

Psychosociale repercussies van het myocardinfarct*

DOOR DR. W. BROUWER, MEDEWERKER VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN-INSTITUUT

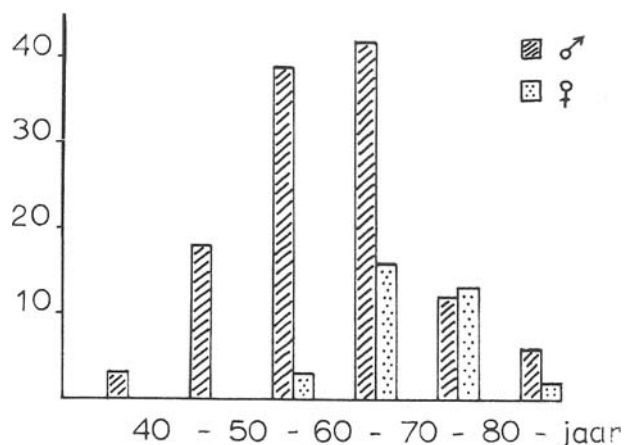
Eind 1964 werd door het Nederlands Huisartsen-Instituut en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap de opzet van een „hartonderzoek” aangekondigd. Dit onderzoek bestond uit een tellend, een beschrijvend en een toetsingsproject. Het beschrijvende onderdeel had uitsluitend betrekking op het myocardinfarct; het was onderscheiden in een op de behandeling, respectievelijk op de controle en een op psychosociale aspecten gericht onderzoek. Bij de opzet van het laatstgenoemde onderzoek stond ons de vraag voor ogen: „Wat verandert er in het leven van myocardinfarctpatiënten en in hoeverre worden de huisartsen ermee geconfronteerd?” Voor deelname aan dit onderzoek gaven zich 81 huisartsen op. De onderzoeksperiode begon op 1 maart 1965 en eindigde op 1 juni 1965.

Aan de huisartsen, die zich als deelnemer hadden gemeld, werd verzocht een vragenlijst in te vullen betreffende de patiënten, die gedurende genoemde periode hun huisarts consulteerden als gevolg van een op dat moment meer dan zes maanden tevoren ontstaan myocardinfarct. Dit betekent niet, dat er geen belangstelling zou bestaan voor datgene wat zich in de eerste zes maanden na het myocardinfarct afspeelt. Deze acute en meer emotionele aspecten vereisen echter een andere benadering dan de enquête methode waarop wij nu eenmaal waren aangewezen. De per patiënt in te vullen lijst bestond uit 39 vragen. In totaal waren 28 vragen van keuze-antwoorden voorzien; elf vragen waren open. Deze hadden betrekking op de belevingswijze van de patiënt: wij wilden namelijk een suggestieve werking, uitgaande van gepresenteerde keuze-antwoorden, zoveel mogelijk trachten te vermijden. Wij ontvingen uiteindelijk van 50 huisartsen in totaal 154 ingevulde vragenlijsten. De leeftijds- en geslachtsverdeling van deze 154 patiënten, 120 mannen en 34 vrouwen, is afgebeeld in *figuur 1*.

Zoals blijkt uit deze verdeling kregen de vrouwen het myocardinfarct op hogere leeftijd dan de mannen. De gemiddelde leeftijd van de vrouwelijke myocardinfarctpatiënten was 68 jaar en elf maanden, die van de mannelijke patiënten 59 jaar en tien maanden. Dit leeftijdsverschil is uiteraard van belang bij het onderling vergelijken van psychosociale repercussies bij mannen en bij vrouwen. Zo bevonden zich onder de 34 vrouwelijke patiënten

