stellen:

- in de werkelijkheid van het dagelijkse spreekuur verrichten huisartsen gemiddeld veel minder diagnostische handelingen dan is af te leiden uit studies met simulatiepatiënten en/of enquêtes;
- huisartsen reageren bij hun diagnostisch handelen zeer selectief op de aard van de klacht;
- de aangeboden klachten zijn in drie categorieën te onderscheiden, al naar gelang de huisarts een brede anamnese combineert met een smal of een breed lichamenlijk onderzoek, dan wel een smalle anamnese met een smal lichamenlijk onderzoek.

¹ Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1983.

² Wright HJ, Mac Adam DB. Diagnostiek en besluitvorming. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982.

³ Chavannes A, Gubbels J, Post D. Acute lage rugpijn in de praktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26 (supp *Huisarts & Praktijk* 7): 32-8.

⁴ Mesker-Niesten J, Mokkink H, Mesker P, e.a. Een protocollaire benadering van rugpijn. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26 (supp *Huisarts & Praktijk* 7): 41-8.

⁵ Smits A, Mokkink H, Mesker P. Eindrapport Project Preventie van Somatische Fixatie, deel 4: Spreekurgedrag Prevara. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

⁶ Mokkink H, Mesker-Niesten J. Eindrapport Project Preventie van Somatische Fixatie, deel 3: Samenstelling van de onderzoekspopulatie en veldwerkverslag. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

⁷ Mesker P, Mesker-Niesten J, Mokkink H. Een protocollaire benadering bij keelpijn. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25 (supp *Huisarts & Praktijk* 6): 44-8.

⁸ Continue Morbiditeitsregistratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁹ Mokkink H, Smits A, Grol R. PREVARA: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 35-50.

¹⁰ Wulff H. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980.

¹¹ Smits A, Beek M, Laseur M, e.a. Seks-specifiek gedrag van de huisarts. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 4: 154-60.

¹² Boots J. Het werk van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.