

# Hart, vaten en het gezin

C. J. IJZERMANS

Een secundaire analyse op de gegevens van het Monitoringproject is uitgevoerd om meer te weten te komen over de gevolgen die de presentatie van hart/vaatziekten kan hebben op het ziektegedrag van de patiënt en zijn gezinsleden. De patiënten zijn vooral oudere vrouwen, behalve bij het acuut myocardiinfarct. Het aantal verrichtingen per episode ligt hoger dan gemiddeld. Ongeveer een derde van de patiënten leeft (weer) alleen en iets minder dan de helft leeft met een partner en zonder kinderen. Behalve na de cerebrovasculaire ziekten starten na hart/vaatziekten opvallend veel nieuwe episoden, vooral bij patiënten, maar ook bij de gezinsleden. Dit betekent een grotere werkbelasting voor de huisarts. Ook de inhoud van de episoden verandert na de eerste presentatie van een hartziekte. Hypochondrie, angst, spierklachten, hoge luchtweginfecties, bronchitis, cystitis, 'bijwerkingen van medicijnen', verzoeken om een algemeen medisch onderzoek en 'administratieve handelingen' nemen een belangrijke plaats in. Bij de partner en/of kinderen is na de hart/vaatziekte een toename waarneembaar van 'probleem: persoon met ziekte', hypochondrie, stressreacties, spierklachten, surmenage en rugpijn, maar ook van luchtweginfecties, 'administratieve handelingen' en het condoleancesprek.

## Inleiding

Huygen heeft in zijn 'Family medicine' aangetoond dat zowel acute als chronische hart- en vaatziekten een grote invloed kunnen hebben op het gezin van de patiënt.<sup>1</sup> Er is echter geen sprake van een wetmatigheid. Er zijn zoveel factoren die ziekte- en probleemgedrag beïnvloeden, dat de huisarts er niet bij voorbaat van kan uitgaan, dat gezinsleden van een patiënt met een hart/vaataandoening in het huisarts-patiënt contact 'ander' gedrag zullen vertonen.

\* Een episode is een probleem of ziekte bij een patiënt, vanaf het ontstaan tot de beëindiging. Een nieuwe episode is een episode die voor het eerst bij de huisarts wordt gepresenteerd. Een oud-nieuwe episode wordt in de onderzoeksperiode bij de huisarts gepresenteerd, maar was voordien al bekend.

In dit artikel wordt een poging gedaan de aard en omvang van deze relatie kwantitatief te onderzoeken: hoe vaak komen gezinsleden van lijders aan hart/vaatziekten op het spreekuur van de huisarts en welke ziekten presenteren zij daarbij?

## Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het grondmateriaal van het Monitoringproject.<sup>2</sup> In het kader van deze registratie zijn in acht huisartspraktijken met een 'basispopulatie' van 16.677 patiënten gedurende twee jaar gegevens verzameld over 94.000 contacten, waarbij 145.838 diagnoses werden geregistreerd. Voor dit onderzoek zijn de 305 patiënten die in de onderzoeksperiode zijn overleden, toegevoegd aan de basispopulatie.

Het onderzoek was gericht op alle gezinnen waarin tijdens de registratieperiode bij ten minste één gezinslid een hart/vaatziekte werd gediagnosticeerd. Daarbij is onderscheid gemaakt in de volgende aandoeningen c.q. groepen aandoeningen (tussen haakjes de ICHPPC-2-codes):

- coronaire aandoeningen (109, 110);
- decompensatio cordis (112);
- ritmestoornissen (113, 114 en 115);
- hypertensie(120);
- cerebrovasculaire aandoeningen (123 en 124).

Om zicht te krijgen op de gevolgen die het optreden van een hart/vaatziekte heeft voor zowel de patiënt als de overige gezinsleden, is een overzicht gemaakt van alle episoden vóór het optreden van de betreffende hartziekte (prevalenties) en alleen de nieuwe episoden ná het optreden van de hartziekte (incidenties).<sup>\*</sup> Ná de registratie zullen daardoor chronische aandoeningen, zoals hypertensie en osteoartrose, veelal ontbreken. Daar is niet voor gecorrigeerd, omdat het hier niet gaat om een toetsende analyse, maar om een explorerend onderzoek naar de gevolgen van hart/vaatziekten.