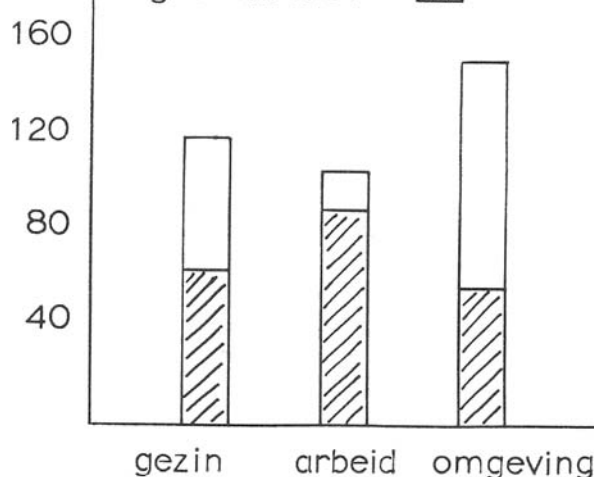
dertien weduwen tegen elf weduwnaars onder de 120 mannelijke patiënten. De veranderingen welke door de huisarts werden beschouwd als gevolgen van het myocardinfarct werden onderscheiden in wijzigingen ten aanzien van de gezinssituatie, de

Leeftijdsverdeling, 154 patiënten



Figuur 1. Leeftijdsverdeling per geslacht van 154 myocardinfarctpatiënten

Veranderde omstandigheden t.g.v. infarct



Figuur 2. Wijzigingen in milieu-omstandigheden, door de huisartsen vermeld als gevolgen van het myocardinfarct.

* Voordracht, gehouden op het tiende N.H.G.-congres, 27 november 1965. Het onderzoek werd verricht door het Nederlands Huisartsen-Instituut met medewerking van 50 huisartsen.

arbeidssituatie en de relatie tot de omgeving (figuur 2).

Van de 121 in gezinsverband levende patiënten werden bij 66 patiënten wijzigingen in de gezinsituatie vermeld. Veranderingen in de arbeidssituatie werden geconstateerd bij 92 van de 108 patiënten, die op het moment van ontstaan van het hartinfarct nog volledig in het arbeidsproces waren ingeschakeld. Vervolgens werden bij 59 van de 154 patiënten wijzigingen in de relatie tot de omgeving waargenomen.

Deze getallen zijn niet zonder meer vergelijkbaar met gegevens uit andere publikaties. In de eerste plaats hadden al deze patiënten in verband met het myocardinfarct hun huisarts geconsulteerd, meestal wegens nog bestaande klachten. Van de 154 patiënten hadden namelijk 129 patiënten nog klachten. In de tweede plaats hebben deze frequenties betrekking op wijzigingen voor zover ze door de huisartsen als zodanig zijn waargenomen en men kan zich voorstellen dat bijvoorbeeld wijzigingen in de relatie tot de omgeving minder gemakkelijk in het gezichtsveld van de huisarts verschijnen dan wijzigingen in de arbeidssituatie. De aard van de diverse waargenomen veranderingen is voor mannen en vrouwen afzonderlijk weergegeven (tabel 1).

Dat bij de vrouwen relatief meer gewijzigde relaties zowel in gezin als ten opzichte van de omgeving voorkwamen is een gevolg van het reeds genoemde leeftijdsverschil tussen de mannelijke en de vrouwelijke patiënten. Als men namelijk deze leeftijdsfactor elimineert, vallen de verschillen weg. Dit geldt alleen niet voor de veranderingen in relatie tot de kinderen. Bij de vrouwelijke myocardinfarctpatiënten werd namelijk dikwijls de zorg voor het gezin overgenomen door een der kinderen. Dit werd uiteraard als zodanig op prijs gesteld, maar anderzijds werd de patiënt zich toch wel pijnlijk bewust van de zich in deze omstandigheden voltrekkende relatiewijzigingen. Tenslotte zij met betrekking tot tabel 1 nog vermeld, dat een verandering in omgang met familie, burens of kennissen niet altijd een vermindering van de contacten

