

- ¹⁰ Cooper SA, Beaver WT. A model to evaluate mild analgesics in oral surgery outpatients. *Clin Pharmacol Ther* 1976; 20: 241-50.
- ¹¹ Houde RW, Wallenstein SL, Beaver WT. Clinical measurement of pain. In: Stevens G de, ed. *Analgetics*. New York: Academic Press, 1965.
- ¹² Beaver WT, McMillan D. Methodological considerations in the evaluation of analgesic combinations: acetaminophen (paracetamol) and hydrocodone in post partum pain. *Br J Clin Pharmacol* 1980; 10: 215S-23S.
- ¹³ Skjelbred P, Lokken P. Codeine added to paracetamol induces adverse effects but did not increase analgesia. *Br J Clin Pharmacol* 1982; 14: 539-43.
- ¹⁴ Loenen AC van. Chefarine 4 en andere; enige overpeinzingen bij een verandering. *Pharm Weekbl.* 1983; 117: 861-4.
- ¹⁵ Schukes van de Pol JA, Hovinga G. Pijnbestrijding bij patiënten met kanker. *Geneesmiddelenbulletin* 1981; 15: 63-7.
- ¹⁶ Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: CMPC 1984; 57.
- ¹⁷ Offerhaus L. Hoe veilig is paracetamol? *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 117: 1058-60.
- ¹⁸ Cox HLM, Wuis EW. Antipyretische analgetica voor jonge kinderen. *Pharm Weekbl* 1979; 114: 1355-67.
- ¹⁹ Rost ACM. Antipyretische analgetica voor kleine kinderen. *Pharm Weekbl* 1980; 115: 1249-52.
- ²⁰ Kind LAP de, Vink-Stphan JJ. Toedieningsvormen van diazepam. *Pharm Weekbl* 1979; 114: 8059.
- ²¹ Booy RH. Pijnbestrijding met enkelvoudige analgetica in de tandheelkunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1972; 116: 69-75.
- ²² Laska EM, Sunshine A, Zigelboim I, et al. Effect of caffeine on acetaminophen analgesia. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 498-509.
- ²³ Moertel CG, Ahmann DL, Taylor WF, Schwartz N. Relief of pain by oral medications. *JAMA* 1974; 229: 55-9.
- ²⁴ Anonymous. Caffeine: a useful additive to nonprescription analgetics? *Am Pharm* 1983; NS23: 506.
- ²⁵ Laska EM, Sunshine A, Mueller F, Elvers WB, Siegel C, Rubin A. Caffeine as an analgesic adjuvant. *JAMA* 1984; 251: 1711-18.
- ²⁶ Ginneken CAM van, Meyer DKF. Antipyretische en antiflogistisch-antipyretische analgetica. In: Lammers W, Nelemans FA, Bouwman ThJ, et al, red. *Algemene farmacotherapie: het geneesmiddel in theorie en praktijk*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1980.
- ²⁷ Moolenaar F, Oldenhof NJJ, Groenewoud W, Huizinga T. Absorption rate and bioavailability of acetylsalicylic acid and its calcium salt after oral and rectal administration. *Pharm Weekbl (Sci)* 1979; 1: 243-53.
- ²⁸ Moolenaar F, Cox HLM. Rectaal absorptieprofiel van codeïne vanuit zetabletten bereid met codeïnefosfaat en acetylsalicylzuur. *Pharm Weekbl* 1983; 118: 818-21.

DRS. M. L. M. CEHA EN DRS. M. J. A. DE JONGE*

Een cursus gezinsgeneeskunde voor huisartsopleiders

In het cursusjaar 1982-83 is in Leiden voor het eerst een cursus gezinsgeneeskunde georganiseerd voor huisartsopleiders. De cursus berust op twee uitgangspunten: de basiselementen van de systeemleer (gezinsopbouw, relatiepatronen, gezinsconcepten e.d.) en een aantal registratiemodellen die aspecten van de gezinsbenadering visualiseren en het werken als gezinsarts ondersteunen. Met deze cursus wordt beoogd, de opleider te leren bewust gebruik te maken van gezinsdynamische concepten bij de opleiding van de arts-assistent. Het artikel wordt besloten met een kort onderwijsprogramma voor de arts-assistent.

Inleiding

Een van de visites betreft een drie maanden oude zuigeling uit het gezin B. Het kind heeft 38,5° en spuugt. De huisarts-opleider besluit de arts-assistent te laten gaan. Nadat de arts-assistent heeft aangegeven, wordt de deur opengedaan door een jonge vrouw van omstreeks 20 jaar. „Goedemorgen”, zegt de arts-assistent, „Ik ben dokter V, de assistent van uw huisarts. Ik kom naar de baby kijken”. De vrouw laat hem binnen en gaat hem voor naar het kindje. Nadat de baby is onderzocht, vraagt de arts-assistent aan de vrouw: „Krijgt ze de fles of geeft u borstvoeding?”, waarop de vrouw een beetje schrikt en verlegen lacht: „Ik ben de moeder niet, dokter”. „Oh, dan bent u dus de moeder”, zegt de arts-assistent tegen een omstreeks 40-jarige vrouw, die inmiddels ook is binnengekomen. De vrouw ontkent dat en de arts-assistent voelt zich opgelaten.

