

Preventie van somatische fixatie IV*

Een signaleringssysteem

R. GROL***, J. VAN EIJK**, F. HUYGEN, G. VAN MIERLO***,
H. MOKKINK*** EN A. SMITS***

In de drie vorige artikelen (*Huygen; Smits en anderen; Grol en anderen*) is beschreven welke factoren een bijdrage kunnen leveren aan het proces, waarin patiënten steeds de aandacht vestigen op de somatische kant van aan den lijve ervaren psychosociale problemen en waarbij het contact met de arts benut wordt om deze niet-medische problemen op te lossen of uit de weg te gaan (het proces van somatische fixatie). Tevens hebben wij gezien wat de huisarts van somatische fixatie kan waarnemen en welke rol hij zelf in de bevordering daarvan kan spelen.

In dit artikel wordt nader ingegaan op een van de mogelijkheden om somatische fixatie te voorkomen of althans niet te bevorderen: de huisarts kan al in een vroeg stadium signaleren, dat bepaalde patiënten in het medische kanaal dreigen vast te lopen. Als hulpmiddel hierbij kan hij een „signaleringssysteem” gebruiken; niet een nieuw soort anamnese, maar een systematisch kijken naar de patiënt aan de hand van allerlei signalen.

Voor het signaleren van somatische fixatie is ten eerste inzicht in dit proces noodzakelijk. Het heeft weinig zin een lijst van honderden signalen te kennen; de arts moet kunnen beschikken over een theoretisch kader, waarbinnen hij alle mogelijke signalen kan plaatsen.

Een tweede vereiste is het vermogen, het proces van somatische fixatie ook waar te nemen. De arts kan zeer veel waarnemen (op het spreekuur, tijdens visites), maar is zich zelden bewust van de waarde van de signalen die hij opvangt. Het heeft daarom zin systematisch naar de patiënt te kijken. Op welke wijze de arts dat kan doen, is schematisch weergegeven (*Schema*).

Wij gaan uit van het moment, waarop een patiënt bij zijn huisarts komt met een klacht. De huisarts zal zich afvragen, waarom deze patiënt juist op dit moment bij hem komt met deze klacht. Kort daarop kan hij voor de beslissing komen te staan, of exclusief medische aandacht in dit geval voldoende is of niet, of misschien

zelfs schadelijk. Om deze beslissing te kunnen nemen moet hij over voldoende informatie beschikken.

De benodigde informatie krijgt de arts echter zelden rechtstreeks; veel moet afgeleid worden uit allerlei omstandigheden bij de actuele klacht (signalen) en uit hetgeen de arts uit vorige contacten over zijn patiënt bekend is. De signalen kunnen onderscheiden worden in twee categorieën: signalen die aangeven, dat er meer aan de hand zou kunnen zijn dan alleen de klacht, waarmee de patiënt komt; en signalen die een indicatie vormen voor

wat er werkelijk aan de hand zou kunnen zijn.

Signalen dat er meer aan de hand zou kunnen zijn

De informatie, op grond waarvan de huisarts kan besluiten zich niet te beperken tot de actuele klacht van de patiënt, kan worden onderverdeeld in informatie afgeleid uit de actuele klacht en informatie uit de huisarts-patiënt-communicatie.

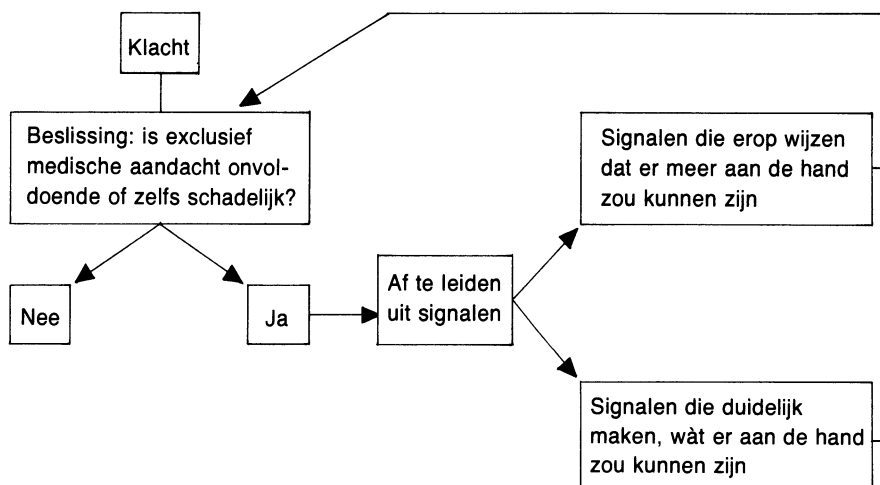
Informatie afgeleid uit de actuele klacht

De klacht zelf kan de huisarts verschillende aanknopingspunten geven: De aard van de klacht, de plaats van de klacht in het klachtenpatroon, en de symbolische betekenis van de klacht.

