

Diagnostiek in de huisartspraktijk: handwerk en apparatuur

In het dagelijkse werk van de huisarts spelen anamnese en lichamelijk onderzoek een belangrijke rol: in veel gevallen kan de huisarts zich bij het stellen van de diagnose beperken tot deze twee 'technieken'. In een onderzoek waarin de bijdrage van de anamnese aan de diagnostiek van verschillende aandoeningen werd geanalyseerd, bleek dat 69 procent van de cardiovasculaire en 29 procent van de gastro-intestinale aandoeningen uitsluitend op grond van de anamnese werd gediagnostiseerd.¹ Angina pectoris is een voorbeeld van een diagnose waarbij de anamnese van groot belang is.² Bij gastro-intestinale aandoeningen kan op grond van anamnestic criteria onderscheid worden gemaakt tussen organisch en niet-organisch verklaarbare klachten.³

Dat neemt niet weg dat bij persisterende klachten aanvullend onderzoek zal worden verricht. Hiervoor staat de huisarts steeds meer diagnostische apparatuur ter beschikking. In dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* worden de diagnostische waarde en de reproduceerbaarheid van enkele van deze apparaten besproken.⁴⁻⁷

Doelstellingen diagnostiek

Diagnostische apparatuur in de huisartspraktijk heeft verschillende doelstellingen, die overigens niet altijd gelijktijdig aanwezig zijn:

- *Het uitsluiten van of bevestigen van aandoeningen die specialistische behandeling behoeven.* Het gaat hier om ernstige aandoeningen, waarbij te late diagnostiek tot schade zal leiden. Voorbeelden zijn het opsporen van een rectaal carcinoom door middel van proctoscopie of het evalueren van acute visusdaling met behulp van spleetlamp/fundoscopie. Omdat het om niet frequente, maar wel ernstige ziekten gaat, is het belangrijk te weten dat er bij de diagnostiek een relatief grote kans op fout-positieve uitslagen is.⁸ In dat licht moet de meerwaarde van de apparatuur beoordeeld worden. De huisarts zal op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek die patiënten moeten identificeren die een verhoogde kans op ziekte hebben.
- *Het selecteren van aandoeningen die de huisarts, na het stellen van de diagnose, zelf kan behandelen.* Tot deze categorie behoren onder meer ritme-stoornissen en ECG, proctitis en proctoscoop, keelontsteking en streptococ, maagklachten en gastroscopie. Ook bij deze aandoeningen geldt dat er hoge eisen gesteld worden aan de diagnostische waarde van de toegepaste techniek.
- *Ter evaluatie van een ingestelde behandeling of voor het volgen van het beloop van een aandoening (monitoring).* In deze gevallen staat het stellen van de diagnose niet centraal, maar spelen de duur of de ernst van de klachten/symptomen een belangrijke rol. De winst voor de huisarts ligt in de gerichtere keuze tussen zelf behandelen en verwijzen. Ook de specialist profiteert hiervan: die ziet

Muris JWM, Lagro-Janssen ALM. Diagnostiek in de huisartspraktijk: handwerk en apparatuur [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 331-2.

een door de huisarts geselecteerde patiënt bij wie ingegrepen moet worden. Het gaat hierbij om vaker voorkomende ziekten, met name chronische ziekten, bijvoorbeeld Cara (spirometrie), diabetes mellitus (glucosebepaling) of perifere vaat-aandoeningen (enkel-arm-index). De gebruikte technieken moeten voldoen aan een grote mate van reproduceerbaarheid en onafhankelijk zijn van allerlei potentiële verstoorders.

- *Ter geruststelling bij vage klachten.* Soms zal de huisarts aanvullend onderzoek alleen verrichten om de patiënt gerust te stellen. Hierbij kan zich een probleem voordoen bij een onverwacht afwijkende uitslag. Zo is bekend dat een rust-ECG een geringe diagnostische waarde heeft ten aanzien van coronairsclerose bij patiënten met specifieke pijn op de borst.

- *Als screening.* De beschikbaarheid van diagnostische apparatuur leidt tot gebruik in omstandigheden waarin geen sprake is van symptomen. De echo in de zwangerschap is hiervan een voorbeeld, evenals het ECG bij mensen zonder klachten. Een afwijkende uitslag dient in deze gevallen met grote reserves te worden geïnterpreteerd.

Research

Voor onderzoek dat is gericht op het evalueren van de diagnostische waarde van apparatuur in de huisartspraktijk, betekent een en ander onder meer dat de meerwaarde ten opzichte van anamnese en lichamelijk onderzoek overtuigend aangetoond dient te worden binnen de context van de bovengenoemde doelstellingen. Bovendien dient duidelijk te zijn bij welke anamnestic en fysisch-diagnostische bevindingen de kans op ziekte dermate hoog is dat het uitvoeren van een additionele test zinvol is. Vervolgens dient er duidelijkheid te bestaan over het diagnostisch beleid, wanneer de uitkomsten van anamnese en aanvullend onderzoek elkaar tegenspreken: zo wordt in de NHG-Standaard Cara bij Volwassenen gepleit voor het gebruik van de peakflowmeter. Als de gemeten peakflow niet in overeenstemming is met het anamnestic beeld, wordt aangeraden verder longfunctie-onderzoek in de vorm van spirometrie te verrichten.⁹

Specialisatie?