De arts-assistent maakt deze vergissing, omdat hij kennelijk niet op de hoogte is van de samenstelling van dit gezin. Niet onoverkomelijk, maar wel jammer. Mevrouw B heeft twee dochters, een van 20 en een van 17 jaar. De jongste dochter is een ongehuwde moeder, die met haar baby bij haar moeder inwoont. Zij heeft

een baan en verdient zodoende de kost voor zichzelf en haar kind. Bovendien heeft zij zo een goede oppas voor haar baby.

Iedere huisarts weet van de meeste gezinnen uit zijn praktijk wel hoe ze zijn samengesteld. Die kennis is voor hem zo vanzelfsprekend, dat hij zich daarvan soms niet eens bewust is. Vaak staat dan ook slechts een gedeelte van de achtergrondinformatie van de patiënt op de kaart en werkt de huisarts veel op zijn geheugen.

Ook weet iedere huisarts dat gezinssituatie en ziektegedrag vaak samenhangen. In een wisselwerking beïnvloedt ziekte het functioneren van een gezin en kan de wijze waarop een gezin functioneert, ziekmakend werken.

De invloed van ziekte op het gezin is meestal duidelijker dan omgekeerd. Een paar voorbeelden:

- wanneer moeder ziek wordt, moeten er voorzieningen worden getroffen, zoals voor het verzorgen van de kinderen, het huishouden en de boodschappen;
- wanneer een van de kinderen ziek wordt, is moeder aan huis gekluisterd en moet extra aandacht aan het zieke kind worden besteed;
- wanneer vader ziek wordt, zal men moeten wennen aan zijn constante aanwezigheid thuis; bovendien kan dat financiële gevolgen hebben voor het gezin.

Kortom, wanneer een van de gezinsleden ziek is, moeten de anderen zich daaraan aanpassen. Bovendien hebben

* Mevrouw Ceha is klinisch psycholoog, mevrouw De Jonge is socioloog; beide auteurs zijn verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden. De beschreven cursus is door hen ontwikkeld en gegeven, samen met Prof. dr. J. D. Mulder Dzn en Dr. A. N. de Wolf.

sommige ziekten medische consequenties voor de overige gezinsleden, zoals besmettingsgevaar bij infectieuze aandoeningen en risico's voor de andere gezinsleden bij erfelijke aandoeningen. Dat het optreden van ziekte en ziektegedrag van patiënten ook kan worden bepaald door de manier waarop het gezin functioneert, is voor de meeste huisartsen nog niet zo vanzelfsprekend. Een paar voorbeelden:

– wanneer kinderen in bed plassen, niet kunnen inslapen of altijd ongelukken veroorzaken, kan dat een symptoom zijn van een gezinssituatie waarin deze kinderen geen andere mogelijkheid hebben om binnen het gezin aan bod te komen: niet alleen een ziek kind, maar ook een bedplassend kind, een slecht slapend kind en een pechvogel krijgen extra aandacht;

– chronische of steeds recidiverende klachten van ouders kunnen een uiting zijn van een slechte huwelijksrelatie; ook hier kan ziekte een teken zijn van een niet goed functionerend gezin in plaats van een niet goed functionerend lichaam.

Het kunnen herkennen van deze wisselwerking is van groot belang voor de huisarts die zich als gezinsarts wil opstellen. Daarom heeft de vakgroep huisartsgeneeskunde te Leiden een cursus gezinsgeneeskunde ontwikkeld, die in het cursusjaar 1982-83 aan huisartsen is gegeven in het kader van hun opleiderschap. Doel van deze cursus was de huisartsopleiders middelen te verschaffen om zelf gericht en systematisch als gezinsarts te kunnen werken. Daarnaast werden de huisartsopleiders getraind in vaardigheden om de arts-assistent in het functioneren als gezinsarts te kunnen opleiden. Delen van deze cursus worden inmiddels ook in de arts-assistentgroepen behandeld, zodat de leerprocessen van huisartsopleider en arts-assistent beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

De cursus gezinsgeneeskunde berust op twee uitgangspunten:

– de basiselementen van de systeemleer;

– enkele registratiemodellen die aspecten van de gezinsbenadering visualiseren en het werken als gezinsarts ondersteunen.

Deze twee uitgangspunten worden hieronder verder uitgewerkt.

Systeemleer

In de systeemleer¹⁻⁴ wordt het gezin gezien als een eenheid, gevormd door

de gezinsleden die onderling op elkaar zijn betrokken. Het gezin staat niet op zichzelf, maar heeft een constante wisselwerking met de sociale omgeving. Hierdoor is het gezin steeds aan verandering onderhevig.

Het gezin als systeem heeft ook een aantal kenmerken. Zo heeft ieder gezin een bepaalde structuur: een vast patroon van acties en reacties dat de verhouding tussen de gezinsleden onderling regelt. Vervolgens heeft ieder gezin bepaalde grenzen, waarmee het zich afschermt tegen en tegelijk profileert ten opzichte van de buitenwereld. Het gezin zal zich ten opzichte van de omgeving zodanig gedragen, dat het voortbestaan van het gezin wordt gewaarborgd in goede harmonie, zowel binnen het gezin zelf als in relatie tot de omgeving.

