

## Een college huisartsgeneeskunde\*

DOOR R. A. DE MELKER, HUISARTS EN MEJ. J. GIELING, MAATSCHAPPELIJK WERKSTER  
BEIDEN TE LENT

Huisarts: Dames en Heren.

De spoedboodschap aan de huisarts om acuut hulp te willen verlenen bij een 40-jarige zelfstandige bloemkweker, die na plotseling ontstane heftige hoofdpijn in korte tijd bewusteloos was geworden, bleek het begin te zijn van een reeks ingrijpende gebeurtenissen voor alle leden van dit agrarische gezin. Niet alleen voor de patiënt zelf, die tot op dat moment nooit ziek was geweest, maar zeker voor zijn echtgenote, 37 jaar oud, bij de huisarts bekend vanwege nerveuze klachten — mogelijk in verband staande met de inwoning van haar schoonmoeder —, alsook voor hun drie kinderen. De inwonende ouders van de man ondervonden eveneens de gevolgen van deze plotselinge ziekte. De grootvader, 75 jaar oud, lijdend aan hypertensie en cerebrale doorbloedingsstoornissen is nog steeds werkzaam in het bedrijf. De grootmoeder, een veel-eisende klagende vrouw van 82 jaar, werd door de huisarts behandeld voor CARA, diabetes mellitus en arthrosis deformans.

Bij aankomst van de huisarts was de patiënt niet meer aanspreekbaar, hij vertoonde een parese van de rechterarm en het rechterbeen alsmede een facialisparese rechts. Bij verder lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Uit de heteroanamnese bleek, dat de hoofdpijn links frontaal was gelokaliseerd en dat deze was ontstaan na zwaar lichamelijk werk.

Voor een uitvoerig neurologisch onderzoek van de jonge man met het beeld van een hemiparese, mogelijk ten gevolge van een apoplexie op basis van een congenitale afwijking, was opnemings in een goed geoutilleerd medisch centrum dringend noodzakelijk. De patiënt werd dan ook met spoed op de neurologische afdeling van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen (hoofd: Prof. Dr. J. J. G. Prick) opgenomen.

De eerste behandelingsfase van de kant van de huisarts, namelijk de acute hulpverlening was hiermede afgesloten, de tweede fase, namelijk de begeleiding van de patiënt en van zijn gezin tijdens diens opnemings in het ziekenhuis was begonnen.

Bij neurologisch-specialistisch onderzoek wer-

\* Van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut. Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

den, behalve de reeds genoemde afwijkingen een rechtszijdige hemianopsie, een sensomotorische afasie en beiderzijds een voetzoolreflex volgens Babinski gevonden. De voorlopig gestelde diagnose, intracerebraal hematoom met arachnoïdale bloeding, werd bevestigd: bij lumbaalpunctie liep bloederige liquor af en bij linkszijdige percutane carotisarteriografie bleek het beeld van een arterioveneus aneurysma links temperopariëtaal te bestaan met tekenen van een hematoom.

In de loop van enkele dagen werd de man weer compos mentis, terwijl de parese van arm en been zich geheel had hersteld. Zes dagen na opnemings was de algemene toestand verbeterd en kon de patiënt naar de neurochirurgische afdeling (hoofd: Dr. H. A. D. Walder) worden overgeplaatst. Er werd een linkszijdige temporale trepanatie verricht. Door middel van een temporale punctie werd het hematoom ontledigd. Het perifeer gelegen abnormale vaatconvoluut werd gecoaguleerd en in toto bevroren.

Postoperatief bleek de patiënt in de war en afatisch te zijn, maar langzamerhand trad verbetering in, hoewel een duidelijke contactstoornis bleef bestaan. Zes weken na zijn opnemings werd hij in redelijk goede conditie ontslagen.

Gedurende het verblijf in het ziekenhuis, een technisch-specialistische fase in het ziekteproces van deze patiënt, was ook voor de huisarts een belangrijke taak weggelegd, zowel ten aanzien van de patiënt zelf evenals met betrekking tot diens gezin.

a De taak van de huisarts ten aanzien van de patiënt gedurende diens verblijf in het ziekenhuis kan men als volgt samenvatten.