1. *De aard van de klacht.* Vooral vage en niet eenduidige klachten kunnen signaalwaarde hebben. Bij moeheid, lusteloosheid, hoofdpijnen, oorsuizingen, slape-loosheid, nervositeit, hartkloppingen, vage rug- en spierpijnen, vage maagklachten, buikpijnen en dergelijke weet de huisarts al bij voorbaat, dat hij weinig kans heeft een (ernstige) organische ziekte te vinden (zie bijvoorbeeld *Hodgkin*, pagina 18). Kenmerkend is ook dat er niet één klacht is, maar een veelheid van verschillende klachten. Ook seksuele problemen en leer-, eet-, slaap- en gedragsstoornissen bij kinderen behoren tot deze groep klachten.

Bij al deze klachten loopt de patiënt het risico van somatische fixatie. Dit risico wordt vergroot, indien de huisarts een uitsluitend medisch etiket op zijn klachten plakt, vooral wanneer verder onderzoek nodig is om het bestaan van een ernstige aandoening uit te sluiten. In nog sterkere mate geldt dit wanneer patiënten met dergelijke klachten verwezen worden voor

Schema. Signaleringsproces.



*Een serie artikelen onder redactie van Prof. Dr. F. J. A. Huygen, directeur Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

**Wetenschappelijk medewerker, projectleider van het onderzoek

***Wetenschappelijke medewerkers van de sectie onderzoek van het N.U.H.I.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidie van het Praeventiefonds

nader specialistisch onderzoek. Er is dan een grote kans, dat eventuele achterliggende problematiek geheel en al aan de aandacht ontsnapt.

2. De plaats van de klacht in het klachtenpatroon: de klacht tegen de achtergrond van de ziektegeschiedenis van de patiënt. De huisarts kan moeilijk afgaan op één signaal om een risico te bepalen; meestal is het een complex van signalen, dat tot een beslissing leidt. Goed signaleren is bovendien slechts zelden mogelijk op één spreekuur-contact; vaak zijn verscheidene contacten over een lange periode noodzakelijk. Daarom kan het zeer waardevol zijn als de huisarts contacten met signaalwaarde als zodanig registreert; hij kan dan in één oogopslag zien hoe het klachtenpatroon van de patiënt eruit ziet. Hij kan bijvoorbeeld uit de volgende signalen concluderen, dat hij zich niet moet beperken tot de klacht waarmee de patiënt komt:

- de patiënt neemt een aantal malen zelf het initiatief tot herhalingsconsulten, dus zonder dat de huisarts deze nodig vond;
- het tijdstip waarop hulp wordt ingeroepen valt op: in het weekend, 's avonds, 's nachts;
- er is een grote wisseling van klachten binnen een relatief kort tijdsbestek;
- binnen een korte periode vinden verschillende verwijzingen plaats (de patiënt lijkt een beroep op de huisarts te doen, hem in het medische kanaal te houden);
- er doet zich een plotselinge wisseling voor in het klachtenpatroon en/of de bezoekfrequentie (bijvoorbeeld iemand die nooit komt, komt nu een aantal malen achtereenvolgend);
- klachten blijken therapie-resistent (bijvoorbeeld hoofd- en spierpijnen reageren niet op pijnstillers);
- de patiënt (of zijn gezin) heeft veel traumata achtereenvolgend;
- ook de hoeveelheid geregistreerde gegevens van de patiënt en zijn gezin vormen dikwijls een goede indicatie.

3. De symbolische betekenis van de klacht. Het spraakgebruik duidt reeds aan, dat allerlei psychische en sociale problemen als lichamelijke sensaties kunnen worden omschreven („ik krijg geen hap door mijn keel”, „die ruzie ligt me zwaar op de maag”). Zo kan men op het spreekuur klachten horen, die als symbolen kunnen worden geïnterpreteerd, zeker wanneer een lichamelijke oorzaak niet kan worden aangetoond. Soms is de eventuele symbolische betekenis van de klacht zelfs overduidelijk. Voorbeelden zijn: slecht kunnen zien of horen (zich afsluiten voor problemen), pijn

in de rug (een last niet kunnen dragen), slikklachten, globus-gevoelens (iets niet kunnen verwerken) enzovoort.

