

tanten vrij gemakkelijk in volgorde te plaatsen.

FASE 3

De vier kandidaten die het hoogst genoteerd stonden, werden vervolgens uitgenodigd met hun partners een tweede bezoek te brengen. Zij ontvingen voor dit bezoek uitvoerige financiële inlichtingen, onder andere een door de Olma opgemaakte analyse over hun mogelijkheden. Tevens kregen zij een opgave van de te verwachten verdeling van de werkbelasting tussen de vier huisartsen: een soort taakomschrijving. Inmiddels werden de opgegeven referenties nagetrokken.

Twee sollicitanten kwamen nu samen met hun partner gelijktijdig voor een gesprek; het ene koppel ging met de drie huisartsen gezamenlijk praten onder andere over de toegezonden gegevens; het andere koppel had een gesprek met enkele vertegenwoordigers van de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen uit het gezondheidscentrum. Na drie kwartier tot een uur werd gewisseld. Vervolgens brachten de sollicitanten met hun partner een bezoek van een klein uur bij ieder van de huisartsen thuis, waardoor onze echtgenotes zich eveneens een oordeel konden vormen. Uiteraard kwamen tijdens deze gesprekken thuis andere onderwerpen aan de orde.

Zodra de twee ronden van ieder twee kandidaten achter de rug waren, brachten in een bijeenkomst met de huisartsen zowel de echtgenotes als de andere me-

dewerkers in het gezondheidscentrum een pre-advies uit over de volgorde. De afspraak was dat bij ontbreken van unanimiteit de huisartsen hiermee ernstig rekening zouden houden, hoewel de verantwoordelijkheid voor de eindbeslissing bij hun zou liggen.

FASE 4

Bij de kandidaat die op dat moment als nummer 1 eindigde werd vervolgens gedurende een halve dag door één of twee van de huisartsen in de praktijk waar hij werkzaam was, meegelopen om te zien of zijn stijl van werken en probleem oplossen aansloot bij de wijze van functioneren in het gezondheidscentrum. Bovendien liep deze kandidaat een dag mee in het gezondheidscentrum. Pas daarna werd definitief beslist of beide partijen aan een kennismakingsperiode van drie tot vijf maanden wilden beginnen.

Uit een vorige sollicitatie-episode weten wij hoe belangrijk het is een sollicitant te zien functioneren. Het kan daarbij duidelijk worden dat ondanks alle goede indrukken in gesprekken en op referentie-adressen toch iemands stijl van werken zodanig is dat in het team spanningen zouden kunnen ontstaan.

Op deze wijze hopen wij een methode te hebben gevonden, die naast efficiëntie een grote informatie-uitwisseling verzekert. Bovendien wordt het blokkerende effect van sollicitatiegesprekken met een groep huisartsen ondervangen. Zowel wij als de sollicitanten hebben vroeger met deze gesprekken in een groter verband moeite gehad.

Bijlage. Vragen en onderwerpen ter bespreking met sollicitanten.

Biografische anamnese. Waar en hoe opgegroeid.

Relatie: scholen-familie-studententijd.

Echtgenote: binding aan regio/beroep; wensen ten aanzien van de praktijk/doktersvrouw zijn.

Studie: vertragingen en reden daarvoor.

Huisartsenwerk. Werkbelasting: vrije tijdsbesteding/werktempo.

Bijbanen: alcoholproef/straatongevallen/keuringen/controles.

Intercollegiaal: geven en accepteren van kritiek.

Houding ten opzichte van patiënten: autoritair/democratisch/manipuleren.

Principes: euthanasie/abortus/geboortenregeling.

Maatschappelijk: politiek/godsdiens/inkomen.

Trainingen: gespreksvaardigheid/gedrags-training.

Samenwerken. Vroeger: ooit eerder samengewerkt/studentenprojecten/co-assistententijd.

Vergaderen: open of gesloten/voor eigen mening uitkomen/andere disciplines de ruimte geven/van hen kritiek ontvangen en verwerken.