Opbouw van het gezin. Voor de huisarts is het belangrijk te weten welke personen tot een bepaald gezin behoren. De taak en functie van het gezin hangen sterk af van de fase waarin het gezin verkeert.

In de literatuur worden globaal drie fasen genoemd:

– de *wordingsfase* wordt gekenmerkt door het ontwikkelen van de rol van echtgenoot en echtgenote; later, bij de komst van het eerste kind, worden deze rollen uitgebreid met die van vader en moeder;

– in de *stabilisatiefase*, waarin het gezin voltooid raakt, hebben zich een gezinsritme en een aantal vaste gewoonten ontwikkeld;

– in de *involutiefase*, wanneer de kinderen een voor een het huis verlaten, staat het zoeken naar een nieuw levensritme en een nieuw evenwicht tussen man en vrouw op de voorgrond.⁵

Gezinnen die er niet in slagen de bij een bepaalde gezinsfase passende taak en functie te vervullen, zijn kwetsbaarder en de leden zullen eerder lichamelijke klachten vertonen, dan leden van gezinnen waarin de ontwikkelingen harmonisch verlopen.

De overgang van de ene fase naar de andere gaat gepaard met een verstoring van het bestaande evenwicht. Deze verstoring is het gevolg van het zoeken naar een nieuw evenwicht en is dus van tijdelijke aard. In de periode tussen twee fasen is ieder gezin extra kwetsbaar. Klachten die in zo'n periode de huisarts bereiken, kunnen een signaalfunctie hebben en uitdrukking zijn van een nog niet gevonden aanpassing aan de eisen van een nieuwe fase. Wanneer de huisarts dergelijke klachten behandelt vanuit een strikt medisch model, kan dat

een inadequaat antwoord zijn op een „ziekmakend” probleem, dat eerder in de gezinssfeer zou moeten worden aangepakt.

Onderlinge relatiepatroon. Ieder gezin kent niet alleen relaties die het hele gezin omvatten, maar ook een aantal relatiepatronen waarbij slechts enkele gezinsleden zijn betrokken. Deze patronen worden in de gezinsbenadering „subsystemen” genoemd. De belangrijkste zijn: het subsysteem van de echtgenoten, het subsysteem van de ouders en het subsysteem van de kinderen. Wanneer een of meer van deze subsystemen niet goed functioneren, ontstaan problemen in de onderlinge relaties. Deze kunnen een gezonde ontwikkeling van de gezinsleden in de weg staan. De problemen worden vaak in lichamelijke klachten vertaald.

Daarnaast is ook de vorm van de relaties van belang: gaan de gezinsleden en met name de echtgenoten met elkaar om als gelijken (de symmetrische relatievorm), of is er sprake van een zekere hiërarchie en ongelijkheid in de omgang met elkaar (de complementaire relatievorm)?

Specifieke gezinsconcepten. Het gezinsfunctioneren kan niet volledig begrepen worden met uitsluitend kennis van de gezinsopbouw en het relatiepatroon. Daarvoor is ook kennis van meer specifieke gezinsconcepten nodig. In de cursus werd gewerkt met de volgende concepten:

• *Los-zandgezin versus kluwengezin.*

De begrippen los-zandgezin en kluwengezin hebben betrekking op de structuur van een gezin. Is er tussen gezinsleden weinig saamhorigheid, weinig cohesie, is de interactie met de buitenwereld zo groot dat het gezin als systeem eigenlijk nauwelijks begrensd wordt, dan spreken we van een los-zandgezin. Is daarentegen een gezin sterk onderling betrokken, gaan de regels van het gezin boven de regels die de buitenwereld stelt, en gaat de autonomie van de individuele gezinsleden verloren, dan spreken we van een gezinskluwen.

• *Gezinsmythe.* Ieder gezin heeft zijn eigen „verhaal” over hoe het functioneert. Dit is gebaseerd op het ideaalbeeld dat het gezin van zichzelf heeft. Het is het visitekaartje van het gezin. Hoe meer dit verhaal van de realiteit afwijkt, des te sterker is de dwang van het gezin als systeem om het verhaal in stand te houden.

Mocht één gezinslid de „mythe” willen ontzenuwen, dan is dit bedreigend voor alle gezinsleden. Deze zullen proberen

de mythe in stand te houden. Wanneer het in stand houden van de gezinsmythe belangrijker wordt dan de ontwikkeling van de individuele leden, kan de mythe „ziekmakende” factor worden. Een voorbeeld: „In ons gezin wordt alcohol met mate gebruikt”. Iedereen weet echter dat vader nogal eens een glaasje teveel drinkt.