Dergelijke klachten met symboolwaarde houden een gevaar in voor somatische fixatie, als de arts geen oorzaak kan vinden, geen verband legt met niet-lichamelijke factoren, maar wel een symptomatische (medicamenteuze) therapie geeft, waardoor bij de patiënt het idee wordt versterkt, dat er iets lichamenlijk aan de hand moet zijn.

Informatie uit de huisarts-patiëntcommunicatie

Behalve de actuele klacht zelf kan ook het verloop van de communicatie tussen huisarts en patiënt de nodige informatie opleveren. Terwille van de overzichtelijkheid maken wij onderscheid tussen de wijze van presentatie van de klacht en pogingen, de arts direct te beïnvloeden. In de praktijk valt hier natuurlijk vaak geen scherpe scheidslijn te trekken.

1. De wijze van presentatie van de klacht.

De manier waarop de patiënt zijn klacht naar voren brengt kan een signaal-functie hebben:

- de onzekere presentatie; de patiënt slaagt er niet in de klachten zo duidelijk te omschrijven, dat zij richting kunnen geven aan het handelen van de arts;
- de geremde, gesloten, verlegen presentatie (bijvoorbeeld de patiënt durft de arts niet aan te kijken); misschien durft de patiënt iets niet te vertellen; het kan zijn dat hij gewoon verlegen is, maar mogelijk ook probeert hij te zeggen „ik ben zo hulpeloos, help me”;
- de agressieve, agerende presentatie; de patiënt eist bijvoorbeeld duidelijkheid in een onduidelijke situatie, de patiënt lokt een conflict uit;
- de patiënt gedraagt zich anders dan anders; een energieke man zit er bijvoorbeeld apathisch bij;
- de klacht is in strijd met het feitelijk gedrag; de patiënt loopt als een kievit, terwijl hij klaagt over pijn in de benen;
- de patiënt komt met klachten naar aanleiding van iets dat hij heeft gelezen of op de televisie heeft gezien of na een ziekte in zijn omgeving;
- de patiënt heeft een lange inleiding nodig alvorens terzake te komen;
- de patiënt komt met klachten waarvan hij zegt, dat hij ze al jaren heeft;
- het „deurknop-fenomeen”; de patiënt komt bij het afsluiten van het contact met nog een probleem. Dit kan een signaal zijn dat de patiënt het onderwerp moeilijk ter sprake kan brengen, of dat de huisarts zelf niet open genoeg is geweest. De patiënt stelt de arts op zo'n moment ook

op de proef: is hij bereid, meer tijd en aandacht beschikbaar te stellen, of maakt hij er zich vanaf?

2. Pogingen de arts direct te beïnvloeden. Ook wanneer de patiënt pressie op de arts probeert uit te oefenen, kan de laatste dit als een signaal onderkennen. Wij kunnen verschillende vormen van pressie onderscheiden: pressie om een bepaald etiket te krijgen, pressie om de arts in te sluiten, en pressie om de arts uit te sluiten.

A. Pressie om een bepaald etiket te krijgen; de arts moet het oordeel van de patiënt („ik ben ziek”, „ik moet ontzien worden”) bevestigen. Signalen hierbij zijn:

- teleurstelling omdat er geen organische afwijking wordt gevonden;
- overdreven uiten van de klacht, dramatiseren;
- sterk aandringen op verwijzing, terwijl daar medisch gezien geen reden toe is;
- beginnen met het bij voorbaat ontkennen van problemen;
- ontkennen van problemen, terwijl overduidelijk is dat die er zijn moeten;
- aandringen op een visite, terwijl de medische noodzaak daartoe ontbreekt;
- het opdringen aan de arts van een overdreven belangrijke rol, het overschatten van diens mogelijkheden; het komt voor, dat de patiënt zelfs ronduit eist, dat hij genezen wordt. Overigens zal de arts in zulke gevallen vaak reageren met irritatie; hij zal zich dan van deze irritatie bewust moeten zijn.