1 Het tonen van belangstelling, eventueel het geven van uitleg en voorlichting over het diagnostische en therapeutische proces, het luisteren naar de problemen van de patiënt en wat dies meer zij.

2 Het vervullen van een „brugfunctie” tussen de patiënt in het ziekenhuis enerzijds en zijn gezin anderzijds.

3 Het verlenen van continue zorg door op de hoogte te blijven van het diagnostische en therapeutische proces om na het ontslag de behandeling beter te kunnen overnemen.

4 Het medebeoordelen van het moment van ont-

slag, dit met het oog op de kennis van de huisarts ontrent gezins- en verzorgingssituatie van deze patiënt.

b De taak van de huisarts in het gezin van de patiënt was eigenlijk reeds in de eerste fase van de ziekte begonnen. Immers de huisarts behandelt niet alleen ziekten, maar de totale zieke mens en de gevolgen welke ziekte bij de individuele patiënt voor diens gezin heeft.

Welke gevolgen had dit acute gebeuren voor het gezin?

1 Door het uitvallen van de kostwinner ontstonden grote financiële problemen, omdat hij niet tegen het risico van ziekte was verzekerd.

2 De echtgenote kwam plotseling alleen te staan voor de zorg van het gezin en voor de verantwoordelijkheid van de voortzetting van het bedrijf.

3 De voortzetting van het bedrijf kon slechts worden gerealiseerd door inschakeling van een tijdelijke hulpkracht en hulp van de inwonende vader.

Voor de echtgenote van patiënt, blijken drie concrete vragen op te doemen.

1 Zal mijn man weer herstellen?

2 Indien hij herstelt, zal hij invalide blijven en zal hij in staat zijn het bedrijf voort te zetten?

3 Welke gevolgen zullen de psychische en somatische veranderingen welke mijn man zal ondergaan, hebben voor de relaties in het gezin?

Door al deze vragen ontstond een discrepantie tussen de belasting enerzijds en haar geestelijke draagkracht anderzijds. Een en ander uitte zich in diverse, voornamelijk lichamenlijk beleefde klachten: hoofdpijn, pijn op de borst, aërofagie. De huisarts kon hierop adequaat reageren door het voeren van enkele gesprekken, het geven van sedativa en door het inroepen van de hulp van een deskundige ten aanzien van materiële en immateriële sociale problematiek: de maatschappelijk werkster.

Na het ontslag van de patiënt trad voor de huisarts de derde behandelingsfase in. Zijn taken in deze fase waren de volgende:

1. Begeleiding en stimulering van de revalidatie van de patiënt, zowel lichamenlijk, geestelijk als maatschappelijk.

2. De begeleiding van het gezin van de patiënt, zoals bij de tweede fase reeds werd omschreven.

*Begeleiding en stimulering van de revalidatie.*

De patiënt vertoonde bij ontslag nog resten van een facialisparesis, een hemianopsie en tevens een duidelijke sensomotorische afasie, zich uitend in spraak- en schrijfstoornissen. Bovendien had hij karakterveranderingen ondergaan, zijn geestesgesteldheid was euforisch, maar tevens was zijn gedrag agressief vooral ten opzichte van de kinderen.

Door regelmatig bezoek trachtte de huisarts de patiënt te stimuleren bij de oefening van spreken en schrijven, maar ook hier bleek hulp van een deskundige, in dit geval de logopediste, noodzakelijk. De man ging in de volgende maanden goed vooruit en ongeveer een half jaar na het ontstaan van zijn ziekte kon hij weer licht werk in zijn bedrijf verrichten en had hij goede vorderingen gemaakt met zijn schrijf- en spraaklessen. Het in- en aanpassen van de patiënt in zijn gezin en werksmilieu was een groot probleem; dit vereiste geduld van hemzelf en van zijn omgeving en begeleiding door een aantal deskundigen. Het toekomstperspectief was voor hem een groot vraagteken: zou hij in staat blijken het bedrijf voort te zetten, zowel lichamenlijk als geestelijk? Het vinden van ander werk zou uiteraard worden bemoeilijkt door het feit dat hij voor alles zou worden afgekeurd. Bij het nemen van een beslissing zal hij uiteraard deskundige raad nodig hebben, maar vooral zal hij de volledige steun van zijn vrouw en zijn gezin niet kunnen ontberen.