Zelfkennis: hoe sta ik tegenover psychotecnisch onderzoek, kan ik prioriteiten stellen.

Onderwijs: actief meewerken/co-assistenten/wetenschappelijk onderzoek.

Summary. A new general practitioner in the team. A description is given of several phases of the procedure of selecting a new general practitioner in a group practice and health centre.

Gezinsgeneeskundige colloquia XIII*: „Versneden verdriet”

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN**

INTRODUCTIE DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn verslag van een casus uit de huisartspraktijk handelt over een 35-jarige vrouw. Zij is thans weduwe. Haar man is in 1974 plotseling overleden aan een hartaandoening. Zij bleef met drie kinderen achter, een zoon van twaalf jaar en

* Zie voor inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.

** Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

twee dochtertjes van respectievelijk elf en zeven jaar. Ik kwam met haar in contact tijdens het spreekuur van mijn gastheer. Zij bleek overigens herhaaldelijk op het spreekuur te komen. Terwijl zij tot voor enige jaren goed gezond was, heeft zij na het overlijden van haar man voortdurend allerlei klachten. Aanvankelijk klaagde zij vooral over hardnekkige rugpijn, maar ook wel over hoofdpijn, pijn op de borst en pijn in de buik.

In het begin stond de rugpijn op de

voorgond. Zij werd naar een neuroloog verwezen die een hernia nuclei pulposi vaststelde. Zij is hiervoor kort daarop geopereerd. De rugklachten zijn sindsdien minder geworden maar niet verdwenen. Andere klachten traden inmiddels meer op de voorgrond, met name buikpijn, waarvoor door de huisarts geen organische verklaring werd gevonden. Wegens aanhoudende klachten is zij tenslotte door een internist onderzocht die als zijn vermoeden uitsprak dat patiënte voornamelijk nerveuze bezwaren

had. Intussen ontwikkelde zich bij patiënte, naast vage klachten als hoofdpijn en duizeligheid, een toenemende angst voor lawaai en drukte. Terwijl zij zich meer en meer isoleerde, begon haar zontje zich afwijkend en vooral agressief te gedragen. Dit laatste was met name het geval in het eigen gezin en directe omgeving, in mindere mate op school. Het jongste dochtertje heeft na een lange periode van zindelijkheid last van enuresis nocturna. Zij vindt het erg vervelend en gedraagt zich nogal druk en nerveus. Betreffende het oudste dochtertje is er niet veel op te merken.

REDEN WAAROM DE CASUS WORDT INGEBRACHT

Na enkele contacten met patiënte – zij kwam gedurende de eerste weken van mijn co-assistentie wel driemaal per week op het spreekuur – overlegde ik met mijn gastheer over de mogelijkheid eens met patiënte te praten. Bij de daaropvolgende gesprekken en tijdens mijn bezoeken bij haar thuis, kwam bij mij een aantal vragen op. In de eerste plaats was het mij niet duidelijk hoe ik haar probleem zou moeten omschrijven en in de tweede plaats leek het mij niet eenvoudig tot een plan van behandeling te komen. Patiënte bleef klagen en bij herhaald onderzoek waren haar klachten niet te verklaren.

GESPREKKEN MET PATIËNTE

Ik heb in verschillende gesprekken met patiënte allerlei informatie vergaard. Op medisch gebied is te vermelden dat zij voor een hernia nuclei pulposi werd geopereerd. Zij is daarna nog enkele malen specialistisch onderzocht, onder meer door een neuroloog en een internist, waarbij geen afwijkingen werden gevonden. Toch verzekerde zij mij dat zij veel last had van buikpijn en zij geraakte zelfs wat opgewonden toen ik voorzichtig de mogelijkheid van nerveuze spanningen ter sprake bracht. Zij wilde daarvan niets weten en verwachtte „dat er wel weer in haar gesneden zou moeten worden”. Zij liet herhaaldelijk blijken dat zij zich de laatste tijd „afgemat en futloos” voelde. Zij maakte zich bovendien zorgen over het gedrag van haar zontje, hoewel zij zichzelf niet in staat achtte daarin verandering te brengen.