Om inzicht te krijgen in eventuele

wijzigingen in het aantal contacten met de huisarts is een 'dichtheidsmaat' berekend: het gemiddeld aantal nieuwe episoden vóór c.q. ná de eerste presentatie van de betreffende hart/vaatziekte per persoon per jaar. Daartoe is zowel het aantal dagen als het totaal aantal nieuwe episoden vóór de eerste presentatie van een hart/vaatziekte geteld. Vervolgens is het aantal nieuwe episoden gedeeld door het aantal dagen vanaf het begin van de registratieperiode (1 mei 1979) tot het moment van presentatie van de hart/vaatziekte. Dit quotiënt is tenslotte vermenigvuldigd met 365 om de dichtheidsmaat op jaarbasis te brengen.

Een soortgelijke berekening is toegepast voor de nieuwe episoden ná de eerste presentatie met als eindpunt het slot van de registratieperiode (30 april 1981). Voor de overleden patiënten is het aantal dagen na de eerste presentatie geschat met de datum van het laatste contact met de huisarts, het jaar van overlijden en met de datum van de diagnose 'dood' in de gevallen waarin de huisarts zelf de dood vaststelde.

Soortgelijke berekeningen zijn gemaakt voor alle gezinsleden, uitgaande van het moment waarop de (eerst) getroffen de nieuwe episode voor het eerst presenteerde.

Let wel dat voor deze berekeningen uitsluitend is gewerkt met nieuwe episoden, omdat anders geen vergelijking mogelijk zou zijn tussen de maten vóór en ná de eerste presentatie.

## Resultaten

### Prevalentie en incidentie

In tabel 1 worden de prevalentie (zekere + onzekere diagnoses) en incidentie per 1000 ingeschreven patiënten per twee jaar gepresenteerd voor elk van de vijf diagnosegroepen. Welbewust is gekozen voor een indeling in decaden - en dus een afwijking van de gebruikelijke standaard-leeftijdsgroepen - omdat het bij de hier behandelde groepen aandoeningen vooral gaat om mensen die ouder zijn dan 40 jaar.

### Achtergrondgegevens

• *Leeftijd.* Steeds gaat het om oudere patiënten, zoals blijkt uit de gemiddelde leeftijd bij de start van nieuwe episoden: van gemiddeld 77 jaar bij de eerste presentatie van decompensatio cordis tot 59 jaar bij hypertensie. Deze leeftijdsverdeling leidt tot een selectie van de samenstelling van de gezinnen waarin wordt gezocht naar de gevolgen van de aanwezigheid van een patiënt met hart/vaatziekten.

- *Geslacht*. Alleen bij de coronaire ischemie zijn mannen in de meerderheid. Vooral bij ritmestoornissen en hypertensie zijn vrouwen ver in de meerderheid.

- *Sterfte*. Tijdens de onderzoeksperiode zijn 305 patiënten overleden, die in die periode samen 4.297 diagnosen (maximaal drie per contact) presenteerden, waarvan 18 procent betrekking had op de in dit onderzoek opgenomen hart/vaatziekten. Vooral decompensatio cordis speelde daarbij een belangrijke rol (6 procent).

- *Verrichtingen (utilization)*. Alle ziekten blijken veel huisarts-patiënt contacten te vergen. Dit geldt met name voor hypertensie, waarbij de huisarts de patiënt gemiddeld meer dan vijf maal in twee jaar ziet. Er wordt veel therapie voorgeschreven, veel gebruik gemaakt van eerstelijns voorzieningen en veel verwezen naar de specialist. Het beeld van een patiënt met een hart- of vaatziekte is dat van iemand in de laatste levensfase, die vaak met zijn ziekte naar de huisarts gaat.

### Gezinsstructuur

Hart- en vaatziekten komen vooral voor bij oudere mensen die over het algemeen niet meer leven in het klassieke, volledige gezin, bestaande uit man, vrouw en kind(eren). In *tabel 2* wordt voor de vijf onderzochte hart/vaatziekten het percentage diagnosen in relatie gebracht met de verschillende gezinsstructuren. Voor deze tabel is uitgegaan van diagnosen en niet van pa-

tiënten, omdat patiënten soms meer dan één hart/vaatziekte hebben; daardoor zouden dubbelstellingen kunnen voorkomen. Het blijkt dat deze ziekten vooral voorkomen bij patiënten die (weer) alleen wonen of samen met een partner, maar zonder kinderen. Slechts een derde van de diagnosen vindt plaats bij gezinnen met kinderen (tegen bijna 60 procent van alle diagnosen).