• **Rigide triade.** In een gezin komen verschillende relatievormen voor. Wanneer deze spelen tussen drie gezinsleden, spreken we van een triade. Een triade wordt rigide genoemd, wanneer twee deelnemers aan de triade een blijvende coalitie vormen tegenover de derde. Degene tegen wie de coalitie is gericht, wordt in de literatuur vaak beschreven als het zwarte schaap, de zondebok en als „the child as the presenting symptom”. Wanneer een rigide triade de generatiegrenzen overschrijdt, zijn de gevolgen meestal ernstiger. In gezinnen met kinderen met gedragsmoeilijkheden komen rigide triades veel voor. De rigide triade is het relatiepatroon dat het „psychosomatische” gezin het meest typeert.

• **Parentificatie.** We spreken van parentificatie wanneer een van de ouders de verantwoordelijkheid afschuift naar (een van) de kinderen. Het betrokken kind krijgt te vroeg de ouderrol opgelegd, waardoor het zich als kind niet meer harmonieus kan ontwikkelen.

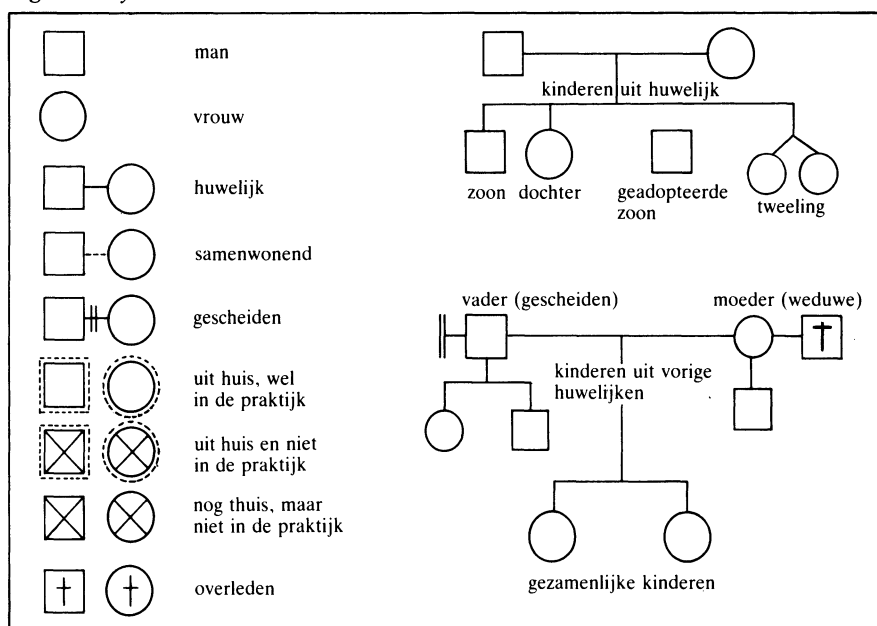
Registratiemodellen

Sinds de invoering van de NHG-kaart heeft het merendeel van de Nederlandse huisartsen afgerekend met het louter op geheugen of via zelf ontwikkelde registratiesystemen vasthouden van patiëntengegevens. Inmiddels heeft dit registratiesysteem bewezen een *must* te zijn voor een adequate en continue zorg. Sindsdien zijn ook regelmatig publicaties verschenen over gezinsregis-

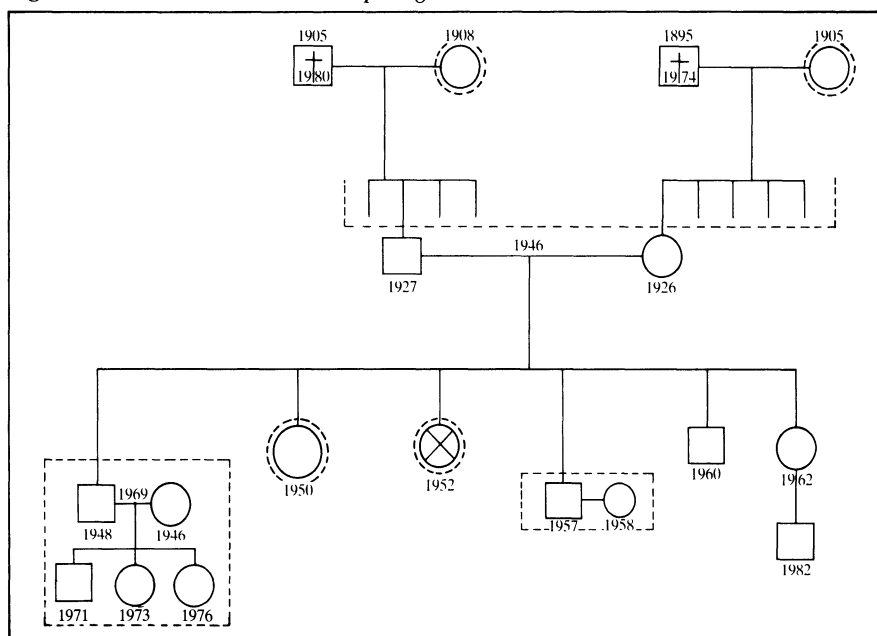
Toelichting bij de figuren 1-3

Voor het maken van een stamboom wordt gebruik gemaakt van een aantal symbolen. Een generatie wordt weergegeven op één lijn. Van de kinderen uit één gezin staat de oudste uiterst links; naar rechts toe is de volgorde chronologisch. Bij de weergave van een echtpaar wordt de man links weergegeven en de vrouw direct rechts van hem. Beide symbolen zijn verbonden door een lijn. Kinderen uit een huwelijk worden weergegeven door symbolen, die door een gemeenschappelijke lijn verbonden zijn met de verbindingslijn van vader en moeder. In de persoonssymbolen kunnen andere gegevens worden weergegeven, zoals vertrek uit de praktijk en overlijden.