Meer in het algemeen kan naar aanleiding van dit laatste punt opgemerkt worden, dat irritatie kan worden opgeroepen door allerlei verschijnselen; niet alleen factoren uit de beroeps- en uit de privésfeer spelen hierbij een rol, maar ook het geheel van waarde- en vooroordelen van de arts. Zo zal een autoritaire arts zich door een mondige patiënt relatief snel onder druk gezet en geïrriteerd voelen. Ook kan de arts zijn weerstand tegen het erkennen van eigen falen vaak gemakkelijk interpreteren als onwil en manipulatie van de kant van de patiënt.

B. Pressie om de arts in te sluiten; de patiënt oefent druk uit op de arts om samen met hem een coalitie te vormen tegen derden, of de omgeving van de patiënt tracht de arts als „bondgenoot” te winnen. Signalen hiervoor zijn onder andere:

- de patiënt verzoekt de arts niets te zeggen tegen zijn gezinsleden (dit kan iets zeggen over de openheid binnen het gezin);
- de patiënt doet een beroep op de arts

om iemand anders te beïnvloeden („Dokter, zegt u eens tegen mijn man dat hij niet zoveel moet drinken.”);

- iemand anders stuurt een brief of belt op om vooraf inlichtingen te geven over een patiënt;
- anderen uit het gezin willen voor of na de visite iets tegen de arts zeggen wat de patiënt niet mag horen;
- de klacht wordt gebruikt in de relatie met andere mensen, bijvoorbeeld om zich te onttrekken aan bepaalde verantwoordelijkheden of plichten (ziektewinst).

C. Pressie om de arts uit te sluiten; de patiënt en diens omgeving gedragen zich zodanig, dat de arts buiten spel gezet wordt, bijvoorbeeld:

- het gezin trekt zich niets aan van adviezen ten aanzien van een van de gezinsleden;
- de patiënt houdt zich niet aan afspraken of komt plotseling niet meer, terwijl dat op grond van vorige contacten wel voor de hand zou liggen (bijvoorbeeld, omdat de arts gesuggereerd heeft dat er psychosociale problemen achter de klacht zouden kunnen zitten).

Signalen die aangeven wát er aan de hand zou kunnen zijn

Wanneer de huisarts een of meer van de in het voorafgaande genoemde signalen heeft opgevangen, kan hij concluderen, dat exclusief medische aandacht onvoldoende of zelfs schadelijk zou kunnen zijn. Hij weet nu, dat er meer aan de hand kan zijn dan alleen de actuele klacht en hij zal proberen uit te vinden wat de betekenis van die klacht is. Daarvoor heeft hij achtergrondgegevens nodig. Vaak weet hij al veel van zijn patiënt; nadere informatie kan hij tactisch, stap voor stap trachten te verzamelen. Zowel objectieve als subjectieve achtergrondgegevens zijn hierbij van belang.

Objectieve gegevens

Waarneembare omstandigheden, die mogelijk invloed uitoefenen op het ziektegedrag van de patiënt en een belasting kunnen vormen voor hem en zijn gezin, zijn als volgt te rubriceren:

1. *Historische gebeurtenissen*; in deze gebeurtenissen komt geen verandering meer, maar zij kunnen wel van invloed zijn op het huidige gedrag van de patiënt. Men denke hierbij aan crisisperiodes uit het verleden (concentratiekamp, vroeg wees geworden), chronische ziekten van de ouders (mogelijke somatische fixatie in een vorige generatie) enzovoort.

2. *Gezinssamenstelling van de patiënt*; hoe groot is het gezin, is het volledig, is de patiënt gescheiden, kinderloos?

3. *Het leefmilieu van de patiënt*. Hoe is de woonsituatie, de hygiënische toestand, hebben de gezinsleden een eigen kamer? Hoe is de buurt, zijn er voldoende ondersteunende contacten, met wie zijn er conflicten, staat de patiënt alleen? Hoe zijn de contacten met familieleden, vrienden en kennissen? Hoe is de werksituatie van man/vrouw, werken beiden, zijn er onregelmatige diensten, levert het werk stress op?