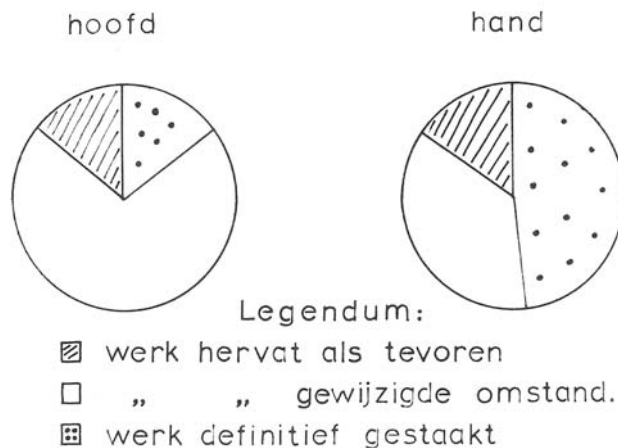
Tabel 1. Overzicht van de aard der milieuwijzigingen bij mannen en vrouwen afzonderlijk.

Wijziging milieu-omstandigheden na infarct		Totaal	Vrouwen	Mannen
Gezin:	echtgeno(o)t(e) . . .	33	9	42
	kinderen	12	13	25
	wonen	9	9	18
	derving inkomen . .	36	1	37
Arbeid:	aard, dagindeling .	47	2	49
	definitief staken . .	42	1	43
Omgeving:	familieleden	27	14	41
	vrienden	19	9	28
	burens	8	6	14

impliceert. Soms was er zelfs duidelijk sprake van een meer intensief contact.

Er bleek een samenhang te zijn tussen de beroepsklasse en veranderingen in de arbeidssituatie (figuur 3).

WERKHERVATTING NA INFARCT



Figuur 3. Wijzigingen in de arbeidssituatie van 108 hartinfarctpatiënten, verdeeld in twee beroepsklassen.

Het eerste sectordiagram in deze figuur representeert de zogenaamde hoofdarbeiders, ongeveer overeenkomend met de groepen I tot en met III volgens de indeling van Warner. Het tweede diagram vertegenwoordigt de zogenaamde handarbeiders, overeenkomend met de groepen IV tot en met VI. Er blijkt een significant verschil ($p < 0,01$) te zijn in die zin, dat de mogelijkheden om onder gewijzigde omstandigheden het werk te hervatten bij de hoofdarbeiders aanzienlijk groter zijn. Het gevolg is uiteraard een belangrijk groter percentage definitieve werkstakingen in de tweede beroepsgroep.

Er bleek ook een samenhang te bestaan tussen de opgetreden wijzigingen in arbeidssituatie en gezinsrelaties (tabel 2).

Met toenemende veranderingen in de arbeidssituatie blijkt tevens de frequentie der veranderingen in de gezinsrelaties te stijgen. De medicus heeft nog altijd een belangrijke stem bij het al of niet hervatten van de werkzaamheden en het is goed te bedenken, dat men met een geheel of gedeeltelijk werkverbod niet alleen ingrijpt in de arbeidssituatie van de patiënt, maar dat men hem met dit verbod tevens plaatst voor aanpassingsproblemen in het gezin, welke lang niet altijd op bevredigende wijze worden opgelost.

Vervolgens geeft tabel 3 een overzicht van de problematiek, waarmede de huisartsen door hun patiënten werden geconfronteerd.

De eerste rubriek vermeldt de aan de huisarts voorgelegde klachten respectievelijk problemen. De

Tabel 2. Wijzigingen in arbeidssituatie en in gezinssituatie van 91 ambulante myocardinfarctpatiënten.

	Wijziging gezinssituatie		
	Wel	Niet	Totaal
Arbeid gestaakt ten gevolge van infarct	19	15	34
Werk hervat, gewijzigde omstandigheden	17	25	42
Werk hervat, zelfde omstandigheden	4	11	15
Totaal	40	51	91

Tabel 3. Klachten respectievelijk psychische veranderingen bij myocardinfarctpatiënten, als zodanig door de huisarts waargenomen.