Een andere consequentie van het implementeren van technisch diagnostisch onderzoek in de huisartspraktijk is de mogelijke noodzaak van een relatieve specialisatie van de huisarts. Het zelf refracteren is gemakkelijk aan te leren;¹⁰ adequaat omgaan met spleetlamp en (indirecte)

fundoscopie vergt een intensieve training en begeleiding en zal dus alleen weggelegd zijn voor huisartsen die in samenwerkingsverbanden werken en zich tot op zekere hoogte kunnen 'specialiseren'. De vraag is dan hoe de vaardigheid wordt onderhouden bij zeldzame indicaties. Wellicht dat een hierop toegesneden vergoedingssysteem stimulerend gaat werken.

Wat de uiteindelijke macro-economische aspecten van het implementeren van apparatuur in de huisartspraktijk zullen zijn, verschilt per techniek: zelf refractioneren leidt tot minder verwijzingen naar de oogarts; extra aandacht voor de opsporing van Cara daarentegen leidt tot een toename van het aantal verwijzingen naar de longarts.¹⁰

Sommige diagnostische technieken kunnen ook worden uitbesteed aan een huisartsenlaboratorium of diagnostisch centrum. Het voordeel van het testen op centraal niveau is de aanwezigheid van een uitgebreide interne kwaliteitsbewaking. Dit speelt een rol bij het aanvragen van bijvoorbeeld bloedonderzoek in een laboratorium versus het gebruik van de Reflotron in de eigen praktijk. Zo zal de kwaliteit van de eenvoudige spirometer in de eigen praktijk nog moeten worden aangetoond. Een ander voordeel van centrale diagnostiek is gelegen in de feedback die door het centrum kan worden gegeven aan de individuele huisartsen. Deze feedback leidde in Maastricht tot een substantiële vermindering van het aantal aanvragen. Bovendien is een dergelijke aanpak effectiever dan het houden van nascholingsavonden of het ontwikkelen van protocollen.^{11 12}

Conclusie

Het gebruik van diagnostische technische apparatuur in de huisartspraktijk moet aan omschreven voorwaarden voldoen. De introductie van een nieuw apparaat dient niet zonder slag of stoot te geschieden. De diagnostische waarde in de hierboven beschreven situaties zal overtuigend aangetoond moeten zijn. Bovendien zijn maatregelen nodig die de continuïteit en de kwaliteit van deze toepassing

garanderen. Hier ligt wellicht een taak voor de afdeling deskundigheidsbevordering van het NHG.

J.W.M. Muris

A.L.M. Lagro-Janssen

- 1 Sandler G. Importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am Heart J* 1980; 100: 928-31.
- 2 Van Ree JW. Epidemiologie en besliskundige aspecten van angina pectoris in de huisartspraktijk. *Bijblijven* 1992; 8: 6-12.
- 3 Muris JWM, Starmans R. Non acute abdominal complaints. Diagnostic studies in general practice and outpatient clinic. Amsterdam: Thesis, 1993.
- 4 Stoffers HEJH, Kaiser V. Het gebruik van het pocket-Doppler-apparaat bij perifeer arterieel vaatlijden. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 333-8.
- 5 Van Niel AE, Pieters HM. Sensitiviteit en specificiteit van intravaginale echografie bij postmenopauzaal bloedverlies. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 339-42.
- 6 Knijn AMS, Pieters HM. De waarde van de pneumatische otoscopie bij otitis media met effusie. Een literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 343-7.
- 7 Baggen JL, Van Leeuwen YD. Oogheelkundige apparatuur in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1994; 37(8): 348-52.
- 8 De Maeseneer J, Muris JWM. Interpretatie van aanvullend diagnostisch onderzoek door de huisarts [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1992; 35: 181-2.
- 9 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM, et al. NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 430-6.
- 10 Stokx LJ, Gloerich ABM, Hoenen JAHJ, et al. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. De effecten van geïntegreerde nascholing voor huisartsen. *Huisarts Wet* 1993; 36: 440-4.
- 11 Winkens RAG, Pop P, Grol RPTM, et al. Effect of feedback on test ordering behaviour of general practitioners. *BMJ* 1992; 304: 1093-6
- 12 Axt-Adam P, Van der Wouden JC, Hoek H. Het effect van nascholing op het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door huisartsen. *Huisarts Wet* 1993; 36: 451-4. ■