

## "WAT KAN IK VOOR U DOEN?"

Bijdrage aan het Symposium "ANAMNESE" georganiseerd door de  
Society for Psychosomatic Medicine op 12 februari 1998

door

Dr. H.E. Pelser, internist te Amsterdam

Dames en Heren,

Als eerste spreker heb ik het voorrecht voor U het thema van dit symposium te mogen inleiden. Daar de meesten onder U als co-assistent aan de hand van het standaardformulier anamnese na anamnese hebben moeten afnemen, zal het U geruststellen dat ik niet uitvoerig zal ingaan op de procedure van dit onderzoek, doch liever enkele aspecten wil bespreken van de wijze waarop ik vind dat een anamnese behoort te worden afgenomen, en die in de medische opleiding meestal niet voldoende aandacht krijgen.

Ter illustratie van wat ik daarmee bedoel wil ik U eerst een leerzame praktijkervaring voorleggen:

Op mijn spreekuur zag ik onlangs een bejaarde patiënt - dus iemand ouder dan ik - die mij kwam vertellen dat zijn nieuwe huisarts, met wie hij kennis ging maken omdat hij een nieuwe machtiging voor zijn fysiotherapeut nodig had, hem tot zijn schrik had meegedeeld dat hij suiker had en daarvoor tabletten moest gebruiken.

Nu kende ik deze patiënt - die ik hier "Nol" zal noemen - al vele jaren als een wat smoezelig geklede, onconventionele, creatieve en extroverte man met een voorliefde voor grandguignol, die achter een ogenschijnlijk onverwoestbare opgewektheid hypochonderoïde oprispingen verborg, waarvoor ik hem van tijd tot tijd gerust moest stellen.

De laatste tijd had hij evenwel een ernstige osteo-arthrosis in de knieën en heupen waarvan hij zoveel pijn had dat hij steeds moeilijker kon lopen. Daarnaast had hij aan beide ogen cataract met retina-degeneratie gekregen waardoor hij nauwelijks meer kon zien, en voorts was hij bij de uroloog in behandeling voor een prostaatcarcinoom. Verder wist ik dat diabetes mellitus niet in zijn familie voorkwam.

Ik vroeg Nol wat er op het spreekuur bij de huisarts was gebeurd. Uit zijn nogal verward relaas viel op te maken dat de huisarts gevraagd had waarom hij fysiotherapie wilde hebben. Nol had hem toen verteld dat hij 's nachts vaak moest plassen en dan moeilijk op kon staan omdat hij zulke stijve spieren had. Daarop zei de dokter dat hij dan eerst wel eens wilde weten waarom Nol zo vaak moest plassen. Hij pakte een instrumentje dat bij hem op tafel stond en deed daarop een druppel bloed dat hij uit Nol's vinger had geprikt. Daarna moest Nol in een flesje plassen en de urine aan de zuster geven. Die haalde uit een buisje een reepje papier dat zij even in de urine doopte en toen aan de dokter liet zien. Daarop zei de dokter: "U hebt suiker. U krijgt van mij tabletten waarvan U er elke dag één moet innemen." En dat was dan dat!

Met de nu ook U bekende achtergrondinformatie over deze patiënt voor ogen, stelde ik hem een paar gerichte vragen waarop de volgende dialoog ontstond:

HEP: Moest je van de dokter niet eerst je handen wassen voordat hij je in je vinger prikte?

NOL: Nee, dat heeft hij me niet gevraagd.

HEP: Was het voor jou niet moeilijk om in dat kleine flesje te mikken zonder over je vingers te plassen?

NOL: Dat zal wel gebeurd zijn, want ik kon dat ding vrijwel niet zien.

HEP: Waarmee had je ontbeten voordat je naar de dokter ging?

NOL: Zoals altijd: één boterham met kaas en één met jam.

HEP: Heb je daarna je handen nog gewassen?

NOL: Nou.., dat zal wel.., maar misschien ook niet: ik was nogal gehaast.

HEP: Dan denk ik dat ik je gerust kan stellen, want waarschijnlijk heb je helemaal geen suikerziekte! Laat daarom die tabletten maar staan en ga voor onderzoek met dit formulier naar het laboratorium.

Daar bleek Nol een volledig ongestoorde orale glucosetolerantietest te hebben en een normaal gehalte aan geglycoliseerd haemoglobine in het bloed. Op grond van deze bevindingen kon de diagnose diabetes mellitus met zekerheid worden uitgesloten.

