

3

Fase II Vraagverheldering en verkenning van de hoofdklacht

Deze fase in het consult vloeit voort uit fase I en overlapt meestal fase I; met name wat betreft het medisch-inhoudelijke spoor. De arts probeert een duidelijk beeld te krijgen van de omvang en de kenmerken van de klacht, maar ook over de beleving ervan. De afbakening met fase III (speciële en algemene anamnese) is technisch gezien duidelijker, maar er zijn zeker vragen die zowel in fase II als in fase III gesteld worden. De arts kan bijvoorbeeld aan de patiënt met obstructieve longklachten in fase II vragen naar allergieklachten in de jeugd of naar het gebruik van prostaglandinesyntheseremmers (en het effect daarvan) bij het exploreren van de aard van de klachten, maar beide vragen kunnen ook later in de anamnese worden gesteld.

3.1 Communicatie en interactie in fase II

Exploratie, hulpvraag en klacht

In deze fase staat het referentiekader van de patiënt centraal. In gesprekstechnische zin worden vooral *open vragen** gesteld en *kleine aanmoedigingen** gegeven: wat zijn de klachten die de patiënt ertoe brachten naar een arts te gaan? Voor zover de patiënt dit niet zelf vertelt, vraagt de arts systematisch naar dimensies van de klacht (zie 3.2) om de contouren daarvan zo duidelijk mogelijk te krijgen.

De hulpverlener moet beseffen dat bij vragen naar de dimensies (bijvoorbeeld naar verloop in de tijd of naar de opvatting van de patiënt) persoonlijke en emotionele aspecten een grote rol kunnen spelen. Zo kan de patiënt zich bijvoorbeeld schuldig voelen over de klachten. Of ernstige zorgen en angsten hebben over de toekomst. De arts zal daar dan op empathische wijze aandacht aan moeten besteden (zie de tekst over empathie in 14.2). De arts moet zorgen dat de patiënt weet dat de arts de eventuele emoties heeft 'gehoord' en deze ook serieus neemt (*gevoelsreflecties**). Vaak is het benoemen van emoties voldoende; verdere bespreking of discussie kan in deze fase beter worden vermeden.

Ook moet nu antwoord komen op de vraag: 'Waarom komt deze patiënt op dit moment en met deze klacht bij mij als arts?' Deze vraag heeft meerdere dimensies. Ten eerste gaat het om de ziektebeleving ('illness'), met andere woorden: wat denkt de patiënt zelf over de klacht? Ten tweede om het ziektegedrag ('sickness'): wat betekent de klacht in het dagelijks leven van de patiënt, hoe gaat hij ermee om en hoe reageert de omgeving erop? Dit zijn andere grootheden dan de ziekte in medische zin ('disease') (zie hoofdstuk 12).

De arts moet de patiënt in deze fase alle gelegenheid geven om te vertellen waar zij of hij zorgen en/of vragen over heeft en niet slechts afstevenen op een medisch-biologische duiding van de klacht.

3

In deze fase is het *accommoderen** opnieuw van groot belang. Daarnaast moet de arts nu kunnen *uitvragen**. Voor deze fase is het belangrijk dat de arts de gespreksvaardigheden *aandacht geven**, *aansluiten**, *concretiseren**, *gevoel reflecteren**, *parafraseren**, *samenvatten**, *vragen stellen** en tot slot *markeren** beheerst.

De arts vat aan het eind van deze exploratie het door de patiënt gepresenteerde verhaal samen en toetst of zij de hulpvraag goed heeft begrepen. Daarmee wordt de overgang naar fase III gemaakt.

De overgang naar fase III moet meestal wel expliciet worden *gemarkeerd** omdat die fase een andere interactiepatroon heeft en de patiënt dat moet begrijpen. In fase II zullen de vragen nog vrij direct betrekking hebben op de hoofdklacht zoals de patiënt die beleeft en voor hem dus vrij logisch zijn, terwijl in fase III de arts vanuit zijn referentiekader de klacht dieper verkent en vervolgens vanuit dit medisch-technische referentiekader de verschillende lichaamssystemen nagaat (zie ook casus 2.2).

Heteroanamnese

Wanneer een patiënt niet in staat is om het eigen verhaal te doen (bijvoorbeeld omdat hij te ziek, verward of te jong is), moet zo veel mogelijk informatie worden verkregen van begeleider(s) en/of verzorger(s).