Klachten, problemen	Aantal
Vereenzaming	12
Verlies zelfstandigheid	11
Spanningen in gezin	7
Minderwaardigheid	5
Verveling	4
Psychische reacties respectievelijk veranderingen	Aantal
Neerslachtigheid	15
Angst	14
Nervositeit	12
Protest, agressie	11
Dissimulatie	5

tweede rubriek geeft een beeld van de psychische reacties respectievelijk veranderingen, welke door de huisartsen als zodanig werden waargenomen, althans als zodanig werden geïnterpreteerd. Tien huisartsen zagen bovendien een vermeerderd spreekuurbezoek van echtgenotes van myocardinfarctpatiënten.

De rol, welke de huisarts bij al die milieu-aspecten speelde, was zeer uiteenlopend. Meestal was de huisarts in hoofdzaak gesprekspartner en dan dikwijls tegelijkertijd adviseur. Ook gebeurde het nogal eens, dat de huisarts optrad als bemiddelaar bij het verkrijgen van een of andere vorm van maatschappelijke hulp. Slechts zelden was de huisarts alleen maar toeschouwer.

Nu weten wij, dat het functioneren van een huisarts niet alleen wordt bepaald door hoedanigheden van de patiënt en zijn ziekte, maar evenzeer

door de persoonlijkheid van de arts zelf. Het is dus mogelijk dat de 50 huisartsen, die juist aan dit onderzoek hebben willen deelnemen, meer milieuveranderingen hebben gezien en met meer problemen zijn geconfronteerd dan andere huisartsen. Bovendien kunnen wij het effect van deze vorm van medische zorg op de gezondheidstoestand van de patiënt niet in maat of getal uitdrukken. Echter te oordelen naar de bereidheid, waarmee de patiënten lange tijd onder controle van de huisarts bleven en gezien de door de patiënten geuite waardering, mogen wij veronderstellen dat deze zorg voor de patiënten niet onbelangrijk is.

Wanneer iemand een myocardinfarct krijgt verandert er ongelooflijk veel in zijn leven. Iedere huisarts kent uit ervaring het ingrijpende, soms catastrofale karakter van deze aandoening. Wanneer dan de patiënt de schokreactie van het acute gebeuren te boven is, volgt meestal een moeizame periode, waarin de opgave is gesteld vorm en inhoud te geven aan een in vele opzichten gewijzigd en gehandicapt bestaan. Gedurende deze kritieke levensperiode kan een begrijpende en deelnemende begeleiding van een huisarts voor de patiënt van groot belang zijn. Men dient dan ook de bovengenoemde onderzoekresultaten te beschouwen tegen de achtergrond van deze essentiële huisartsfunctie het begeleiden van zijn patiënten.

Samenvatting

Door 50 huisartsen werden gegevens verstrekt betreffende 154 patiënten, bij wie een half jaar of langer geleden een myocardinfarct was ontstaan. Bij deze patiënten was de gemiddelde leeftijd van de vrouwen ruim negen jaar hoger dan die van de mannen. Door deze huisartsen werden wijzigingen in de gezinssituatie waargenomen bij 66 patiënten, veranderingen in de arbeidssituatie bij 92 patiënten en een veranderde relatie tot de omgeving bij 59 patiënten. De aard van deze milieuveranderingen wordt besproken evenals de rol, welke de huisartsen hierbij speelden. De mogelijkheden tot werkhervatting onder aangepaste omstandigheden bleken het grootst in de hoge beroepsklassen. De wijzigingen in de gezinsrelaties namen toe, naarmate de veranderingen in de arbeidssituatie meer ingrijpend waren.

Summary. Psychosocial repercussions of myocardial infarction.

Fifty general practitioners supplied data on a total of 154 patients who had sustained myocardial infarction at least six months previously. The average age of the female patients in the series exceeded that of the males by some 9 years. The general practitioners observed changes in the family situation of 66 patients, in the working situation of 92 patients and in the relation to the environment of 59 patients. The nature of these environmental changes is discussed, with reference to the role of the family doctors in this context. Possibilities to resume work under adjusted conditions proved optimal in the higher professional classes. Changes in family situation proved to increase with more radical changes in the working situation.