Regelmatig hebben verschillende mensen in één gezin (dezelfde) hart/vaatziekten. Dit is vooral het geval bij hypertensie en in mindere mate bij coronaire ischemie.

### Top-10

De *tabellen 3-7* bestaan uit top-10-lijstjes voor patiënten en gezinsleden in de vijf groepen hart/vaatziekten. In de bovenste helft gaat het om de patiënten en in de onderste helft om hun gezinsleden. Links staat de top-10 vóór de eerste presentatie van de hart/vaatepisode, rechts die erna.

Het aantal episoden in de top-10 is uitgedrukt in percentages van het aantal patiënten, respectievelijk gezinsleden met die hart/vaatepisode. Ongeveer 15 procent van de patiënten is bijvoorbeeld met een of meer acute hoge luchtweginfecties bij de huisarts geweest vóór aanvang van de coronaire aandoeningen. Na de eerste presentatie van een coronaire aandoening is nog eens 13 procent van de patiënten met een acute hoge luchtweginfectie geweest. Hier betreft het uitsluitend nieuwe gevallen (episoden).

Verder is de dichtheidsmaat vermeld: patiënten met de betreffende hart/vaatziekte presenteerden gemiddeld 3,9 nieuwe episoden per persoon per jaar vóór de eerste presentatie van de coronaire aandoeningen.

Bij de patiënten zien we het aantal nieuwe episoden per patiënt per jaar stijgen na de eerste presentatie van de hart/vaatziekte. Het sterkst geldt dit voor coronaire aandoeningen (van 3,9 naar 5,6 nieuwe episoden per patiënt per jaar). Ook bij de gezinsleden is de stijging het sterkst bij deze hart/vaatziekte. Bij de overige ziekten is de stijging hier gering of afwezig (cerebrovasculaire ziekten). Er heeft geen exacte vergelijking plaatsgevonden met het aantal nieuwe episoden of incidenties van een bepaalde diagnose voor de leeftijd- en geslachtsgroep waartoe de betrokkenen behoorden. Voor een snelle indruk raadplege men de standaardincidenties.<sup>2</sup>

### Coronaire aandoeningen

In de top-10 van de patiënten vóór de eerste presentatie scoren decompensatio cordis, slaapproblemen en surmenage opvallend hoog. Bij de gezinsleden zijn surmenage, spierpijn, rugpijn en hypochondrie belangrijk.

Ná de eerste presentatie van de hart/vaatziekte verandert het beeld: 'Bijwerkingen van medicijnen', 'administratieve handelingen' en hypochondrie vallen op bij de patiënten. Bij de gezinsleden neemt 'probleem: persoon met ziekte' een prominente plaats in, maar

**Tabel 1** Prevalentie en incidentie per twee jaar. Aantallen per 1000 patiënten.

	Prevalence		Incidence									
	Certain	Uncertain	0-39		40-49		50-59		60-69		70+	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Coronary artery diseases*	30	11	3	1	27	4	67	21	53	43	66	95
Heart failure	18	4	0	1	3	4	5	8	14	15	75	88
Rythm disturbances*	19	5	4	6	13	15	13	20	29	32	33	56
Hypertension	77	2	10	11	29	51	50	67	37	65	24	97
Cerebrovascular diseases*	10	5	1	1	6	4	14	3	7	18	38	76

\* Gecombineerde ziekten.