4. *Huidige crisisperiodes*. Crises zijn alle periodes in het leven, waarin zwaardere of andere eisen dan gewoonlijk worden gesteld aan het aanpassingsvermogen van het individu. Vele van deze crises behoren tot het normale leven, met name de crisissituaties die samenhangen met de ontwikkelingsfasen van de mens. Zij kunnen een stimulans vormen tot verdere groei en ontwikkeling, mits zij goed worden doorgemaakt. Voorbeelden zijn de puberteit, de geboorte van het eerste kind, het verlaten van het huis van het laatste kind, pensionering. Ingrijpend zijn vaak crises na meer onverwachte gebeurtenissen, zoals het overlijden van de partner of een kind, een ernstig ongeluk of invaliditeit van een gezinslid, de geboorte van een geestelijk gehandicapt kind, overspel van de echtgenoot, echtscheiding, werkeloosheid, W.A.O., enzovoort.

Subjectieve gegevens

Het betreft hier geen harde feiten, maar het oordeel van de arts over hetgeen de patiënt en zijn gezin aankunnen, hun vermogen om zelfstandig problemen op te lossen. Ook hierbij moet de huisarts grotendeels afgaan op indirecte informatie via signalen die hij in het verleden heeft opgevangen.

Wij zullen dit bespreken aan de hand van vier voor somatische fixatie relevante signaleringsgebieden:

reacties op crises en overgangsfasen; functioneren van het gezin; gezin en sociale omgeving; omgang met ziekte en gezondheid in het algemeen.

1. *Reacties op crises en overgangsfasen*. Op grond van vroegere ervaringen met de patiënt en zijn gezin kan de huisarts zich een indruk vormen van hun aanpassingsvermogen. Mensen kunnen op verschillende manieren reageren op gebeurtenissen die een inbreuk maken op de normale gang van zaken. Zij kunnen

hun gedrag aan de veranderde omstandigheden aanpassen, waardoor mogelijke spanningen worden opgeheven of voorkomen; zij kunnen ook reageren met een weigering of ontkenning van de noodzaak tot aanpassing. Dit laatste kan spanningen veroorzaken, omdat het vertoonde gedrag niet voldoet aan de veranderde eisen.

Een dergelijk spanningsveld is volgens de theorie van de somatische fixatie en blijkens de dagelijkse ervaring een bron van klachten en aandoeningen. Signalen die kunnen wijzen op zo'n moeilijke aanpassing aan gewijzigde omstandigheden zijn bijvoorbeeld:

- veranderingen in het klachtenpatroon na verhuizing, huwelijk, bij de geboorte van een kind en bij de overige ontwikkelingsfasen van een gezin (kinderen voor het eerst naar school enzovoort);
- het ontbreken van zelfs minimaal inzicht in de problematiek (alles gaat altijd goed, er zijn nooit conflicten), het continu aanwijzen van derden als oorzaak van de huidige moeilijkheden, het steeds teruggrijpen op onherstelbare gebeurtenissen in het verleden;
- inschakeling van de autoriteit van de arts om problemen op te lossen (briefje van de dokter om ziekteverzuim te rechtvaardigen, om een ander huis of gezinshulp te krijgen);
- plotselinge veranderingen in gedrag en/of uiterlijk (een vrouw, die er altijd goed verzorgd uitziet, vertoont plotseling een zeer slordig uiterlijk);
- vaak verhuizen zonder duidelijke reden (vluchtgedrag?).

2. *Functioneren van het gezin*. Het gezin kan een belangrijke steun zijn bij het oplossen van problemen, het kan ook een voortdurende bron van spanning vormen, wanneer de gezinsleden onvoldoende kunnen voorzien in hun behoeften aan zekerheid, geborgenheid en acceptatie enerzijds en onafhankelijkheid en privacy anderzijds. Op dit terrein kan de huisarts signalen opvangen, die een indicatie vormen voor de steun of bedreiging, die de gezinsleden voor elkaar kunnen betekenen. Signalen op dit gebied zijn:

- het gezin wordt afgeschilderd als ideaal, er zijn nooit problemen (die worden dan waarschijnlijk uit de weg gegaan);
- in het gezin bestaat onvoldoende individuele vrijheid, de gezinsleden spreken voor elkaar, bemoeien zich voortdurend met elkaar, vertonen een overdreven bezorgdheid voor een ziek gezinslid; de ouders willen alles regelen voor de kinderen (bijvoorbeeld de moeder komt de pil vragen voor haar dochter), er is onvoldoende scheiding van privéleven en werk (bijvoorbeeld het hele gezin werkt

samen in een familiebedrijf) enzovoort;

- het gezin, dat onvoldoende steun biedt: verregaande onverschilligheid jegens een ziek gezinslid, vader verkeert ook in zijn vrije tijd meestal buitenshuis;
- het gezin, waarin kinderen een probleem vormen: een buitenbeentje (zondebok, heilig boontje), continu aandacht vragend gedrag van de kinderen, inconsequente gezagsuitoefening door de ouders; de ouders zijn niet opgewassen tegen de problemen, die kinderen oproepen (verwennen); meningsverschillen tussen de ouders met betrekking tot de opvoeding;
- gezinsleden doen pogingen de arts bondgenoot te maken tegenover andere gezinsleden.

