

Preventie van somatische fixatie I

De geschiedenis van een onderzoekproject

PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

In de loop van de komende maanden zal in dit tijdschrift een aantal artikelen verschijnen over Preventie van somatische fixatie. Men zal zich wellicht afvragen wat met deze term precies wordt bedoeld en waarom hierover een serie artikelen werd geschreven. In deze inleiding wordt getracht dit uiteen te zetten aan de hand van de geschiedenis van het project waaruit deze artikelen zijn voortgekomen.

Ziekte in de bevolking

Het is algemeen bekend dat het beroep dat door de bevolking op de gezondheidszorg wordt gedaan in de loop van de laatste decennia sterk is toegenomen. Iedere oudere huisarts heeft dit aan den lijve ervaren. In mijn eigen praktijk heb ik kunnen aantonen hoe in de loop van vijftientwintig jaar het aantal gezondheidsstoornissen waarvoor mijn hulp werd ingeroepen in alle onderzochte leeftijds- en geslachts-categorieën nagenoeg verdubbelde (figuur 1 en 2). Ook statistieken van ziekenfondsen en ziekenhuizen, van bedrijfsverenigingen en organen voor de uitvoering van de sociale wetten spreken in deze een zeer duidelijke taal (figuur 3). De gezondheidszorg eist een onrustbarend snel toenemend percentage van het nationale budget op. Velen, met name overheidsfunctionarissen, vragen zich af hoe deze toeneming zou kunnen worden gered.

Er is des te meer reden om in deze over preventie te denken, omdat het allesbehalve zeker is dat de toenemende geneeskundige bemoeienissen leiden tot een verbetering van de gezondheidstoestand en het welzijn van de bevolking. Er rijzen alom vragen over de adequaatheid van onze gangbare hulpverlening en over onze prioriteitenstelling. Men denke bijvoorbeeld aan de grote opgang van het boek van Illich, waarin ernstige kritiek op de huidige technische gezondheidszorg wordt geleverd. Ook deskundigen als de directeur van de World Health Organization, Mahler, en Mc. Keown zijn het erover eens dat de grote dalingen in sterftecijfers

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidie van het Praeventiefonds.

en de echte verbeteringen in de gezondheidstoestand van de volkeren veel meer aan sociale vooruitgang dan aan de geneeskunde moeten worden toegeschreven.

Ten onzent brak Van Es een lans voor de preventie van de patiëntenrol, waarbij hij juist aan de huisarts een belangrijke taak toekende. Vele mensen, die in de kanalen van de gezondheidszorg terechtkomen voor onderzoek ter uitsluiting van ernstige ziekte of voor klachten en stoornissen die een heel andere, niet lichamelijke achtergrond hebben, blijven onnodig lang in deze kanalen hangen en worden zo tot „patiënt” gemaakt.