**Tabel 2** Het verband tussen diagnose en gezinsstructuur. Percentages (aantal diagnosen = 100 procent).

Disease	Man + wife + child(ren)	Man or wife + child(ren)	Man + wife	Single person
Coronary artery diseases(n=1877)	16	6	52	26
Heart failure (n=1300)	10	6	44	40
Rythm disturbances (n=1082)	20	5	43	32
Hypertension (n=8779)	30	8	37	25
Cerebrovascular diseases(n=600)	12	3	48	37
Distribution total diagnosis (n=145.838)	50	7	26	17

**Tabel 3 – Coronaire aandoeningen***Top-10 episodens vóór en ná het eerste contact voor de episode coronaire aandoeningen van patiënten en familieleden.***Tabel 3a** *Top-10 episodens patiënten vóór het eerste contact. N=408 (van wie 57 overleden).*

Hypertension	26
Upper respiratory tract infection, acute	15
Heart failure	12
Other non articular rheumatism	11
Adverse effect medicine, proper dose	10
Letter, administrative procedures	9
Diabetes mellitus	9
Insomnia and other sleep disorders	8
Acute bronchitis	8
Surmenage	8

**Dichtheid** 3,9 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 3c** *Top-10 episodens familieleden vóór het eerste contact. N=375 (van wie 10 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	14
Hypertension	10
Letter, administrative procedures	8
Surmenage	7
Other non articular rheumatism	6
Back pain, without radiating symptoms	6
Medical exam	6
Wax in ear	6
Hypochondriac disorder	5
Cystitis and urinary infection	5

**Dichtheid** 2,9 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 4 – Decompensatio cordis***Top-10 episodens vóór en ná het eerste contact voor de episode decompensatio cordis van patiënten en familieleden.***Tabel 4a** *Top-10 episodens patiënten vóór het eerste contact. N=275 (van wie 51 overleden).*

Hypertension	25
Acute bronchitis	20
Chronic ischemia	18
Adverse effect medicine, proper dose	14
Osteoarthritis	12
Letter, administrative procedures	12
Upper respiratory tract infection, acute	11
Cystitis and urinary infection	10
Atrial fibrillation	10
Emphysema	9

**Dichtheid** 5,0 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 4c** *Top-10 episodens familieleden vóór het eerste contact. N=160 (van wie 8 overleden).*

Hypertension	16
Other non articular rheumatism	14
Upper respiratory tract infection, acute	13
Osteoarthritis	9
Letter, administrative procedures	9
Problem person with disease	8
Acute bronchitis	8
Insomnia and other sleep disorders	6
Adverse effect medicine, proper dose	6
Cervical spine syndromes	6

**Dichtheid** 3,3 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 3b** *Top-10 episodens patiënten ná het eerste contact. N=408 (van wie 57 overleden).*

Adverse effect medicine, proper dose	15
Upper respiratory tract infection, acute	13
Letter, administrative procedures	12
Other non articular rheumatism	11
Heart failure	10
Acute bronchitis	9
Death	8
Hypochondriac disorder	8
Medical exam	8
Post hospital visit	7

**Dichtheid** 5,6 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 3d** *Top-10 episodens familieleden ná het eerste contact. N=375 (van wie 10 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	13
Problem person with disease	11
Other non articular rheumatism	11
Hypochondriac disorder	8
Medical exam	8
Acute bronchitis	7
Transient situation disturbance	7
Letter, administrative procedures	7
Surmenage	6
Cervical spine syndromes	6

**Dichtheid** 3,6 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 4b** *Top-10 episodens patiënten ná het eerste contact. N=275 (van wie 51 overleden).*

Adverse effect medicine, proper dose	19
Acute bronchitis	16
Letter, administrative procedures	13
Death	12
Other non articular rheumatism	11
Upper respiratory tract infection, acute	8
Malaise, fatigue, tiredness	8
Cystitis and urinary infection	8
Acute myocardial infarction	7
Condoleance visit	6

**Dichtheid** 5,7 nieuwe episodens per patiënt per jaar.**Tabel 4d** *Top-10 episodens familieleden ná het eerste contact. N=160 (van wie 8 overleden).*

Letter, administrative procedures	11
Problem person with disease	10
Condoleance visit	9
Upper respiratory tract infection, acute	8
Acute bronchitis	8
Osteoarthritis	7
Other non articular rheumatism	6
Advice and health instructions	6
Cervical spine syndromes	6
Transient situation disturbance	6

**Dichtheid** 3,5 nieuwe episodens per patiënt per jaar.

**Tabel 5 – Ritmestoornissen***Top-10 episoden vóór en ná het eerste contact voor de episode ritmestoornissen van patiënten en familieleden.***Tabel 5a** *Top-10 episoden patiënten vóór het eerste contact. N=267 (van wie 19 overleden).*