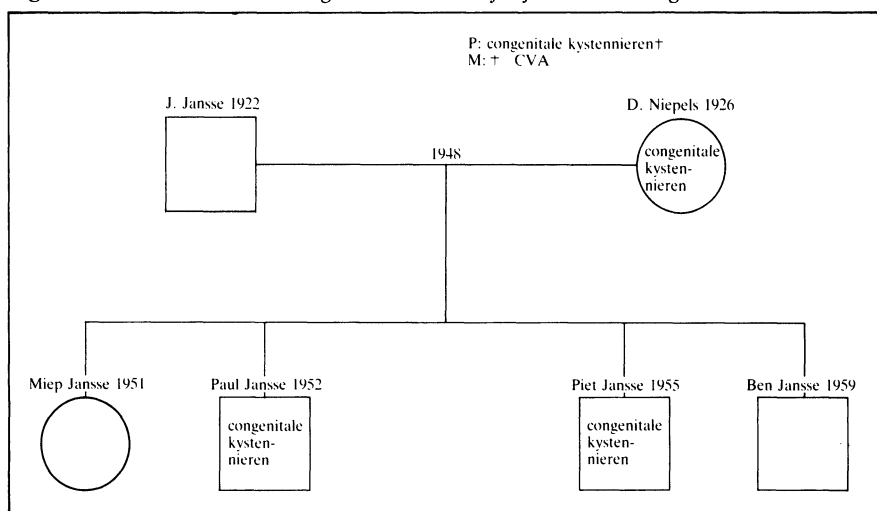
Figuur 1. Symbolen voor het maken van een stamboom.



Figuur 2. Stamboom van een complex gezin.



Figuur 3. Stamboom van een gezin met een erfelijke aandoening.



tratiesystemen in de huisartspraktijk, vooral in de Engelstalige literatuur.⁶⁻¹⁰ Hieruit blijkt dat het gezin, als eenheid van behandeling binnen de huisartsge-neeskundige praktijk, een nieuw punt van oriëntatie is geworden.

Een goed bijgehouden gezinsregistratie geeft de huisarts direct inzicht in de structuur en de samenstelling van een gezin. Daarom is gezinsregistratie een bruikbaar hulpmiddel bij de bepaling van de rol die de klacht of de ziekte van een patiënt speelt, tegen de achtergrond van het gezin.

Met een drietal registratiemodellen is in de cursus intensief geoefend.

Stamboom. Een van de eenvoudigste hulpmiddelen bij de gezinsregistratie is de stamboom. De stamboom geeft een overzicht van de feitelijke samenstelling van het gezin. Met behulp van enige extra symbolen kunnen gegevens worden weergegeven van overlijden, scheiding, adoptie, in- of uitwonend zijn, enz. (figuur 1). Een dergelijk schema geeft vooral nuttige informatie wanneer er sprake is van een complex gezin (figuur 2).

De stamboom biedt nog meer toepassingsmogelijkheden, bijvoorbeeld voor het lokaliseren van erfelijke aandoeningen in een gezin (figuur 3). Ook voor het ontdekken van eventuele patronen in klachten en ziekten kan de stamboom

een goed hulpmiddel zijn; in *figuur 4*, de morbiditeitsstamboom naar Medalie⁸, is dit weergegeven voor drie generaties.

„Time-flow“-kaart. Als tweede registratiemodel noemen we de „time-flow“-kaart. Deze dient om alle ziekten en klachten van de verschillende gezinsleden uit te zetten tegen de tijd. De lichamelijke klachten, ziekten, levensgebeurtenissen, behandelingen, ziekenhuisopnamen e.d. kunnen hierdoor met elkaar in verband worden gebracht. De methode is onder anderen beschreven door Rakel⁷ en Medalie⁸. Voor de Nederlandse situatie heeft Huygen aangetoond hoe verhelderend dit kan werken. In zijn boek *Family medicine* laat hij zien hoe gezinnen door ziekte en ziektegedrag worden bepaald en hoe ziekmakende krachten binnen het gezin een rol kunnen spelen.¹¹

Gezinskaart. Als derde registratiemodel is in de cursus gewerkt met de gezinskaart. Daarop worden de relatiepatronen binnen een gezin aangegeven. De gezinskaart wordt toegepast om de subsystemen van het gezin in beeld te brengen in termen van wie met wie een affectieve band heeft en waar de tegenstellingen en gebondenheden binnen het gezin liggen.

Medalie spreekt in dit verband over een *psychofigure*. Voor de toepassing ervan

hebben wij in de cursus vooral Minuchin² gevolgd (figuur 5). Aan de hand van een dergelijke gezinstekening kan de huisarts ontdekken hoe de relaties binnen een gezin liggen. Dit is vooral van belang voor het opsporen van mogelijk-erwijs ziekmakende relatiepatronen.