Nu weet iedere huisarts dat de klachten en

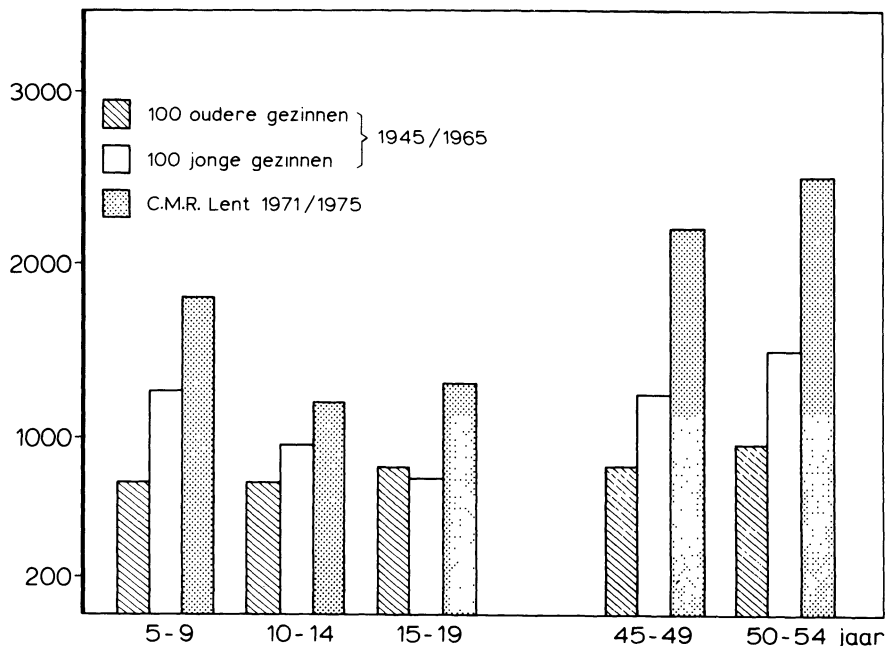
ziekteverschijnselen waarvoor zijn hulp wordt ingeroepen niet gelijkmatig over de bevolking verdeeld zijn. Sommige mensen blijken zijn hulp vaak en anderen slechts zelden nodig te hebben. In verschillende onderzoeken verricht door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is gebleken dat deze verschillen tussen mensen in de loop van de jaren betrekkelijk constant zijn. Door longitudinale onderzoeken, waarover ik onlangs een boek publiceerde (Huygen), werd aangetoond dat het gezin hierbij een zeer belangrijke rol vervult. Tussen ouders onderling, maar vooral tussen ouders en kinderen, zijn er duidelijke correlaties aantoonbaar in de frequentie waarmee ziekte aan de arts wordt gepresenteerd.

Bovendien bleek er in ziektepresentatie sprake te zijn van een zeer sterke constantheid per gezin: gezinnen die in het begin vaker patiënten hadden dan andere bleken dit kenmerk vijftien tot twintig jaar later nog steeds te vertonen, terwijl hetzelfde gold voor gezinnen die slechts weinig medische hulp inriepen. Deze constantheid bleek niet te kunnen worden verklaard door de aan- of afwezigheid van chronische ziekten of kwalen. Onze gegevens wijzen erop dat binnen de gezins-eenheid instellingen en gedragingen ten opzichte van ziekte van de ene generatie op de andere worden doorgegeven.

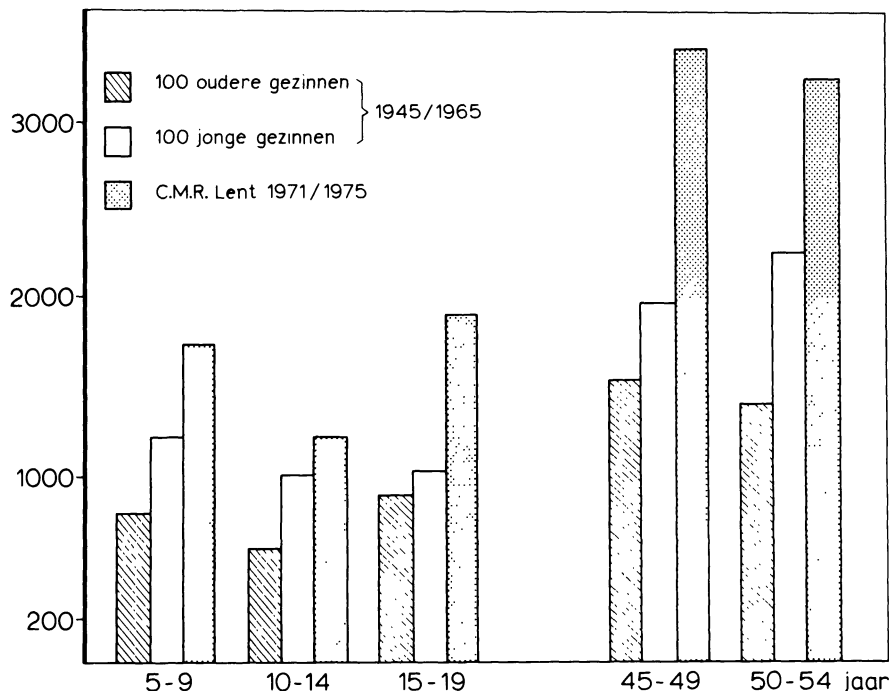
De geboorte van het onderzoekplan

Terwijl wij met deze onderzoeken bezig waren had ik in 1972 een gesprek met Dr. P. van Loon, hoofd lange termijnplanning