#### **Wat was er nu bij de huisarts allemaal fout gegaan?**

1. De dokter had niet goed geluisterd: het moeilijk uit bed kunnen komen om te plassen, was door de patiënt immers uitsluitend aangevoerd om zijn aanvraag tot voortzetting van de fysiotherapie te motiveren. Maar aangezien de dokter waarschijnlijk fysiotherapie voor deze bejaarde patiënt niet zo nodig vond, had hij de hoofdklacht: 'moeilijk uit bed kunnen komen' genegeerd en zijn aandacht op de secundaire klacht van het plassen gericht.
2. De dokter had verzuimd gerichte vragen te stellen: in plaats van klakkeloos aan te nemen dat het hier om een diabetische polyurie zou gaan, had hij tenminste eerst behoren te vragen hoe vaak en hoeveel de patiënt 's nachts moest plassen, en of hij ook veel dorst had. Verder zou ook de vraag of er in de familie van de patiënt diabetes voorkwam, geenszins overbodig geweest zijn.
3. De dokter had zijn patiënt niet goed in ogenschouw genomen: anders had hij wel gezien dat hygiëne bij deze bejaarde man geen hoge prioriteit had, en had hij hem zijn handen laten wassen alvorens bij hem uit het vingerbloed het glucosegehalte te gaan bepalen.

Het zal duidelijk zijn dat een arts die deze gedragsregels niet inacht neemt, gevaar loopt een verkeerde diagnose te stellen en zijn patiënt daardoor onnodig schade te berokkenen.

Daarom nu toch eerst een paar punten die U allen natuurlijk bekend zijn:

Waar toe dient de anamnese?

De anamnese is onderdeel van het methodisch medisch onderzoek dat ten doel heeft bij de patiënt de juiste diagnose te stellen, op basis waarvan een rationele therapie kan worden ingesteld.

Wat is de werkwijze die tot deze doelstelling leidt?

De klachten van de patiënt worden in patho-physiologische begrippen vertaald, en naar hun betekenis voor het ziektebeeld gerubriceerd teneinde daaruit een differentiële diagnose op te stellen waaruit op basis van de bevindingen bij lichamelijk- en laboratoriumonderzoek de meest waarschijnlijke diagnose wordt gekozen.

Wat omvat de anamnese?

1. de **hoofdklacht** anamnese, waarin de arts alle klachten rubriceert die door de patiënt spontaan naar voren worden gebracht;
2. de **algemene** anamnese, waarin de arts de patiënt gerichte vragen stelt over de verschillende tractus, vroeger doorgemaakte ziekten, ziekten in de familie, en sociale omstandigheden;
3. de **heteroanamnese**, waarin van derden gegevens over ziekteverschijnselen bij de patiënt worden verkregen.

Na deze korte samenvatting van de procedure kom ik nu aan het kernpunt van mijn betoog, dat echter enige inleiding behoeft:

De psychosomatiek gaat uit van de opvatting dat het ontstaan en het beloop van iedere ziekte door zowel lichamelijke als psychische factoren beïnvloed wordt en dat daarom iedere patiënt naast medicamenteuse- of chirurgische behandeling, ook psychische begeleiding nodig heeft.

En daar dit in het bijzonder geldt voor patiënten met chronische aandoeningen, een categorie patiënten die voor de huisarts ruim 80% van de werklast vormt, zal het duidelijk zijn dat kennis van en vaardigheid in psychische begeleiding juist voor de huisarts van essentieel belang is.

Tot zover zult U mij wel hebben kunnen volgen, maar nu wil ik U een stelling voorleggen waarover ik menigeen een andere mening heeft.

Deze stelling houdt in dat het zorgvuldig afnemen van de anamnese van grote betekenis geacht moet worden omdat de psychische begeleiding van een patiënt reeds bij het eerste contact tussen arts en patiënt begint.

Dit begint al bij de kennismaking, de uitnodiging om plaats te nemen, en de openingsvraag: "Wat kan ik voor U doen?", waarmee tevens de bereidheid tot hulpverlening wordt uitgedrukt.

Verder is daarbij van belang:

1. dat het gesprek plaats vindt in een vertrek waarbinnen, tenzij op verzoek van de patiënt, geen anderen aanwezig zijn, zodat de patiënt vertrouwelijk kan spreken;