De arts moet dan goed beseffen (weer een kwestie van empathie) wat de betekenis daarvan is voor de patiënt zelf en daarmee voor de relatie tussen de arts en de patiënt. Dat geldt helemaal als er tegenstrijdigheden zijn tussen eventuele anamnestiche en heteroanamnestiche gegevens. Het is dan de kunst de verschillende gegevens op een voor alle partijen aannemelijke wijze in een kader te plaatsen en tegen elkaar af te wegen. Dit is van belang om spanningen te vermijden die uit deze verschillen van inzicht kunnen voortvloeien.

Casus 3.1 Een man met vergeetachtigheid

Een 74-jarige man is de laatste tijd steeds vergeetachtiger geworden. Hoewel hij altijd in de accountancy heeft gewerkt, moet zijn vrouw nu de administratie doen; hij maakt fouten bij het betalen in de winkel. Het lukt maar niet om het nieuwe dvd-apparaat te leren gebruiken en niet lang geleden kon hij zelfs niet meer op de naam van zijn 10-jarige kleinzoon komen toen die op bezoek kwam.

Zijn vrouw herkent hierin het gedrag van wijlen haar schoonvader die op oudere leeftijd gedementeerd raakte.

Op het spreekuur geeft de man aan dat het allemaal wel klopt wat zijn vrouw zegt, maar tegelijkertijd wuift hij het wat weg. Tenslotte is hij nu met pensioen en mag hij geldzaken eindelijk wel eens aan een ander overlaten. Verder is hij nooit erg technisch geweest terwijl die nieuwerwetse apparaten hem eigenlijk niet interesseren. Inderdaad was het stom dat hij de naam van zijn kleinzoon niet meer wist, maar vroeger was hij ook wel eens 'verstrooid'. Verder gaat het prima met hem. De huisarts wil echter meer weten en voelt zich verplicht de echtgenote te vragen naar bijvoorbeeld nachtelijke onrust en naar andere dingen die overdag fout lopen. Ook zou de huisarts willen weten of de man overdag vaker dan voorheen in slaap valt, want dat komt voor bij de ziekte van Alzheimer.

Commentaar

Het kan in dit soort situaties pijnlijk zijn om de patiënt in kwestie, die het allemaal nog wel mee vindt vallen, te passeren. Aan de andere kant ligt er wel een duidelijke hulp-

*vraag waarop een degelijk antwoord vereist is. De huisarts kan dit expliciet naar voren brengen door de man duidelijk te maken dat het bezoek op het spreekuur toch wel wat te betekenen heeft en dat het ook belangrijk is dat nagegaan wordt welke problemen zijn vrouw ervaart. De huisarts kan verder duidelijk maken dat het om een goed beeld te krijgen van wat er werkelijk aan de hand is soms onvermijdelijk is ook aan een ander die de situatie goed kent om een mening te vragen.
In het algemeen levert dit geen enkel probleem op wanneer men dit expliciet benoemt.*

Denkpauze 1 op het communicatief-interactieve spoor

Wat heeft deze patiënt in dit consult op dit spoor waarschijnlijk van de arts nodig? Is het contact gelegd? Of vergt dit nadere aandacht?

3.2 Medische inhoud in fase II

Hoofdklacht uitvragen en eerste differentiële diagnose

Voor de diagnostiek is het van groot belang dat de door de patiënt gepresenteerde hoofdklacht volledig wordt uitgevraagd. Dat betekent dat de arts informatie verzamelt over de zeven aspecten van de hoofdklacht: aard, lokalisatie, ernst, chronologie, ontstaan, beïnvloeding, en opvatting/beleving van de patiënt, die samen het acroniem of ezelsbruggetje ALECOBO vormen.

Deze informatie leidt tot een 'probleemlijst'; een lijst van medische verklaringen voor de klachten.

De zeven aspecten van de hoofdklacht (ALECOBO)

1 Aard

Om wat voor soort klacht gaat het? Gaat het om pijn? Of om iets anders? Een 'dof gevoel' bijvoorbeeld? Als het om pijn gaat, wat voor soort pijn dan? Stekend of zeurend of brandend of krampend? Zijn er begeleidende verschijnselen die gezien hun aard en verloop in de tijd zeer waarschijnlijk met de klacht samenhangen?