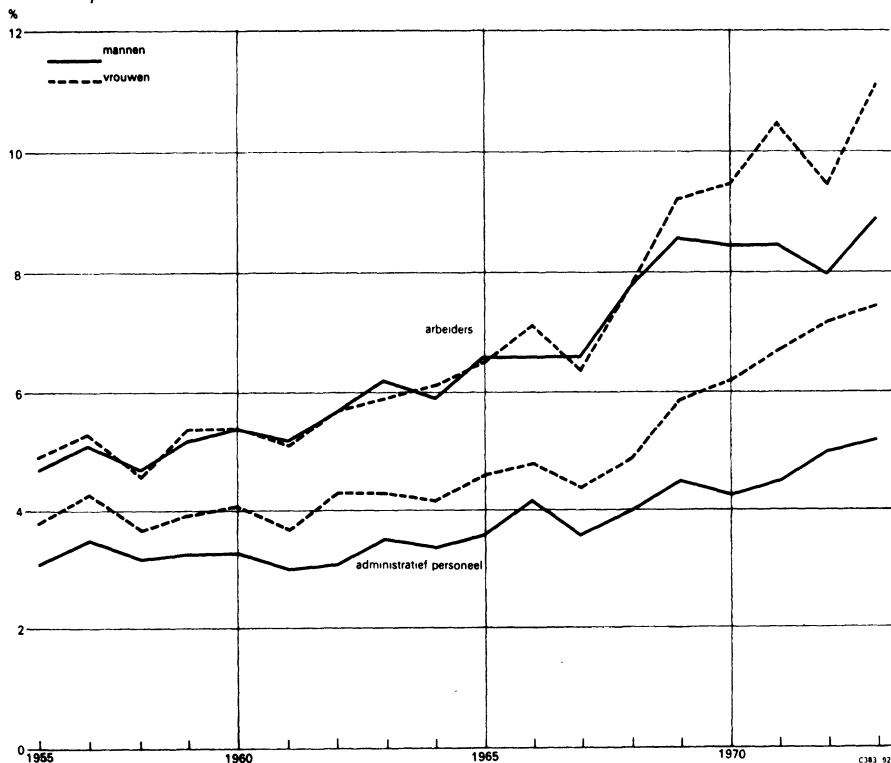
Figuur 1. Aantal aandoeningen per duizend mannen, gerangschikt naar leeftijdsgroepen in de perioden 1945/1965 en 1971/1975.



Figuur 2. Aantal aandoeningen per duizend vrouwen, gerangschikt naar leeftijdsgroepen in de perioden 1945/1965 en 1971/1975.



Figuur 3. Ziekteverzuimpercentages voor mannen en vrouwen, arbeiders en administratief personeel van 1955 tot 1973. Centraal Bureau voor de Statistiek, 1974.



van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Deze hoopte door middel van dossieronderzoek te kunnen komen tot een bepaalde mate van voorspelbaarheid van ziekte en arbeidsverzuim. Een dergelijke voorspelbaarheid zou kunnen leiden tot een betere planning en beheersing van de gezondheidszorg enerzijds en anderzijds tot preventieve acties,

waardoor invalidering zou kunnen worden voorkomen of teruggedraaid. Deze gedachten sloten goed aan bij de ideeën die in het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (N.U.H.I.) leefden. Een mogelijke subsidie voor nader onderzoek door ons Instituut op dit gebied werd in het vooruitzicht gesteld. De onderzoeksgroep van het N.U.H.I. begon plan-

nen op te stellen voor de ontwikkeling van een signaleringssysteem, gebaseerd op individuele en gezinskenmerken, waarmee categorieën met verhoogd risico voor frequente ziekte vroegtijdig zouden kunnen worden opgespoord.