3. *Gezin en sociale omgeving.* Hoe gaan de patiënt en zijn gezin om met de buitenwereld, zoals familie, buurt, vereniging, kennissen, collega's? Hiervoor geldt in principe hetzelfde als ten aanzien van het functioneren van het gezin is gesteld, met dit verschil, dat men zich gemakkelijker aan de invloeden van de omgeving kan onttrekken dan aan die van het gezin. Ook hier kan de arts zich afvragen, in hoeverre de omgeving fungeert als steun of als bron van spanning. Signalen zijn:

- isolement: het gezin heeft geen contacten met mensen in de directe omgeving, men sluit zich openlijk af (dikke gordijnen, geheel afgesloten tuin); er zijn geen of weinig contacten met kinderen in de buurt, de kinderen spelen altijd thuis; vaak en snel conflicten met de familie, met burens enzovoort;

- het gezin laat zich leven; er is een grote afhankelijkheid van burens of (schoon-)familie, er zijn inwonende ouders, doktersbezoek vindt op aandringen van de familie plaats, getrouwde broers en zusters overlopen elkaar en hun ouders.

Binnen de sociale omgeving nemen werk en school een zeer speciale plaats in. Hier kunnen zowel de te verrichten taken, de sociale contacten, als de sociale structuur spanningen oproepen. Signalen hiervoor zijn:

- veelvuldige verandering van werkkring (twaalf ambachten, dertien ongelukken);

- verandering van klachtenpatroon na verandering van werk of na promotie c.q. degradatie; overbelasting door te zwaar werk of te veel overwerk;

- patiënt stelt nadrukkelijk, wel aan het werk te willen, maar niet te kunnen wegens niet objectieveerbare klachten;

- verandering van klachtenpatroon in verband met structurele invloeden op de werksituatie (bedrijfsfusie, fusie, inkringing, overplaatsing);

- kinderen gaan klachten presenteren

tijdens proefwerkperiodes, bij verandering van school en klas;

- een kind heeft geen vriendjes.

4. *Omgang met ziekte en gezondheid in het algemeen.* Ook klachten en ziekte kunnen een bron van spanning vormen (wat is het, is het erg, hoe lang zit ik ermee, wat zijn de gevolgen?). Daarnaast hebben klachten en aandoeningen soms veranderingen in de omgang met elkaar tot gevolg; de beperkingen, die zij met zich kunnen brengen, kunnen worden geaccepteerd, ontkend of overdreven. De gewijzigde situatie kan ook ongewilde voordelen opleveren, zoals een vermindering van de verantwoordelijkheid, extra verzorging en aandacht, een excuus voor het uitblijven van verwachte prestaties, of uitstel van conflicten. Deze onbedoelde voordelen (secundaire ziekte winst) kunnen het uiten van klachten in de toekomst gaan bevorderen.

De omgeving kan een belangrijke rol spelen bij de omgang met de ziekte en de beperkingen die deze met zich brengt: het kan voor de omgeving in bepaalde gevallen voordelen opleveren als een gezinslid ziek is, omdat de aandacht dan niet op andere problemen hoeft te worden gericht. Ook bagatellisering en overdrijving kunnen een verhoging van de spanning veroorzaken. Signalen dat de omgang met ziekte en gezondheid inadequaats is, zijn bijvoorbeeld:

- het steeds weer presenteren van allerlei vage of onschuldige klachten (ongerustheid dat er iets ernstigs aan de hand kan zijn, onzekerheid om er zelf iets aan te doen, druk van de omgeving ernaar te laten kijken);

- de patiënt roept telkens de hulp van de weekenddienst in of gaat direct naar de eerste hulp; de patiënt alarmeert bij traumata verschillende instanties, zonder dat dit noodzakelijk is;

