

GEZINSGENEESKUNDE (2)

Het wordt steeds duidelijker dat voor de huisarts kennis van het gezin en beschouwing van zijn patiënten tegen deze achtergrond van groot belang is. Door zijn werk weet hij dikwijls veel omtrent de gezinnen van zijn patiënten, maar zijn gezinskennis is meestal niet systematisch geordend. Het zou eigenlijk gewenst zijn dat de huisarts in deze over een wetenschappelijke fundering en een zekere deskundigheid beschikte, die het hem gemakkelijker zou maken zijn ervaringen te systematiseren. Daarom is het bijzonder toe te juichen dat gedurende de laatste jaren een aantal Nederlandse huisartsen heeft getracht proefondervindelijk uit te maken of kennisneming en toepassing van begrippen uit de sociologie en de sociale psychologie van het gezin voor hen van belang zijn. Ten deze valt wel in de eerste plaats het proefschrift van *van Es* over „Gezinnen met zwakzinnige kinderen” te vermelden, terwijl spoedig daarop *Van Nieuwenhuysen* in zijn dissertatie over „Persoon en milieu van de ulcus-duodenilijder” het gegeven voorbeeld volgde.

Als derde is nu een belangrijke studie van *Brenkman* veršenen over „De huisarts en het gezin van zijn patiënten”. Nu dit proefschrift is uitgekomen in de reeks „Elementen voor de kennis der volksgezondheid” is er des te meer reden een beschouwing aan dit boek te wijden.

Brenkman begint in zijn inleiding met een treffende en typerende ziektegeschiedenis van een patiēte met vele somatische klachten, waarvan de verklaring oorspronkelijk uitsluitend in het somatische vlak werd gezocht. De behandeling eiste in de loop van een vijftal jaren een uitzonderlijk aantal medische verrichtingen en had geen enkel effect. Pas toen ook aan de gezinsachtergronden aandacht werd besteed verdwenen de klachten in korte tijd. Door deze ervaring werden de ogen van de schrijver als het ware geopend. Verschillende andere factoren, die gemaakt hebben dat er in dezelfde tijd een verbreding van de belangstelling van de huisarts plaatsvond, droegen hiertoe bij. De ervaring met het bovengenoemde gezin bracht Brenkman ertoe zich de vraag te stellen of de behandelend arts in het algemeen bij degenen, die uitzonderlijk vaak een beroep op hem doen, zich niet dient af te vragen of dit veelvuldig consulteren samenhangt met een mogelijk tekort schieten zijnerzijds bij het onderkennen van het verband tussen somatische klachten en psycho-sociale factoren. In het bijzonder vroeg hij zich af of het in dergelijke gevallen niet gewenst is speciaal aandacht aan de gezinsverhoudingen te besteden. Zijn uitgangshypothese was hierbij, dat de betekenis van het gezin voor de vorming, instandhouding en ontplooiing van de mens in zijn totaliteit zō groot is, dat de kwaliteiten van het gezinsmilieu een belangrijke rol zullen spelen bij de frequentie en wellicht ook bij de aard der aandoeningen. Het onderzoek, dat werd verricht om deze hypothese te toetsen, valt in twee gedeelten uiteen.

Het eerste deel is een inventarisatie van de gehele praktijk gedurende een jaar. Daarbij bleek dat er inderdaad sprake was van een groep „repeaters”, die significant groter was dan op grond van toevalsverdeling verwacht mocht worden; 25 procent van alle aandoeningen en verrichtingen deden zich voor bij slechts 6½ procent van de praktijkbevolking. Bij de verdere analyse bleek dat op verschillende punten correlaties aantoonbaar waren tussen enerzijds de kenmerken waarmee individu en gezin konden worden getypeerd en anderzijds het aantal aandoeningen, waarvoor de hulp van de huisarts werd ingeroepen. Sommige hiervan waren individuele kenmerken als: leeftijd, geslacht (bij mannen) en het al of niet verzekerd zijn bij een ziekenfonds. Er waren ook gezinskenmerken die van invloed bleken. Zo kwamen in grote gezinnen minder aandoeningen per persoon voor dan in kleine gezinnen. Bij alleenstaanden bleek het aantal aandoeningen het grootst te zijn. Jonge gezinnen met één kind raadpleegden de huisarts het frequentst; naarmate het gezin groter werd daalde het aantal aandoeningen per persoon. Er bleek ook enige samenhang te bestaan tussen het aantal aandoeningen en de kwaliteiten van de woning.