Wij zouden ons in eerste instantie beperken tot dossier-onderzoek, waartoe wij gebruik konden maken van de gegevens van de continue morbiditeitsregistratie (C.M.R.), die in drie praktijken werd gevoerd en van de medische, psychologische en sociale gegevens van tweemaal honderd gezinnen uit mijn praktijk, verzameld over een periode van twintig jaar, voorafgaande aan deze continue morbiditeitsregistratie.

Als doelstelling voor dit onderzoek werd geformuleerd: identificatie van high risk gezinnen, gericht op preventie en meer adequate behandeling. Een high risk gezin werd gedefinieerd als een gezin dat gepredisposeerd is tot hoge medische consumptie. Wij namen aan dat deze gezinnen herkenbaar zouden zijn aan bijzondere signalen.

Onder deze signalen verstonden wij in het bijzonder klachten die aan de huisarts worden gepresenteerd, die eerder wijzen op psychosociale en gedragsproblemen dan op organische ziekte. De rubriek van nerveus-functionele klachten of emotionele stoornissen vormde naar ons idee daarbij waarschijnlijk het belangrijkste bestanddeel.

Na onderling overleg en literatuurstudie werkten wij onze vraagstelling uit in een aantal onderdelen dat op elkaar aansloot. Globaal genomen kwam dit neer op het volgende schema:

1 Hoe is het verband tussen signaal-klachten en de overige gepresenteerde morbiditeit?

2 Hebben signaal-klachten een voorspellende waarde ten aanzien van toekomstige algemene of specifieke morbiditeit?

3 Is het mogelijk dit signaleringssysteem uit te breiden met andere, uiterlijk waarneembare gezinskenmerken?

4 Hoe onderscheiden gezinnen, op basis van dit signaleringssysteem als high risk gekenmerkt, zich van andere gezinnen ten aanzien van niet rechtstreeks waarneembare kenmerken? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is observatie en kwantificering van gezinsinteractie noodzakelijk.

5 Is het mogelijk met behulp van signaal-klachten en kenmerken te komen tot een algemene opsporing van high risk gezinnen en personen?

6 Welke preventieve en/of curatieve maatregelen kunnen worden ontwikkeld om het risico van hoge medische consumptie te verminderen?

Deze vraagstellingen leidden tot een fasering van het gehele onderzoek in twee delen, die als volgt kunnen worden onderscheiden.

A. Ontwikkeling en uitwerking van een signaleringssysteem op basis van geregistreerde morbiditeit, uiterlijk waarneembare kenmerken en gegevens betreffende gezinsinteractie.

B. Toetsing van dit signaleringssysteem op toepasbaarheid in de huisartspraktijk en bruikbaarheid ten aanzien van mogelijke preventieve acties.

Tijdens het uitwerken van deze onderzoekopzet werd het duidelijk dat het Ministerie niet in staat zou zijn ons de personele en materiële middelen te verschaffen om dit onderzoek uit te voeren. Wij dienden daarop een aanvraag voor subsidie in bij het Praeventiefonds, dat ons in 1973 een subsidie voor het eerste deel en in 1978 voor het tweede deel toekende. Door deze subsidie werden wij in staat gesteld het voornoemde onderzoek inderdaad uit te voeren.

De reeks artikelen over „Preventie van somatische fixatie” is een poging de resultaten van het eerste deel van dit onderzoek te vertalen naar de praktijk van alledag. Met „somatische fixatie” wordt daarbij het verschijnsel bedoeld, dat mensen exclusief medisch-somatische aandacht krijgen of vragen voor problemen, die niet primair of die slechts gedeeltelijk somatisch bepaald worden, waardoor belangrijke psychosociale aspecten naar de achtergrond worden gedrongen, zodat zij onbereikbaar en onoplosbaar worden.

Onder somatische fixatie verstaan wij een reductie van meëromvattende problemen van mensen tot louter medisch-somatische in de interactie tussen arts en patiënt.