Tijdens een bezoek waarbij ik het gehele gezin aantrof, viel mij op dat haar zontje zich merkwaardig volwassen

gedroeg. Hij commandeerde als het ware zijn moeder die er kennelijk niet tegen opgewassen was. De meisjes hielden zich duidelijk op de achtergrond. Aanvallig durfde ik het overlijden van haar man, enkele jaren geleden, niet aan te roeren maar op een gegeven moment begon zij zelf over dit plotselinge overlijden van haar man. Hij was nooit ziek geweest en het had haar dan ook volkomen verrast. Zij beseft hoe zij plotseling alleen was komen te staan, maar in haar verhaal viel mij op dat zij duidelijk afstand wilde nemen van dit gebeuren voorzover het haar gezondheid betrof.

Het leek mij waarschijnlijk dat er verband bestond tussen het plotselinge overlijden van haar man en de wijze waarop en de mate waarin zij sinds die tijd allerlei klachten naar voren bracht. In de gesprekken met haar voelde ik mij niet in staat mijn denkbeelden hierover aan haar over te brengen. Zij bleef angstig en was bang ernstig ziek te worden. Zij gevoelde zich in haar huis en in de buurt wel thuis maar zij had er weinig kennissen of vrienden. Met haar familie had zij een goede verstandhouding maar zij had er niet veel contact mee, omdat alle familieleden elders in het land woonden. Ik had de indruk dat zij zich bovendien meer en meer isoleerde van de weinige contacten die zij had. Op mijn vraag of zij behalve met de huisarts en met enkele specialisten nog contact had gehad met andere hulpverleners, vertelde zij dat zij onlangs op het spreekuur was geweest van een psycholoog in verband met de problemen rond haar zontje. De huisarts had haar over deze mogelijkheid gesproken en haar naar hem verwezen.

RANGSCHIKKING VAN DE GEGEVENS EN POGING TOT PROBLEEMSTELLING

De verschillende gegevens over en de ervaringen met patiënte en haar gezin overziende, kom ik tot de conclusie dat hier mogelijk sprake is van wat men zou kunnen noemen een „uitgestelde verdrietreactie” na het plotselinge overlijden van haar man. Dit probleem doorkruist al haar pogingen weer orde op zaken te krijgen en zij wordt er meer en meer moedeloos van. Het gedrag van haar zontje en de nerveuze klachten van het jongste kind zijn misschien op te vatten als reacties op een gezinscrisis als gevolg van het verlies van man en vader.

Om mij van de juistheid van deze veronderstelling te vergewissen, heb ik mijn

zienswijze besproken met de huisarts en met de psycholoog van de Sociaal Psychiatrische Dienst waarmee patiënte contact had over haar zontje. Met mijn voorlopige probleemstelling waren beiden het eens, maar het probleem was hiermede nog niet voldoende omschreven om tot een duidelijk plan van behandeling te kunnen komen. Tijdens mijn korte stage had ik slechts de gelegenheid mij tijdelijk met deze casus bezig te houden. Mijn gedachten omtrent een verdere benadering moet ik dus baseren op deze voorlopige gegevens.

BENADERING EN PLAN VAN BEHANDELING

Ik zou op grond van mijn voorlopige probleemstelling willen voorstellen dat tijdens de contacten met de psycholoog wordt getracht de aandacht vooral op patiënte te richten. In eerste instantie lijkt zij niet erg gemotiveerd het over andere zaken dan het gedrag van haar zontje te hebben, maar het is wellicht mogelijk om langs deze weg het gehele gezin in het gesprek te betrekken.