Ten aanzien van de aard van de aandoeningen waren er weinig duidelijke correlaties. Een belangrijke nevenbevinding van het praktijk-inventarisatieonderzoek was, dat ruim 84

procent van de aandoeningen door de huisarts geheel zelfstandig kon worden behandeld, voor 12½ procent was consultatieve of poliklinische specialistische hulp nodig, terwijl 3½ procent der aandoeningen opneming in een ziekenhuis vereiste. De cijfers van de schrijver komen over het algemeen goed overeen met de in de literatuur vastgelegde ervaringen van anderen.

Het tweede gedeelte is het eigenlijke gezinsonderzoek. Hiertoe maakte de schrijver gebruik van de „matched-controls” methode. Hij stelde namelijk gezinsparen samen, die onderling zoveel mogelijk vergelijkbaar waren wat algemene en maatschappelijke kenmerken betrof, maar die verschilden ten aanzien van het aantal aandoeningen en medische verrichtingen per gezinslid. Het bleek mogelijk van de ruim 600 gezinnen, die de praktijk omvatte, 102 paren te formeren, die aan de bovengenoemde eisen van vergelijkbaarheid voldeden. Van 33 paren had het ene gezin een aanzienlijk hoger aantal aandoeningen en verrichtingen dan het andere. Van de geselecteerde paren werden er vijftien aan een uitvoerig nader onderzoek onderworpen, waarbij werd getracht een indruk te krijgen omtrent de huidige gezinsverhouding en de levensgeschiedenis van de beide huwelijkspartners. Hiertoe werden, aan de hand van een tevoren samengestelde vragenlijst, met man en vrouw afzonderlijk gesprekken gehouden. De gegevens die deze interviews in de 30 gezinnen opleverden, worden vrij uitvoerig weergegeven, terwijl ook de medische aandoeningen en verrichtingen gedurende het onderzoekjaar worden vermeld.

De schrijver bespreekt daarna in het kort de sociologische literatuur over het gezin, met name over de gezinsfuncties en gezinstypen. De indeling, die door sociologen is gegeven, bevredigde hem als huisarts niet geheel. Daarom wendde hij zich tot de sociaal-psychiatrische literatuur. Uit beide bronnen puttend komt hij tot een beoordeelingsschema dat hem geschikt lijkt voor gebruik door de huisarts en dat enerzijds gebaseerd is op het sociologische gezinstyperingsschema van Saal en anderzijds op het sociaal-psychiatrische gezinsdiagnostische schema van Ackerman en Behrens. Aan de hand van dit schema worden de 30 gezinnen paarsgewijze beoordeeld en vergeleken. Daarbij bleek dat de gezinnen, die frequent medische hulp inriepen, op verschillende kwalitatieve punten significant verschilden van de gezinnen, die weinig hulp vroegen. In dit verband zijn met name te noemen: de aanpassings- en de gevoelstoon tussen man en vrouw, de verhouding tussen moeder en kinderen, de belasting door een onvolwaardig gezinslid, de vrijetijdsbesteding van het gezin als groep, de maatschappelijke relaties naar buiten en de huishoudelijke kwaliteiten, terwijl ook de jeugdervaringen van beide ouders van invloed leken.

Ten aanzien van de aard van de aandoeningen bleken er geen duidelijke verschillen te bestaan, al waren er aanwezigin dat bij gezinnen met minder bevredigende gezinsrelaties meer symptomatische klachten, nervositas en menstruatiestoornissen voorkwamen.

In zijn slotbeschouwing stelt de schrijver dat de integrale benaderingswijze van de patiēnt slechts een inzicht kan geven in een gezinssituatie, die reeds abnormaal is geworden. Bovendien kost deze methode meer tijd dan de huisarts gewoonlijk voor zijn patiēnten ter beschikking kan stellen. Mede op grond van deze overwegingen pleit hij voor een kennismakingsbezoek dat plaats dient te vinden nadat het betrokken gezin zijn huisarts heeft gekozen. Dit kan een goede basis voor de toekomstige arts-patiēnt verhouding geven en de positieve relatie met het gezin versterken. Hij verwacht dat integraal onderzoek en behandeling hierdoor later zullen worden bevorderd.