- de patiënt toont zich zeer afhankelijk van de arts, komt voor elk wisselend vraagstuk zeer gedetailleerde voorschriften, raadpleegt frequent een medische encyclopedie;

- de patiënt heeft te hoog gespannen verwachtingen van medisch kennen en kunnen; naar zijn mening kan de dokter alles, is er voor elke kwaal een pilletje of een behandeling en is er altijd een oorzaak te vinden, die de dokter kan verhelpen;

- de patiënt slaat gegeven adviezen in de wind, gebruikt zijn medicijnen niet volgens voorschrift, past zelfmedicatie toe naast of in plaats van de voorgeschreven medicijnen, dwingt verwijzingen af;

- het klachtenpatroon verandert na ziekte of sterfgeval in de omgeving of naar aan-

leiding van artikelen in tijdschriften of televisieprogramma's;

- er bestaat een overmatige betrokkenheid bij ziekte van een gezinslid, de normale gang van zaken in het gezin wordt volledig verstoord; er is juist een overmatige onverschilligheid jegens zieke en ziekte;

- het hele gezin zit in paniek te wachten op de dokter en is duidelijk opgelucht wanneer deze er is (zo, nu kan er niets meer gebeuren);

- kinderen reageren extreem angstig en afwerend bij onderzoek;

- de patiënt blijft doordrammen over ziekteperiodes uit het verleden van zichzelf of van anderen.

Juist op dit terrein, het omgaan met ziekte en gezondheidsstoornissen kan de huisarts een belangrijke invloed uitoefenen.

Besluit

In dit artikel is beschreven hoe de huisarts kan signaleren, welke patiënt het risico loopt, somatisch gefixeerd te raken en op wat voor signalen hij daarbij kan letten.

Elk signaal biedt mogelijkheden tot terugkoppeling naar de patiënt.

Een signaal kan de huisarts dichterbij de spanningsbron brengen en zo een probleemgerichte aanpak mogelijk maken. Door op signalen te letten zal de huisarts zich meer bewust zijn van mogelijke schadelijke consequenties van zijn medisch handelen.

Wij hebben niet zozeer een complete lijst willen bieden van mogelijke signalen, als wel een hulpmiddel om de huisarts meer gevoelig te maken voor de betekenis van klachten van patiënten in de relatie tot hun omgeving. Soms zal de huisarts aan zulke signalen een bepaalde activiteit moeten koppelen, zoals het bespreken van de signalen om daardoor nieuwe informatie te verzamelen en na te gaan, of er inderdaad meer aan de hand is dan alleen de gepresenteerde klacht.

In het volgende en laatste artikel zullen wij nader ingaan op de vraag, wat de huisarts nu eigenlijk kan doen met die signalen; hoe hij ze functioneel kan maken in zijn relatie met de patiënt en hoe hij duidelijk kan maken, waar de grenzen van de huisarts liggen en waar de verantwoordelijkheid van de patiënt begint.

Samenvatting. In dit vierde artikel wordt nagegaan hoe de huisarts in een vroeg stadium kan signaleren, dat een bepaalde patiënt in het medische kanaal dreigt vast te lopen. Hiervoor wordt een „signaleringsstelsel” voorgesteld, een systematische wijze van observeren van de patiënt aan de hand van signalen omtrent de aard van de klacht, het klachtenpa-

Uniforme verloskundige verslaglegging startklaar

Twee jaar geleden werd de Commissie Zwangerschapskaart geïnstalleerd ter voorbereiding van een uniforme verloskundige verslaglegging. Met ingang van 1 januari 1979 zal deze uit twee delen bestaande verslaggeving door alle vroedvrouwen, obstetrici en huisartsen in ons land in gebruik worden genomen. Dr. J. H. J. Meuwissen, secretaris van de Commissie Zwangerschapskaart brengt verslag uit over het door de commissie verrichte werk.

troon, de presentatie van de klacht, de interactie tussen huisarts en patiënt, achtergrondgegevens over de sociale situatie van de patiënt enzovoort.

Met behulp van dit signaleringssysteem kan de huisarts wellicht meer zicht krijgen op de diepere betekenis van allerlei klachten en zo dit inzicht gebruiken in zijn hulpverlening.

Summary. Prevention of somatic fixation IV. This fourth article considers how the general practitioner can detect in an early stage that certain patients are likely to bog down in the medical channel. For this purpose a „signalization system” is proposed: a systematic way of observing patients on the basis of signals (concerning the type of symptoms, the symptom pattern, the presentation of symptoms, the interaction between family doctor and patient, etc.). With the aid of this signalization system the general practitioner can perhaps gain a more profound understanding of the broader significance of various requests for help, and use this understanding in extending help.