*Begeleiding van het gezin van de patiënt.* Ook na het ontslag uitte zich de grote spanningen waaraan de jonge vrouw in deze onzekere situatie onderhevig was in diverse nerveuze klachten. De grootmoeder, door veel ziekte altijd de aandacht van het gezin voor zich opeisend, kon niet verwerken dat thans alle aandacht van gezin en huisarts op haar zoon was gericht; zij begon diverse klachten te vertonen. Na wat extra aandacht voor haar van de kant van de huisarts verdwenen deze klachten snel. De houding van de jonge vrouw tegenover de inwonende ouders was ambivalent. Enerzijds werden zij als storend en belastend ervaren, anderzijds vulden zij — vooral de vader — een belangrijke rol bij de voortzetting van het bedrijf, zeker nu haar man ziek was geworden.

Wat laat deze patiëntenbespreking zien wat betreft het werk en de taak van de huisarts bij behandeling van zieken?

In elk van de drie fasen van het ziekteproces moet de huisarts de gehele zieke mens behandelen en begeleiden. Hij moet zijn aandacht richten op zowel somatische, psychische, alsmede sociale aspecten van het ziek zijn. Dit betekent een integrale benadering. Deze aspecten zijn niet te scheiden. Verschillende deskundigen zullen de huisarts terzijde moeten staan bij het behandelen van een bepaald aspect van de zieke mens. Hij dient echter deze activiteiten te bundelen tot een integrale aanpak.

Ziekte van een patiënt is niet los te zien van diens gezin: er is een wisselwerking tussen de zieke mens en zijn gezin. De gevolgen van dit ziek zijn kwamen voor het gezin tot uitdrukking in het optreden van lichamenlijke klachten van enkele gezins-

leden, in psychische en relatieproblemen en in een scala van sociale problematiek. Op deze moeilijkheden zal de maatschappelijk werkster nu nader ingaan.

*Maatschappelijk werkster:*

De functie van de maatschappelijk werkster bij dit gezin is te trachten de onderlinge relaties en gevoelens voor elkander tijdens gesprekken wat duidelijker te doen worden en na te gaan welke veranderingen ten gevolge van dit ziektegebeuren in genoemde relaties zijn opgetreden. De maatschappelijk werkster is dus zeker niet alleen deskundig in het hanteren en begeleiden van materiële sociale problemen (bijvoorbeeld financiën). Over de leden van dit typisch agrarische gezin kan het volgende worden gezegd.

De grootvader werkt thans in het door hem opgerichte bedrijf als hulp van zijn zoon. Hij blijkt met dit bedrijf emotioneel nog sterk te zijn verbonden. Hij vraagt in het gezin weinig aandacht en hij gaat volledig in zijn werk op. De grootmoeder heeft een gedragspatroon dat erop neerkomt dat zij ziek wordt wanneer zij een situatie niet meer aankan. Terwijl zij vroeger het middelpunt van het gezin was, is haar taak thans overgenomen door haar schoondochter die het huishouden voert in wat de grootmoeder ervaart als háár huis en háár keuken. Dit roept negatieve gevoelens op, welke zij echter niet kan uiten in verband met de bedreiging van verlies van genegenheid van haar schoondochter. Deze gevoelens worden versterkt doordat alle aandacht van de gezinsleden en hulpverleners zich richt op haar zoon en schoondochter.

Nadat de maatschappelijk werkster een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd, kan zij in gesprekken dergelijke negatieve gevoelens naar voren laten komen. Dergelijke gesprekken dienen te worden gevoerd met een houding van empathie (dat wil zeggen mee-ervaren, meevoelen), echtheid en volledige aanvaarding van de cliënt zoals deze is. Het uiten van negatieve gevoelens kan bedreigend zijn, indien een en ander niet volledig door de hulpverlener zou worden geaccepteerd. Wanneer de grootmoeder bijvoorbeeld zegt „Mijn schoondochter is nooit aardig voor mij” kan de maatschappelijk werkster laten merken dat zij deze uiting begrijpt en volledig accepteert door te zeggen „Het is ook moeilijk voor u omdat u zich door uw schoondochter uitgeschaakeld voelt”.