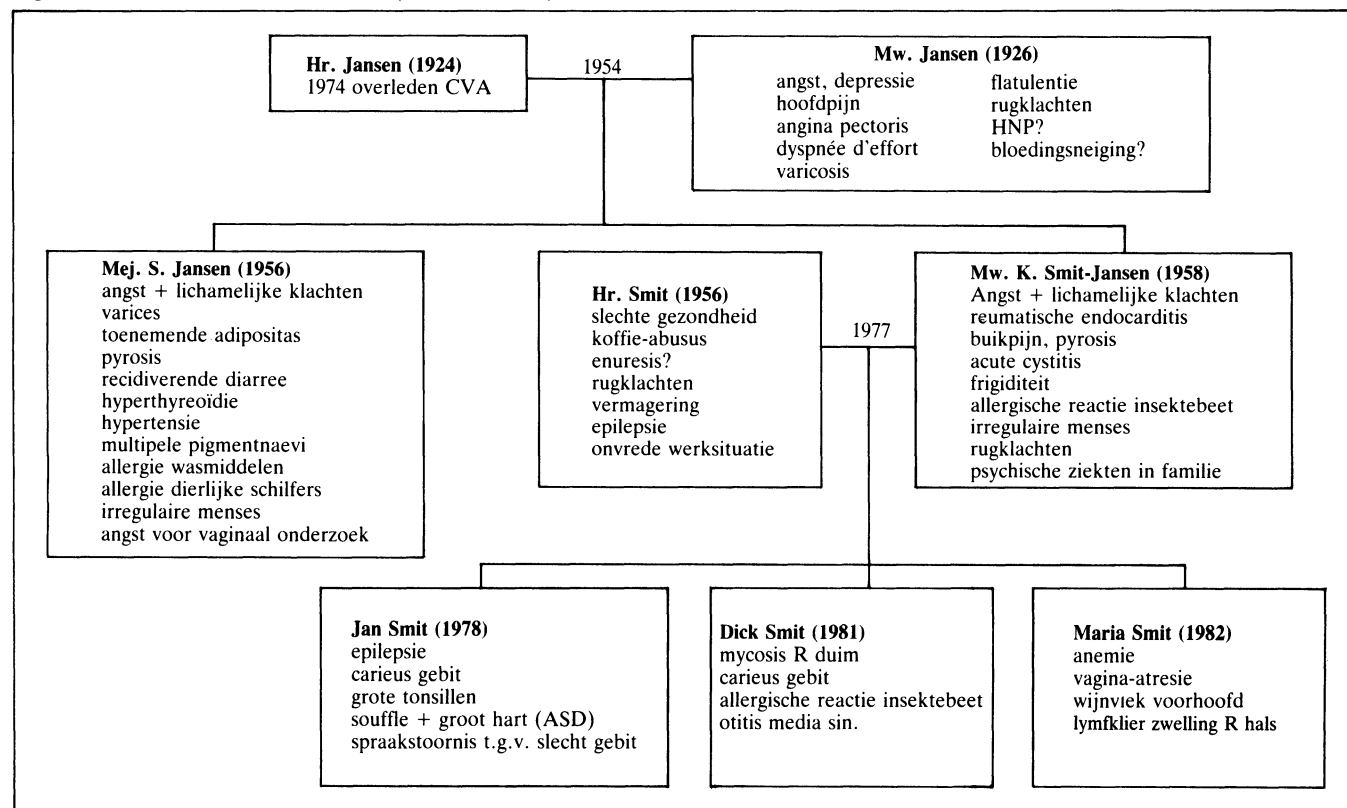
Dergelijke tekeningen zijn slechts een momentopname. Ze kunnen de huisarts echter helpen de huidige gezinsproblemen en klachten te verklaren of uit een gefixeerd behandelingspatroon of impasse te raken. De huisarts die deze methode wil gebruiken, zal zich wel nader moeten verdiepen in het onderwerp relaties.

In de cursus zijn we niet uitgegaan van de Probleemgeoriënteerde registratie voor het gezin¹², omdat deze nog in een te beperkt aantal huisartspraktijken wordt gebruikt. In plaats daarvan hebben we met de gewone groene NHG-kaart gewerkt. Deze biedt voldoende mogelijkheden voor een systematische gezinsregistratie, mits de kaarten per gezin worden gebundeld en de stamboom en/of gezinskaart op een apart registratievel wordt bijgevoegd.

De cursus

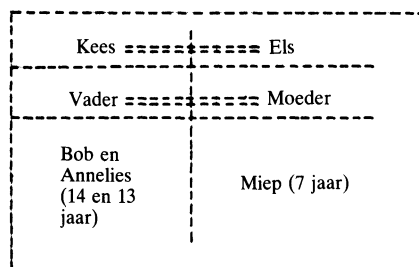
De cursus is opgezet aan de hand van de volgende doelstellingen:

Figuur 4. De morbiditeitsstamboom (naar Medalie⁸).