Vatten wij samen dan heeft Brenkman in zijn studie de uitgangshypothese — invloed van het gezin op ziekte — bewezen ten aanzien van de frequentie van de aandoeningen, waarvoor medische hulp werd ingeroepen. Hij vond echter geen duidelijke invloed van het gezin op de aard van de aandoeningen. Dit laatste zou enige verwondering kunnen wekken. Het is immers uit verscheidene onderzoeken bekend, dat een dergelijke invloed wel degelijk aantoonbaar is.

Ik zou in dit verband bijvoorbeeld het grote onderzoek van 1000 gezinnen in New Castle upon Tyne van Spence en zijn medewerkers (1954 en 1960) willen noemen. Daaruit blijkt dat er een duidelijk verband is tussen gezinsonstandigheden en luchtweginfecties, maag- en darminfecties, ongevallen, achterblijven in groei, enuresis en strabisme bij kinderen. Men vraagt zich af hoe het komt dat Brenkman ten aanzien van de specificiteit slechts aanwijzingen vond voor meer „functionele” klachten in gezinnen met minder bevredigende gezinsrelaties. Het antwoord op deze vraag moet luiden, dat de opzet van het onderzoek ook niet geschikt was voor dit doel. Het extensieve deel van het onderzoek is geen eigenlijk gezinsonderzoek te noemen, daar slechts op enkele algemene kenmerken als beroepsklasse van het gezinshoofd, kerkelijke gezindte, gezinsgrootte, wijze van wonen en financiering van de medische hulp werd gelet. In wezen is dit slechts een onderzoek van individuen. Alleen het intensieve deel van het onderzoek is een werkelijk gezinsonderzoek te noemen. Dit laatste strekte zich slechts tot 15 gezinsparen uit. Het is onwaarschijnlijk dat men in een dergelijk klein materiaal specifieke verbanden zou kunnen aantonen. Bovendien werden voor de vergelijking met opzet zorgvuldig gezinnen genomen, waarvan tal van omstandigheden, als gezinsgrootte, sociale laag en dergelijke gelijk waren. Verder heeft het onderzoek slechts betrekking op de aandoeningen die zich gedurende een jaar voordeden. Dit feit kan ook op het gezinsonderzoek invloed hebben gehad.

Het is namelijk bekend dat in gezinnen opeenhopingen van aandoeningen kunnen voorkomen. Men zie in dit verband het referaat over gezinsgeneeskunde in (1963) huisarts en wetenschap 6, 305. Het is de algemene ervaring van huisartsen dat sommige gezinnen een tijdlang zeer frequent hulp inroepen, terwijl men daarna jarenlang niets meer hoort van zo'n gezin. Soms kan men hiervoor redenen achterhalen, soms ook niet. Het beeld dat men in één jaar van een gezin krijgt, kan daardoor zeer bedrieglijk zijn.

Brenkman heeft gezinsparen samengesteld waartussen een opvallend verschil bestond in de frequentie van het inroepen van medische hulp. Hij zocht daarbij naar redenen voor een verhoogde medische consumptie. Men zou zich echter ook kunnen afvragen waarom sommige gezinnen juist opvallend weinig hulp inroepen. Hiervoor zijn soms even goed sociale redenen aan te geven. Enkele van de vergeleken gezinnen hadden een duidelijk lagere consumptie dan het gemiddelde in zijn praktijk. Het was misschien beter geweest de „repeaters” te vergelijken met gezinnen met een gemiddelde medische consumptie.

Het sociologisch-psychologisch gezinsbeoordelingsschema, dat Brenkman heeft opgesteld, verdient bijzondere aandacht. Dit is een belangrijk initiatief dat valt toe te juichen. Ik betwijfel echter of het inderdaad voor de huisarts bruikbaar is. Het lijkt mij daarvoor wat te ingewikkeld en te uitgebreid. Mogelijk is het enigszins te vereenvoudigen, daar verschillende punten elkaar overlappen. Een grotere moeilijkheid schuilt in de wijze van hantering van een dergelijk schema. Het dient namelijk ter beoordeling, hetgeen men zo objectief mogelijk zou moeten doen. Dit is echter praktisch niet mogelijk, omdat objectieve maatstaven voor een groot gedeelte der behandelde punten ontbreken. De subjectiviteit van onderzoeker en ondervraagden hebben dus een zeer grote en moeilijk te begrenzen invloed op de resultaten. Voor zover het gaat over subjectieve belevenissen van de betrokken ondervraagden kan men hiermee vrede hebben, maar als daarbij