De uitvoering van het onderzoek

In de loop van het onderzoek is gebleken, dat de hier geschetste opzet een aantal aanpassingen behoeft. Bij het uitwerken van frequentieverdelingen van de geregistreerde morbiditeit uit onze C.M.R., die betrekking heeft op een populatie van ongeveer twaalfduizend personen, bleek dat de correlaties tussen nerveus-functionele klachten en de overige diagnosegroepen

niet zodanig waren als wij hadden verwacht. Bij nader onderzoek bleken juist aan de registratie van deze „signaal-klachten” zoveel onvolkomenheden te kleven, dat deze geen betrouwbare basis konden vormen. Dit vormde voor ons aanleiding tot een herbezinning op onze theoretische grondslagen, waarbij – uitgaande van opvattingen omtrent biosociale resonantie (Moss) – een theoretisch model werd ontwikkeld, dat in het tweede artikel zal worden besproken. Een consequentie hiervan was dat wij als uitgangspunt voor ons onderzoek niet langer nerveus-functionele klachten, maar de totale aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit kozen. Bovendien zijn wij onze aandacht meer op de interactie tussen arts en patiënt gaan richten. Voorts werd een theoretisch model ontwikkeld, dat in het tweede artikel zal worden besproken.

Uit de vier thans bij de C.M.R. betrokken huisartspraktijken werd een steekproef van ruim vierhonderd gezinnen getrokken, die aan een intensief nader onderzoek werd onderworpen. Dit was een steekproef, die gestratificeerd was naar gezinsgrootte en naar gepresenteerde morbiditeit. In 1974 werden deze gezinnen bezocht door getrainde interviewers van het Instituut voor Toegepaste Sociologie te Nijmegen. Een groot aantal mondelinge en schriftelijke vragen werd aan de gezinsleden gesteld. In deze vragenlijsten waren de volgende variabelen geoperationaliseerd:

Aard en omvang van de contacten
Sociale controle
Hechtheid
Overlap
Omgang met en houding ten aanzien van conflicten
Waardering van zichzelf en van de partner
Patiënt-huisarts relatie
Klachten-geneigdheid
Reactie op klachten
Ziektegedrag

Alle verzamelde gegevens werden gecorreleerd met de gedurende drie jaren aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. Bij honderd van deze 405 gezinnen werd nog een diepte-onderzoek verricht door middel van observatie van gezinsinteracties. Verder werden door de ge-

dragswetenschappers van onze onderzoeksgroep observaties gedaan van huisarts-patiënt-interacties door het meemaken van spreekuren en huisvisites. Tenslotte werden door de gedragswetenschappers van onze onderzoeksgroep na overleg en samen met huisartsen maatregelen uitgewerkt die zouden kunnen leiden tot een vermindering van het gevaar voor somatische fixatie.

In de in dit tijdschrift te publiceren artikelen serie zullen slechts direct voor de huisarts van belang zijnde gegevens aan de orde worden gesteld. Daarbij is vooral gemikt op praktische bruikbaarheid en is getracht deze gegevens in een goed leesbare vorm te presenteren.

Een systematisch verslag van onze bevindingen werd in een aan het Praeventiefonds uitgebracht rapport* neergelegd.

Es, J. C. van. (1976) *Medisch Contact* 31, 1357-1363.

Huygen, F. J. A. *The medical history of families in Bridgevillage*. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1978.

Illich, I. *Medical Nemesis: The expropriation of health*. Pantheon, New York, 1976.

Mahler, H. (1975) *Lancet* II. 829-833.

Mc. Keown, T. *The role of medicine: Dream, mirage or Nemesis? The Nuffield Provincial Hospital Trust*, 1976.

Moss, G. *Illness, immunity and social interaction. The dynamics of biosocial resonance*. John Wiley and Sons, New York, 1973.

met betrekking tot de volgende netwerken: familie, buurt, vrienden, werk, school, vrije tijd.

Adres van de auteur: Pastoor van Laakstraat 52, Lent.

*Te verkrijgen bij het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Sint Annastraat 284, Nijmegen, na storting van f 10,- op postrekening 806600 ten name van de Faculteit der Geneeskunde te Nijmegen, ten gunste van budget 93.155.