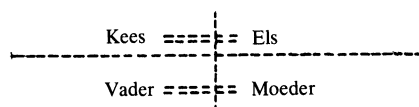
Figuur 5. Voorbeelden van in kaart gebrachte relatiepatronen.

Normaal gezin in stabilisatiefase

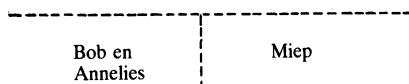


Kees en Els zijn als partners op een goede wijze op elkaar betrokken:
Kees ===== Els.

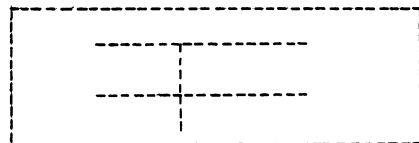
Als vader en moeder is hun betrokkenheid ook goed; tevens weten ze hun partnerrol goed te scheiden van hun ouderrol:



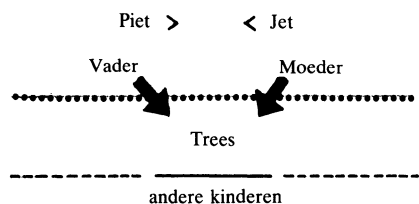
De oudste kinderen vormen met elkaar een subsysteem; als middelbare scholieren krijgen zij meer vrijheden dan de jongste dochter:



Met elkaar vormt het gezin een open systeem met voldoende contactmogelijkheden zowel onderling als naar buiten:



Gezin met een triade

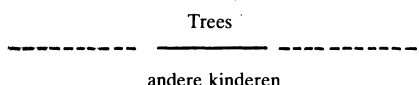


Piet en Jet hebben problemen met elkaar, die ze niet uitspreken. Ze werken elkaar tegen: Piet > < Jet

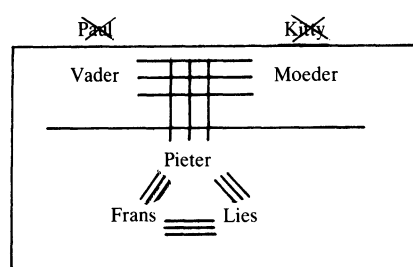
In hun ouderrol van vader en moeder, gebruiken ze Trees als bliksem-aflader bij hun mogelijke problemen. Trees wordt als het ware uit het subsysteem van de kinderen getild:



Trees raakt daardoor geïsoleerd van de andere kinderen:



Gezinskluwen

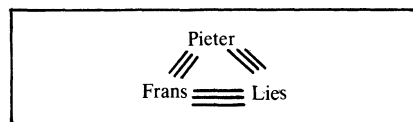


Paul en Kitty doen weinig meer met hun partnerrol: ~~Paul~~ ~~Kitty~~

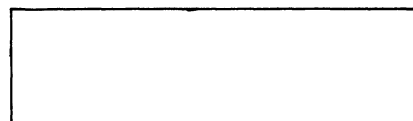
Als vader en moeder hebben ze zich teruggetrokken – het gezaghebbend subsysteem van de ouders: ze zijn bovendien daarin te sterk op elkaar betrokken:



Ook de kinderen onderscheiden zich niet van elkaar, ondanks het leeftijdsverschil van 12, 10 en 5 jaar; ze zijn te sterk op elkaar betrokken.



Het gezin heeft weinig contact met de buitenwereld; de grenzen naar buiten zijn star en gesloten.



Legenda

- duidelijke grens (normaal functionerend gezin)
- vage grens (los-zand gezin)
- starre grens (gezinskluwen)
- ===== betrokkenheid
- ===== te sterke betrokkenheid
- |— conflict
- > omleiding
- > < oppositie

- herkennen van de wederzijdse invloed van ziekte en gezin;
- inzicht verwerven in gezinsfasen en gezinsstructuren;
- herkennen van een crisis in het gezin als begeleidend verschijnsel bij de overgang van de ene gezinsfase naar de volgende;
- herkennen van de wisselwerking tussen gezinsinteracties en het optreden van klachten (ziekten);
- leren formuleren wat de klacht is en om wiens probleem het eigenlijk gaat;
- eigen mogelijkheden en grenzen met betrekking tot de „gezinsbehandeling” leren zien.

De cursus is gehouden op zes vrijdagen in de periode van november 1982 tot juni 1983.

De volgende thema's werden behandeld:

- het „normale” gezin;
- invloed van ziekte op gezin;
- samenhang ziekte gezin/gezin ziekte;
- gezinsconcepten en systemen;
- verwijsproblemen en verwijsvragen.

Iedere cursist ontving vóór elke zitting een samenvatting van de aangeboden theorie. Daarnaast kregen de deelnemers opdrachten en werd hen gevraagd casuïstiek uit de praktijk in te brengen. Elk thema werd kort ingeleid. Daarna werd op verschillende manieren met het materiaal geoefend.

Op de eerste cursusdag werd apart aandacht besteed aan de kennismaking met een nieuwe patiënt in de praktijk. Hierbij werden een aantal vormen besproken voor het verzamelen en vastleggen van gegevens over nieuwe patiënten.* De nadruk werd gelegd op gegevens die van belang kunnen zijn voor de huisarts als gezinsarts.