2 Lokalisatie

Waar zit het probleem precies? Is de klacht te lokaliseren? Is de pijn of het gevoel aan te wijzen? Zit de pijn of het abnormale gevoel diep of aan de oppervlakte? Zit de sensatie ook op andere plaatsen? Straalt het uit? Trekt het ook wel eens naar andere lichaamsdelen? Hoe vaak dan?

3 Ernst

Hoe erg is het probleem (zo mogelijk laten kwantificeren, bijvoorbeeld bij pijn op een schaal van 1 tot 10)? Beïnvloedt de klacht het dagelijks leven? Moet de patiënt er dingen door laten die hij gewoonlijk wel deed? Hoe zit het met het werk? En met de nachtrust? Lijdt de omgeving eronder?

4 Chronologie

Het gaat hierbij om twee verschillende dingen: enerzijds om informatie over perioden waarin klachten optreden (bijvoorbeeld het verloop van een 'aanval')

3

en anderzijds om informatie over het algehele verloop in de tijd (bijvoorbeeld bij aanvallen: nemen ze toe of af in het verloop van de tijd?).

Is er sprake van één episode of van terugkerende episoden? En sinds wanneer dan? Hoe vaak?

Ten aanzien van de huidige (of laatst opgetreden) episode: wanneer is het begonnen, hoe snel is het begonnen, hoe veel tijd verliep er tussen het begin en het hoogtepunt van de klachten, hoelang was de klacht op zijn ergst, hoe is een en ander verder verlopen en hoe gaat het nu?

Ten aanzien van voorafgaande episoden: heeft de patiënt dit al eerder gehad? Wanneer voor de eerste keer? Hoe is het toen gegaan? Hoe vaak zijn de klachten in de loop der tijd opgetreden? Zit daar een regelmaat in? Waren de voorgaande episoden anders of gelijk aan de huidige episode?

Zowel bij voortdurende als aanvalsgewijze klachten is het van belang te weten of er al met al een afname of juist een toename van de klachten is in de loop van de tijd.

5 *Ontstaan*

Hoe was de situatie bij het ontstaan? Was er eventueel een duidelijke aanleiding? Of achteraf een mogelijke verklaring? Is het probleem acuut of sluipend begonnen?

6 *Beïnvloeding*

Hangen de klachten samen met de hartslag, met de maaltijd, met een bepaalde lichaamshouding, met omgevingstemperatuur, met de tijd van de dag? Waardoor verminderen of verergeren de klachten: bij inspanning, bij het eten of drinken of het toiletbezoek? Of bijvoorbeeld door warmte of kou, een lichaamshouding, rust, slaap? Wat heeft de patiënt zelf aan de klachten gedaan en met welk resultaat? Bij een eerdere therapie voor dit probleem: door wie is die klacht behandeld, hoe lang, welke effecten had dat, waren er bijwerkingen, hoe was de therapietrouw?

7 *Opvatting en beleving van de patiënt*

'Wat denkt u er zelf van?' De arts moet natuurlijk vermijden om een vraag zodanig te formuleren dat de patiënt zegt: 'Daarvoor kom ik juist bij u, dokter.' De arts kan een dergelijke vraag bijvoorbeeld als volgt inkleden: 'Als ik uw klachten zo hoor, dan gaan mijn eerste gedachten erg uit naar kramp in de slokdarm, maar u hebt al lang last van uw klachten en hebt mogelijk ook andere opvattingen over uw pijn op de borst. Het is voor mij belangrijk om ook te weten wat u er zelf over denkt.' Voor de arts ligt het belang in het kennen van de eigen ideeën van de patiënt en het krijgen van duidelijkheid over eventuele angsten en verwachtingen van de patiënt over de klacht. In dit kader is het ook belangrijk om na te gaan of de patiënt in zijn of haar omgeving iemand met soortgelijke klachten heeft meegemaakt en te vragen hoe dat verlopen is (vermijd het woord: 'afgelopen!'). Wanneer dat nog niet aan de orde is gekomen, kan de arts de hulpvraag van de patiënt ook nog verder expliciteren: wat verwacht de patiënt van de arts en de eventuele behandeling?