Als het inderdaad om een onverwerkt rouwproces gaat, is er niet aan te denken hieraan eerst aandacht te besteden. De huisarts heeft het meest intensieve contact met patiënte en geniet haar vertrouwen. Het lijkt mij daarom voor de hand liggend dat huisarts en psycholoog samen de verdere begeleiding overleggen.

PROGNOSE

De prognose lijkt mij niet onverdeeld gunstig. Patiënte klaagt reeds enkele jaren en er is weinig verbetering te bespeuren. Bij haar kinderen nemen de problemen toe. Misschien gelukt het door een intensieve hulpverlening alles ten goede te doen keren.

VERSLAG VAN DE BESPREKING

Huisarts: In uw laatste opmerking suggereert u, dat bij patiënte destijds te weinig aandacht is besteed aan de mogelijk bijzondere hulp die zij nodig had bij het verwerken van het verlies van haar man?

Co-assistent: Ik denk van wel, alhoewel dat achteraf moeilijk is te beoordelen. Ik weet dat de huisarts haar destijds geregeld heeft bezocht, maar overigens heeft zij van haar naaste omgeving weinig steun en medeleven ondervonden.

Co-assistent I: Heeft zij nog contact

gehad met de pastor, de wijkverpleegkundige of met de burenen?

Co-assistent: De wijkverpleegkundige is er wel eens op bezoek geweest; ik weet niet of er noemenswaardig contact met de pastor is geweest. Met de burenen is zij goed, maar zij heeft er niet veel contact mee.

Huisarts I: Wat mij opvalt, is het begin van haar klachten. Alles is begonnen na het overlijden van haar man. Ik vraag mij af, in hoeverre de aandacht voor de somatische kant van haar klachten – hoe belangrijk ook – te zeer heeft overheerst. Misschien is daardoor haar afweer van gevoelens van verdriet versterkt.

Huisarts: Men zou in dit verband kunnen denken aan een niet-medische contra-indicatie voor een medische ingreep, in dit geval de operatie voor de hernia nuclei pulposi.

Co-assistent: Patiënte had ernstige rugklachten, niet lang na het overlijden van haar man ontstaan. Bij specialistisch onderzoek werd een hernia nuclei pulposi vastgesteld. Zij is toen vrij snel daarop geopereerd.

Huisarts: Wij beschikken over te weinig gegevens om de noodzaak tot onmiddellijke operatie in dit concrete geval kritisch te beoordelen. Laten wij aannemen dat er een stringente indicatie bestond om te opereren. Het lijkt mij dan zeer wel mogelijk dat deze ingreep op dat moment heeft bijgedragen aan een voortschrijdende fixatie aan lichamelijke klagen.

Co-assistent II: Patiënte heeft al geruime tijd, naar ik begrijp, allerlei vage lichamelijke klachten waarvoor geen organische verklaring is te vinden. Had zij niet beter eerder naar een psychiater of psycholoog kunnen worden verwezen?

Co-assistent: Ik weet niet hoe het indertijd precies is gegaan, maar ik vermoed dat zij er weinig voor zou hebben gevoeld. Misschien is zij nu wel gemotiveerd. Met haar zoontje is zij in elk geval naar een dergelijke hulpverlener gegaan.

SAMENVATTING VAN DE VERDERE DISCUSSIE

Tijdens de verdere discussie over deze casus kwam nog een aantal andere pun-

ten aan de orde zoals: de bijzondere kwetsbaarheid – óók in somatisch opzicht – van de partner bij overlijden van de ander, de bijzondere maatschappelijke problemen waarvoor een jonge weduwe zich ziet geplaatst, de gevolgen van een plotselinge onderbreking van een levensvervullende relatie, de terugval op de eigen persoonlijkheid en de isolatie die door allerlei factoren wordt versterkt, het toekomstperspectief voor de overblijvende partner, de moeilijk bespreekbare seksuele aspecten, de opvoeding van de kinderen, enzovoort.