Hoewel deze spanningen in dit gezin al jarenlang bestonden, hebben de gezinsleden deze, zoals zo vaak gebeurt, zoveel mogelijk voor buitenstaanders trachten verborgen te houden. Thans komen de spanningen ten gevolge van de ziekte van de man duidelijk naar voren.

De jonge vrouw heeft het gevoel alleen te staan,

daardoor kunnen bij haar ambivalente gevoelens ten opzichte van haar man worden opgeroepen: „Wat heb ik aan zo'n man, die ik moet ontzien en die agressief is tegen de kinderen, moet ik altijd maar geven en mag ik niets van hem verwachten?” Ook hier kan de maatschappelijk werkster de vrouw voorzichtig haar gevoelens laten uiten.

De patiënt zelf heeft het bij zijn terugkeer in het gezin niet gemakkelijk, maar omgekeerd is het ook voor de gezinsleden een belasting. Men is bezorgd en bang dat hem een ongeluk zal overkomen of dat zijn ziekte weer zal terugkeren. De patiënt maakt zich aan de ene kant zorgen over zijn slechte geheugen, aan de andere kant is hij trots erop dat hij toch zijn werk weer gedeeltelijk kan verrichten. Hij is zich zijn agressie ten opzichte van zijn kinderen bewust, zijn vrouw spaart hij uit angst haar hulp en genegenheid te verliezen. Immers hij is, zoals iedere zieke, afhankelijk van zijn omgeving en in dit geval het meest van zijn vrouw. Over zijn toekomst kan hij nog niet zelfstandig beslissen, omdat hij door zijn ziekte uit zijn evenwicht is geslagen. Hij is niet in staat de spanningen welke een bepaalde keuze zou oproepen te verwerken en daarom leeft hij liever voort zoals vóór zijn ziekte.

Tegenover voortzetting van het bedrijf staat hij ambivalent. Om zijn vrouw te sparen zou hij wel ander werk willen zoeken, maar daar tegenover wil hij zijn vader aan wie hij emotioneel nog sterk is gebonden, niet kwetsen door het bedrijf aan een ander over te doen.

De maatschappelijk werkster kan door het versterken van de gevoelens van eigenwaarde van deze man een deel van deze onzekerheid wegnemen en aldus een bijdrage leveren aan het genezings- en aanpassingsproces van de patiënt. Dit kan zij doen door zijn vorderingen met schrijven en rekenen te signaleren en door het werk dat hij weer in zijn bedrijf verricht, positief te waarderen.

Hopelijk is door het bovenstaande enig inzicht ontstaan in de bijdrage welke de maatschappelijk werkster in het genezingsproces kan leveren door herkenning en hantering van relatiestoornissen in een gezin, veroorzaakt of versterkt door ziekte. Door het laten uitspreken van gevoelens en van onderlinge spanningen wordt ieder van de gezinsleden zich zijn eigen rol meer bewust; de belasting van de patiënt en van zijn gezinsleden vermindert, hetgeen genezing bevordert.

*Huisarts:* Door de gevolgen van deze ziekte kwamen sluimerende relatiestoornissen sterker naar voren. De vraag naar de toekomst van deze patiënt is niet los te maken van de gezinssituatie die in de loop van de jaren is ontstaan. Heeft een van de studenten nog vragen over deze patiënt?

*Student 1:* Had de maatschappelijk werkster de

grootmoeder niet meer tot inzicht in haar feitelijke situatie moeten brengen door verder op de problematiek in te gaan?

*Maatschappelijk werkster:* Bij deze vrouw van 82 jaar is het niet mogelijk haar een volledig inzicht in de situatie te geven; zij zou namelijk de opgeroepen gevoelens niet kunnen verwerken en dit zou betekenen dat wij haar geen reële hulp zouden bieden. Artsen zijn vaak geneigd om zoveel mogelijk tot een goede diagnose te komen, waarbij dan vaak de patiënt wordt vergeten. Het gaat meer erom de patiënt zijn gevoelens te laten uiten en te laten merken dat hij wordt geaccepteerd zoals hij is.

*Student 2:* Als ik het goed heb begrepen is het duidelijk dat de grootmoeder een echte hysterica is. Heeft de huisarts deze diagnose niet gesteld?