2. dat de omgeving neutraal en rustig is: geen fel licht, geen harde kleuren en geen voorstellingen aan de wand die voor sommigen kwetsend zijn;
3. dat arts en patiënt dicht genoeg bij elkaar zitten om elkaar in de ogen te kunnen zien en het gesprek zonder stemverheffing te voeren;
4. dat het gesprek wordt gevoerd in termen die voor de patiënt begrijpelijk genoeg zijn om op de gestelde vragen te kunnen antwoorden;
5. dat de arts belangstelling en bereidheid om te luisteren toont en tijdens het gesprek zo min mogelijk aantekeningen maakt;
6. dat de arts geen suggestieve vragen stelt en voortdurend bedacht blijft op uitspraken van de patiënt die licht kunnen werpen op de aard van het ziektebeeld en daarbij let op aarzelingen bij het spreken, op inconsistente mededelingen en op de lichaamstaal van de patiënt;
7. dat de arts emotionele reacties van de patiënt als een teken van vertrouwen waardeert en aanmoedigt en niet probeert af te remmen;

Daarnaast is het leren registreren van geïnduceerde gevoelens een belangrijk hulpmiddel bij het afnemen van de anamnese. Daardoor leert de arts zich ervan bewust te worden wat er emotioneel in de patiënt omgaat: voelt de arts zich geremd, machteloos of verveeld, dan is de patiënt meestal depressief; voelt de arts zich beklemd, dan bevindt de patiënt zich gewoonlijk in een voor hem of haar uitzichtsloze situatie; voelt de arts zich ongeduldig of geïrriteerd, dan is de patiënt vrijwel altijd om de één of andere reden flink kwaad.

Natuurlijk kan het zijn dat de patiënt gewoonweg boos is omdat hij langer op de dokter heeft moeten wachten dan hij had gedacht, maar vaak is de agressie eigenlijk gericht op een vroegere arts met wie de patiënt een onaangename ervaring heeft gehad. In het belang van de arts-patiënt relatie doet de arts er in dat geval goed aan, dit conflict openhartig met de patiënt te bespreken en daarbij onvoorwaardelijk diens partij te kiezen, omdat het er dan niet om gaat wie gelijk heeft, maar om het vertrouwen van deze patiënt in de artsen te herstellen.

Verder is het goed te bedenken dat het vertrouwen van de patiënt in de arts soms bij de anamnese op de proef wordt gesteld door de vraag naar emotionele gebeurtenissen die in verband met de ziekte hebben plaatsgevonden. Vooral patiënten met psychosomatische aandoeningen vragen dan vaak verontwaardigd: "Maar dokter, U denkt toch niet dat mijn ziekte psychisch is?!"

Dit stelt menig arts voor een dilemma: ontkenning is niet alleen onoprecht, maar maakt het voor de arts later moeilijker de patiënt inzicht te geven in het verband tussen zijn lichamelijke klachten en de wijze waarop hij met zijn emoties omgaat. Aan de andere kant vereist bevestiging van de vraag echter een uitvoerige verklaring die niet alleen de loop van de anamnese onderbreekt maar waartoe in dit stadium van het onderzoek de patiënt nog niet bereid is te luisteren.

Een diplomatieke uitweg voor dit dilemma is meestal de repliek: "Als U met 'psychisch' aanstellerij bedoelt, kan ik U geruststellen: dat is het bij U zeker niet! Maar ik stel U deze vragen omdat ik U beter kan helpen als ik weet hoe U in elkaar zit". Dit is voor de meeste van deze patiënten een bevredigend antwoord en daarbij is het nog helemaal waar ook!

Tenslotte wil ik U, teneinde de voornaamste richtlijnen voor het zorgvuldig afnemen van de anamnese gemakkelijker te kunnen onthouden, hierbij de bekende vijf T-s van mijn leermeester J.J. Groen, met nog een zesde T van mijzelf, als geheugensteuntje aanbevelen:

1. TIJD: alle tijd die de arts in de anamnese investeert, bespaart hij zich bij de behandeling en begeleiding van de patiënt.
2. TACT: een respectvolle benadering vereist dat terughoudendheid wordt betracht tegenover onderwerpen die pijnlijk zijn voor de patiënt. Daarover kan echter langs een omweg meestal wel de nodige informatie worden verkregen.
3. TECHNIEK: op welke wijze vragen het meest effectief gesteld kunnen worden, kan men leren. Regelmatig deelnemen aan gespreksgroepen met chronische patiënten is daarvoor een uitstekende leerschool.
4. TOLERANTIE: om een goede samenwerking op te bouwen is het nodig de patiënt te accepteren zoals hij is, alvorens hem te helpen zich verder te ontwikkelen.
5. TOEWIJDING: is voor de arts een essentiële voorwaarde om voldoening te vinden in het contact met de patiënt, en daardoor zelf gezond te blijven.
6. TWIJFEL: het bewaren van een kritische instelling tegenover wat de patiënt vertelt zowel als tegenover wat de arts daarvan meent te hebben begrepen, is nodig om achter de waarheid te komen.

\*\*\*\*\*