BESCHOUWING VAN REFERENT

In een tijd waarin de boekenplank bijna bezwijkt onder het gewicht van allerlei publikaties over sterven, stervensbegeleiding, over rouwproces en hulpverlening, gebeurt het dagelijks dat mensen eenzaam sterven en anderen vereenzaamd overblijven. Iedere ervaren arts zal opmerken hoe moeilijk het blijft patiënten die in een dergelijke crisissituatie geraken, op te vangen en te begeleiden.

De oplossing van dit probleem is niet in de eerste plaats te vinden in het inschakelen van deskundige hulpverleners en is evenmin een compacte samenvatting van theorieën of resultaten van onderzoekingen. Hoe belangrijk kennis van het rouwproces voor iedere hulpverlener ook is, de mensen die het treft zullen eerst aanspraak moeten kunnen maken op wat is te omschrijven als medemenselijkheid en medeleven. Helaas is de situatie in onze maatschappij er in dit opzicht niet op vooruitgegaan.

Wat de beschreven casus betreft, valt ons bij dit gewone voorbeeld uit de praktijk op, dat duidelijk voorrang wordt gegeven aan de medische aspecten. Zonder ook maar enigszins de indruk te willen wekken dat aandacht voor de somatische kant van de zaak niet de belangrijkste taak van de huisarts zou zijn, kan men stellen dat over-accentuering van de lichamelijke aspecten risico's met zich brengt.

Geheel afgezien van de – op grond van de beschikbare gegevens onvoldoende te beoordelen – noodzaak tot operatie bij de beschreven patiënte, is in het algemeen te stellen dat een hernia nuclei pulposi zelden hoeft te worden geopereerd en dat er vrijwel nooit haast bij is.

Men zou zich kunnen voorstellen dat bij een afwegen van de indicatie tot operatie psychische of sociale aspecten een

tijdelijke of blijvende contra-indicatie kunnen vormen. In het geval van deze patiënte kan men zich – met een van de deelnemers aan de discussie – afvragen of deze operatie op dat moment inderdaad het bijzondere risico van fixatie aan een lichamenlijk klaagpatroon heeft bevorderd. Voor verwijzingen naar specialisten geldt soms hetzelfde. Bij mensen met nerveus-functionele klachten blijken al te dikwijls negatieve bevindingen van specialistische onderzoekingen weinig geruststellend op te leveren. Integendeel, het klaagpatroon wordt er niet zelden door versterkt. Onze patiënte geeft hiervoor een aanwijzing wanneer zij opmerkt „dat er wel weer gesneden zal moeten worden”.

Er is in haar misschien iets „weg te snijden”. Zij zit kennelijk met een brok onverwerkt verdriet. Dat hier sprake is van een stagnatie van het rouwproces en van een heftige afweer van gevoelens lijkt mij wel duidelijk. De belevingen ten aanzien van het voor haar belangrijkste probleem komen in het verslag van de co-assistent nauwelijks aan de oppervlakte. Dat kan ook niet anders aangezien het hier een niet zo eenvoudige casus betreft en een co-assistent als onervarene slechts korte tijd in de huisartspraktijk verkeert. Niettemin is de kern van de zaak hier dicht genaderd en met de voorlopige probleemstelling en het voorstel terzake van de verdere aanpak kan men het eens zijn.

Het plan van behandeling is niet los te maken van de pogingen meer inzicht te krijgen in de problemen van patiënte en haar gezin.

De prognose kan wellicht wat optimistischer zijn, indien de betrokken hulpverleners er in zouden slagen wat beweging in de zaak te krijgen. Hopelijk gelukt het om patiënte inzicht te doen verkrijgen in haar werkelijke probleem en om dit voor haar bespreekbaar te maken. Het klaaggedrag van patiënte heeft een functie. Het houdt haar – hoe paradoxaal dat ook moge klinken – op de been. Het blokkeert echter eveneens de voortgang van het rouwproces en een geleidelijke maar bevrijdende verwerking van het ernstige verlies dat haar en haar gezin heeft getroffen.