*Huisarts:* Hysterie is een medische diagnose die een stempel op de patiënt drukt zonder dat in feite iets wordt gezegd over de oorzaak die tot dit gedragspatroon heeft geleid. Zoals de maatschappelijk werkster heeft uiteengezet, gaat het erom ons af te

vragen waarom de grootmoeder zo reageert. Slechts door de patiënte te accepteren zoals zij is, kan daadwerkelijk hulp worden geboden. Het stellen van een diagnose zou hier slechts een etiketteren zijn en niet het bieden van werkelijke hulp.

*Student 3:* Moet de huisarts de patiënt adviseren ander werk te gaan zoeken?

*Huisarts:* Ik ben blij dat deze vraag wordt gesteld. Als huisarts is men namelijk te vaak geneigd adviezen te geven en wij pogen veelal zelf problemen op te lossen. Van de maatschappelijk werkster kunnen wij leren dat het meer erom gaat de patiënt zelf zijn oplossing te laten vinden. Wij moeten hem hierbij helpen door de zaken zo duidelijk mogelijk te stellen, opdat hijzelf tot een oplossing kan komen. Door het geven van adviezen maken wij onze patiënten casu quo cliënten te zeer van ons afhankelijk, terwijl wij hen juist zoveel mogelijk in hun zelfstandigheid moeten laten, zeker een dergelijke onzekere man. Het is echter wèl de taak van de huisarts de patiënten duidelijk te maken wat de consequenties van bepaalde beslissingen zijn.

## *Mogelijkheid tot een onderzoek naar diagnoses van de sterfte-statistiek\**

In 1965 verscheen het verslag van een studie in W.H.O. Public Health Papers nummer 27, over een onderzoek in twaalf steden in de Verenigde Staten en Engeland naar de doodsoorzaken uit de sterfte-statistieken. De diagnose van de doodsoorzaak, die officieel was opgegeven, werd vergeleken met de diagnose welke een specialistisch team naar aanleiding van de ziektegeschiedenis, hetero- en homo-anamnese en patholoog-anatomische verslagen had opgesteld. Hierbij bleek dat ongeveer 40 procent der diagnoses verschillen vertoonde.

De sterfte-statistiek in Nederland, zoals door het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt gepubliceerd, berust op de door artsen middels het B-formulier aangegeven sterfgevallen. Bij overlijden in een ziekenhuis wordt de door de behandelende artsen gestelde diagnose slechts in een deel der gevallen aangevuld of gecorrigeerd door sectie-bevindingen. Een ander deel van de sterfte-statistiek berust op aangifte van de doodsoorzaak door huisartsen bij overlijden van patiënten thuis. Uit het decembernummer 1968 van de maandstatistiek van „Bevolking en Volksgezondheid”

blijkt, dat het aantal thuis overleden personen in 1967, 56 procent uitmaakte van het totaal aantal overledenen.

Het is de vraag of de opgegeven doodsoorzaken juist zijn, immers secties en andere onderzoekingen na de dood zijn in de huisartspraktijk vrijwel onmogelijk. Niettemin worden uit deze gegevens van de huisartsen ook ten aanzien van beleidskwesties in de volksgezondheid conclusies getrokken. Het zou daarom interessant zijn de betrouwbaarheid van de door huisartsen opgegeven doodsoorzaken na te gaan en zo mogelijk tot een schatting te komen van deze betrouwbaarheid. Uiteraard zou ook een onderzoek naar de juistheid van de aangifte van de doodsoorzaak van in ziekenhuizen overleden patiënten overweging verdienen.

In een werkgroep van huisartsen en internisten in Amsterdam kwam het idee naar voren om de betrouwbaarheid van de ingevulde doodsoorzaken in de eigen praktijk te toetsen. Deze werkgroep van elf huisartsen en twee internisten bestond al enige jaren als „interne” studiegroep en had als doel nascholing in de interne geneeskunde te bedrijven. De huisartsen besloten van ieder sterfgeval in de praktijk het B-formulier in duplo in te vullen. Op het exemplaar dat niet naar het C.B.S. werd opge-

\* Commissie Wetenschappelijk Onderzoek; C. H. A. Westhoff, rapporteur.