Het is niet altijd goed mogelijk om tijdens een eerste consult alle dimensies van een hoofdklacht goed omschreven te krijgen. Als het gaat om een ingewikkeld probleem met meerdere klachten, over een zeer lang tijdsverloop of aanvalsgewijze klachten, dan kan het voor de patiënt lastig zijn om een betrouwbare beschrijving te leveren. In geval van aanvallen kan de arts de patiënt voorstellen

een dagboek met relevante informatie bij te gaan houden. Bij een gecompliceerd verhaal kan de arts de patiënt vragen alles thuis nog eens op te schrijven. Ook kan de arts zijn opgeschreven relaas aanbieden aan de patiënt ter controle en correctie.

Denkpauze 1 op het medisch-inhoudelijke spoor

Kom tot een eerste probleemlijst² en een voorlopige differentiële diagnose.

Casus 3.2 Vrouw met medicatieafhankelijke hoofdpijn

Een vrouw van 37 jaar heeft al sinds haar 15de hoofdpijnklasten. Aanvankelijk had ze die vooral rond de menstruatie, maar de laatste jaren is het vrijwel dagelijks een probleem. Pijnstillers helpen niet meer. Haar moeder heeft ook haar hele leven hoofdpijn gehad, totdat zij op 60-jarige leeftijd overleed aan een 'hersenvloeding'. Mevrouw is verder wel goed gezond, maar haar hele leven wordt vergald door de pijn. Haar echtgenoot die haar begeleidt onderstreept dit met nadruk en vindt dat er nu maar eens iets moet gebeuren.

De neuroloog meent na zorgvuldige anamnese, waarin de dimensies 'aard' en 'chronologie' met name veel aandacht kregen, dat er sprake is van migraine die is onttaard in een medicatieafhankelijke hoofdpijn. Hij vindt bij onderzoek geen afwijkingen. Besloten wordt tot saneren van de medicatie. Omdat een periode van ongeveer twee maanden in acht moet worden genomen voordat hiervan het effect merkbaar wordt, wordt een nieuwe afspraak voor na die tijd gemaakt.

Een week na het genoemde consult komt hij de vrouw toevallig weer in het ziekenhuis tegen met een aanvraag voor een MRI-scan van de hersenen, geschreven door een collega.

Commentaar

De betrokken neuroloog is waarschijnlijk zeer competent geweest bij het afnemen van een anamnese en het verrichten van onderzoek. Ook het voorgestelde beleid is adequaat. Toch is de patiënte kennelijk voor een tweede mening bij de collega geweest en deze heeft (al dan niet op de hoogte van het eerste consult) besloten tot een ander beleid. Wat is er fout gegaan? Een eerdere controleafspraak om de patiënt te coachen tijdens de afkickperiode was op zijn plaats geweest, maar belangrijker is het te weten of de vragen 'Wat denkt u zelf over uw klachten?' en 'Wat voor invloed heeft de hoofdpijn op uw omgeving?' daadwerkelijk gesteld zijn.

Vanuit het kader van de neuroloog is het niet denkbaar dat hier sprake is van een aandoening die tot een 'hersenvloeding' (of herseninfarct; beide termen worden in de volksmond ten onrechte door elkaar gebruikt) zal leiden, maar voor de patiënte is dit lang niet logisch. Zij heeft het angstwekkende voorbeeld van haar moeder voor ogen. Wanneer dit niet duidelijk ter sprake is gekomen en uitgelegd, staat de patiënt ontevreden weer op straat. Ze had uiteraard zelf haar zorg ter sprake kunnen brengen, maar was mogelijk niet assertief genoeg tijdens het consult. De angst voor een hersenvloeding, zoals haar moeder die heeft gehad, sprak zij niet uit, maar is wel degelijk aanwezig.

Bij de man is de maat overigens zo langzamerhand vol, want er is geen normaal leven meer mogelijk met een echtgenote die altijd maar ziek is. Er moet maar eens een scan gemaakt worden, want als die normaal is, moet het maar eens afgelopen zijn met dat gezeur. Ook dit had mogelijk meer aan de orde moeten komen; wie op het goede communicatief-interactieve spoor zat, zou dit uit de lichaamstaal van de man hebben kunnen opmaken.

² Dit betreft een opsomming van de gebrachte klachten en gevonden afwijkingen die op dat moment aan bod zijn geweest.