Grol, R., J. van Eijk, F. Huygen, G. van Mierlo, H. Mokkink en A. Smits. (1978) huisarts en wetenschap 21, 402.

Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. Churchill Livingstone, Edinburgh & Londen, 1973.

Huygen, F. J. A. (1978) huisarts en wetenschap 21, 363.

Smits, A., J. van Eijk, R. Grol, F. Huygen, G. Mierlo en H. Mokkink. (1978) huisarts en wetenschap 21, 366.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid gaf onlangs in het „Advies inzake de verstreking van verloskundige zorg” een aanbeveling om tot een nadere structurering van het samenwerkingsverband tussen verloskundige, huisarts en specialist te komen. Van Alten publiceerde in (1978) Medisch Contact 33, 845 een artikel over regionalisatie van de verloskundige zorg, waarin hij aangaf hoe de gedachten over de structurering van de samenwerking zich thans ontwikkelen. Men mag verwachten dat de beroepsverenigingen van verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen zullen trachten tot een goede vorm te komen voor een „Verloskundig Centrum” (een organisatie waar perinatale zorg wordt bedreven in een gereguleerd samenwerkingsverband van vroedvrouwen, huisartsen, obstetrici en pediaters).*

Verloskundig samenwerken in teamverband betekent dat verschillende verleners van verloskundige diensten zich met de zwangerschap, bevalling en kraambed van één vrouw bemoeien. In medisch technisch opzicht is werken in teamverband ongetwijfeld een vooruitgang. De risico's op het vlak van intermenselijke relaties en verantwoordelijkheden kunnen echter zo groot worden

* In een door de redactiecommissie van huisarts en wetenschap ontvangen afschrift van een brief van 12 oktober 1978 van Mevrouw Mr. J. de Haas-van Dooren, algemeen secretaris van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, gericht aan de secretaris van de Commissie Zwangerschapskaart wordt het volgende in de herinnering geroepen.

„De Organisatie van Verloskundigen handhaaft haar standpunt, dat het enigszins prematuur is om bij de introductie van de uniforme verloskundige verslaglegging zozeer de nadruk te leggen op een samenwerkingsverband tussen verloskundigen, huisarts en specialist, als in de door u aangeboden tekst is gedaan. De NOV is van mening, dat in het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid verschillende mogelijkheden worden opengelaten en dat nog veel overleg nodig zal zijn voor een voor alle partijen bevredigende oplossing gevonden zal worden.”

dat de nadelen groter zijn dan de voordelen. Alleen als de onderlinge communicatie tussen degenen die zich met de verloskundige zorg bezighouden erg goed is, kan werken in teamverband de „patiënt” ten goede komen. Als men de teamgedachte wil stimuleren kan men niet volstaan met het veronderstellen van goede wil, maar dient men te zorgen voor een systeem dat goed functioneren van het team mogelijk maakt. Een belangrijk onderdeel in een dergelijk systeem is de manier waarop gegevens betreffende anamnese en onderzoeken in de verloskundige periode worden vastgelegd.

Ter voorbereiding van een uniforme verloskundige verslaggeving in ons land werd twee jaar geleden de zogenaamde „Commissie Zwangerschapskaart” in het leven geroepen, bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde en Gynaecologie, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen. De overheid was in deze commissie vertegenwoordigd door de Inspecteur Moederschapzorg. Niet alle eisen waaraan een uniforme verslaggeving idealiter zou moeten voldoen, bleken haalbaar. Ideaal is dat systeem waarbij zowel huisarts, verloskundige als obstetricus tijdens de zwangerschap continu beschikt over alle gegevens van de betreffende graviditeit. In feite bleek een keuze nodig tussen twee mogelijkheden: de zwangerschapskaart uitvoeren in een doordrukstelsel (iedere onderzoeker heeft een eigen copie) of de zwangerschapskaart meegeven aan de zwangeren, respectievelijk verzenden via de post.

Niet iedereen vond het ter hand stellen van verloskundige gegevens aan de zwangere acceptabel: de kaart kan op velerlei wijze zoek of beschadigd raken en de zwangere kan de genoteerde gegevens inzien en gaan interpreteren