Verder werd er in de verschillende oefeningen gewerkt met „papieren gezinnen”, gezinnen uit de praktijk van de

opleiders, casuïstiekbesprekingen en rollenspellen. De reeds beschreven registratiemodellen vormden bij alle oefeningen de rode draad. Vervolgens kwamen ook crisissituaties in gezinnen aan de orde. Hierover brachten de deelnemende huisarts-opleiders casuïstiek in die het uitgangspunt voor consultatie in de groep vormde.

De laatste cursusdag werd besteed aan verwijsproblemen. Deze dag werd geleid door een gezinstherapeut, die als consulent de hele dag aanwezig bleef. Tenslotte hebben de opleiders een onderwijsprogramma voor een arts-assistent samengesteld (*bijlage*).

De cursus gezinsgeneeskunde is door ons met veel plezier ontwikkeld en gegeven. De huisartsopleiders hebben eraan deelgenomen met grote betrokkenheid en kritische zin. Vooral het werken met uit eigen praktijk meegenomen casuïstiek maakte de theorie herkenbaar. Ons is gebleken dat het van een praktiserend huisarts veel vraagt om het systeemgericht denken bewust en methodisch in zijn dagelijks handelen op te nemen. In een volgende cursus zal daarom meer aandacht worden geschonken aan het systeemgericht oefenen.

Bijlage

Een programma voor de arts-assistent

- Maak van een gezin een stamboom.

Bepaal van dit gezin:

- de leefvorm;
- de gezinsfase;
- de gezinsstructuur.

Houd een kennismakingsgesprek met een nieuwe patiënt. Geef daarbij aandacht aan de volgende aspecten:

Algemeen: vorige woonplaats, waarom verhuisd, waarom van arts veranderd, al een beetje ingeburgerd?

Gezin: samenstelling, personalia, leefvorm, opleiding, beroep, gezin, ouders, uitwonende kinderen, gehuwd/ongehuwd, (relevante) hobbies.

Medische voorgeschiedenis: doorgemaakte ziekten en behandelingen per gezinslid, huidige gezondheidstoestand van ieder, medicijngebruik, diëten, intoleranties, eventuele erfelijke ziekten of ziekten uit ouderlijk gezin, naam vorige huisarts (gegevens opvragen).

Voorlichting praktijkorganisatie: spreekuurtijden, huisbezoek, telefoonmelding, waar-

neming, schriftelijke patiënteninformatie, praktijkinformatiefolder, „eigenaardigheden” van de praktijk.

Leg de gegevens van dit gesprek systematisch vast.

- Maak een stamboom van een gezin waarin erfelijke ziekte en/of verhoogde medische consumptie een rol spelen. Analyseer de erfelijke lijnen, bepaal welke gezinsleden eventueel een verhoogd risico lopen.

- Maak van een gezin een „time-flow”-kaart. Kijk of er samenhangen te vinden zijn tussen de gezinsleden en hun ziektegedrag.

- Houd gedurende een bepaalde periode alle contacten bij die er met een gezin zijn. Beschrijf in hoeverre de gezinsconstellatie een rol speelt bij de optredende klachten en welke gezinsfactoren daarbij mogelijk van belang zijn.

Verder geldt als algemene regel dat de opleider de arts-assistent leert om bij bespreking van casuïstiek steeds relevante gezinsgegevens te betrekken als mogelijke bron voor klachten en/of ziektegedrag.

¹ Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.

² Minuchin S. Gezinstherapie, analyse van de gezinsstructuur en gezinsstructuurtherapie. Utrecht: Spectrum, 1973.

³ Pas A van der, e.a. Gezinsfenomenen. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1973.

⁴ Lange A, Hart O van der. Gedragsverandering in gezinnen. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1977.

⁵ Mertens AThLM, red. De patiënt als gezinslid. 2e dr. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1973.

⁶ Cormack JJC. Family portraits – a method of recording family history. J R Coll Gen Pract 1975; 25: 520-6.

⁷ Rakel RE. Principles of family medicine. Philadelphia, Saunders, 1977.

⁸ Medalie JH. Family medicine. Principles and applications. Baltimore: Williams and Wilkins, 1978.

⁹ Taylor RB. Family medicine. Principles and practice. New York: Springer, 1978.

¹⁰ Zandler LI. Recording Family and social history [Occasional paper 5]. London: Royal College of General Practitioners, 1978.

¹¹ Huygen FJA. Family medicine. The medical life history of families. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.

¹² Vierhout WPM. Handleiding voor het A-4 model. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 9-12.

* Verschillende vormen voor het verzamelen en vastleggen van gegevens over nieuwe patiënten:

- Aandachtspunten voor het kennismakingsgesprek, opgesteld door vakgroep huisartsgeneeskunde Leiden.
- Een vragenlijst voor patiënten van H. Levelink en E.H. van de Lisdonk (Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 9-12).
- Een vragenlijst, in gebruik bij het gezondheidscentrum Wantveld, Noordwijk.
- Gezinskaart van Dr. J.P.C. Moors.