zaken aan de orde komen als verhouding van de kinderen tegenover de ouders, gezagsverhoudingen in het gezin, de interne structuur en relaties van de kinderen met de buitenwereld, wordt het toch wel erg hachelijk hierover te gaan oordelen aan de hand van de subjectieve mening van de ouders. Men vraagt zich af of het niet mogelijk is een schema op te stellen dat enerzijds ruimte laat voor de subjectieve beoordeling van de betrokkenen — die men dan echter als zodanig moet registreren — en anderzijds voor een beoordeling van de huisarts, maar dan op punten welke hij ook inderdaad zelf kan beoordelen aan de hand van objectieve maatstaven. Een vermenging van twee subjectieve beoordelingen, zonder dat men deze kan scheiden, lijkt mij ongewenst.

Als praktische consequentie van deze studie stelt de schrijver een kennismakingsbezoek voor van de huisarts aan voor hem nieuwe gezinnen. Een dergelijk bezoek lijkt inderdaad nuttig en gewenst. De motivering van het voorstel, waarbij een integrale benadering van de patiënt wordt verworpen, lijkt mij echter niet sterk. Als het argument tijdsgebrek wordt gebruikt tegen een integrale benadering van de patiënt, geldt dit eveneens tegen een uitvoerig kennismakingsbezoek. Het argument dat een integrale benadering van de patiënt hoogstens inzicht in reeds abnormaal geworden gezinsituaties kan geven, lijkt mij moeilijk houdbaar. Bovendien betwijfel ik of dit kennismakingsbezoek de inhoud moet hebben, welke Brenkman eraan wil geven. Het komt mij voor dat geen enkel gezin het dan op prijs zal stellen wanneer de nieuwe huisarts man en vrouw apart wil spreken. Het gesprek zal meestal aan de oppervlakte moeten blijven. Men krijgt zodoende slechts een oppervlakkige indruk van het gezin en de huisarts zal zelf het gezin zeker niet objectief kunnen beoordelen, omdat er nog geen sprake is van een van zijn belangrijkste voordelen, namelijk het continue, in allerlei omstandigheden telkens herhaalde contact met dit gezin. Een poging tot beoordeling op dit zeer ongunstige moment lijkt mij alleen maar gevaarlijk. Dit wordt ook niet door de schrijver aanbevolen, maar de context en de suggestie, het beoordelingsschema bij het gesprek te volgen, zouden tot deze onjuiste interpretatie kunnen leiden.

Het boek van Brenkman over „de huisarts en het gezin van zijn patiënt” behandelt een belangrijk onderwerp. Het is goed gesteld zodat men het gemakkelijk leest. Ik vond deze publicatie vanuit de huispraktijk van een dergelijke importantie dat ik mij een aantal kanttekeningen heb veroorloofd. Ik zou iedere huisarts met belangstelling op dit gebied — en welke huisarts zou dat niet moeten hebben? — van harte willen aanbevelen, van de oorspronkelijke publicatie kennis te nemen.

F. J. A. Huygen

Brenkman, C. F., (1963) De huisarts en het gezin van zijn patiënt, Elementen voor de kennis der Volksgezondheid no. 23. Van Gorcum, Assen.

Es, J. C. van, (1959), Gezinnen met zwakzinnige kinderen, Elementen voor de kennis der Volksgezondheid no. 12, Van Gorcum, Assen.

Miller, F. J. W., G. D. M. Court, W. S. Walton, E. G. Knox (1960) Growing up in Newcastle upon Tyne. Oxford University Press, London, New York, Toronto.

Nieuwenhuyzen, M. G. van, (1961) Persoon en milieu van de ulcus-duodenilijder. Academisch proefschrift, Utrecht.

Spence, J. W., W. S. Walton, F. J. W. Miller, S. D. M. Court, (1954) A thousand Families in Newcastle upon Tyne. Oxford University Press, London, New York, Toronto.