Hypertension	26
Upper respiratory tract infection, acute	14
Surmenage	12
Hypochondriac disorder	12
Letter, administrative procedures	11
Chronic ischemia	10
Medical exam	10
Adverse effect medicine, proper dose	9
Osteoarthritis	9
Insomnia and other sleep disorders	9

**Dichtheid** 4,5 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 5c** *Top-10 episoden familieleden vóór het eerste contact. N=285 (van wie 6 overleden).*

Hypertension	11
Upper respiratory tract infection, acute	11
Medical exam	8
Letter, administrative procedures	7
Eczema	6
Obesity	5
Insomnia and other sleep disorders	5
Back pain, without radiating symptoms	5
Surmenage	5
Sinusitis, acute or chronic	5

**Dichtheid** 3,0 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 6 – Hypertensie***Top-10 episoden vóór en ná het eerste contact voor de episode hypertensie van patiënten en familieleden.***Tabel 6a** *Top-10 episoden patiënten vóór het eerste contact. N=543 (van wie 10 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	11
Medical exam	9
Other non articular rheumatism	8
Back pain, without radiating symptoms	8
Obesity	7
Insomnia and other sleep disorders	7
Anxiety disorders	7
Hypochondriac disorder	6
Osteoarthritis	6
Oral contraceptives	6

**Dichtheid** 3,2 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 6c** *Top-10 episoden familieleden vóór het eerste contact. N=620 (van wie 12 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	13
Other non articular rheumatism	7
Oral contraceptives	6
Acute bronchitis	5
Medical exam	5
Back pain, without radiating symptoms	4
Sinusitis, acute or chronic	4
Obesity	4
Surmenage	4
Bruise, contusion	4

**Dichtheid** 2,6 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 5b** *Top-10 episoden patiënten ná het eerste contact. N=267 (van wie 19 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	14
Hypochondriac disorder	14
Adverse effect medicine, proper dose	13
Medical exam	12
Letter, administrative procedures	11
Acute bronchitis	11
Back pain, without radiating symptoms	11
Other non articular rheumatism	9
Heart failure	9
Anxiety disorders	9

**Dichtheid** 5,4 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 5d** *Top-10 episoden familieleden ná het eerste contact. N=285 (van wie 6 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	14
Medical exam	10
Letter, administrative procedures	9
Other non articular rheumatism	9
Viral infections NOS	8
Acute bronchitis	7
Surmenage	7
Back pain, without radiating symptoms	6
Cystitis and urinary infection	5
Problem person with disease	5

**Dichtheid** 3,5 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 6b** *Top-10 episoden patiënten ná het eerste contact. N=543 (van wie 10 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	13
Adverse effect medicine, proper dose	12
Letter, administrative procedures	9
Other non articular rheumatism	9
Acute bronchitis	7
Back pain, without radiating symptoms	7
Cystitis and urinary infection	6
Hypochondriac disorder	6
Anxiety disorders	6
Problem person with disease	6

**Dichtheid** 4,0 nieuwe episoden per patiënt per jaar.**Tabel 6d** *Top-10 episoden familieleden ná het eerste contact. N=620 (van wie 12 overleden).*

Upper respiratory tract infection, acute	17
Other non articular rheumatism	7
Acute bronchitis	6
Medical exam	6
Letter, administrative procedures	6
Hypochondriac disorder	6
Back pain, without radiating symptoms	5
Adverse effect medicine, proper dose	5
Sinusitis, acute or chronic	5
Irritable bowel syndrome	4

**Dichtheid** 2,9 nieuwe episoden per patiënt per jaar.

hypochondrie, stressreacties (transient situational disturbances) en surmenage zijn eveneens belangrijk.

Op dezelfde dag als de episode 'coronaire aandoeningen' werden nog meer episoden voor de patiënten geregistreerd:

- dood (4,7 procent);
- decompensatio cordis (2,9 procent);
- bijwerking medicijnen (2,2 procent);
- acute bronchitis (1,7 procent);
- surmenage (1,5 procent).

Van de 52 patiënten die in de onderzoeksperiode overleden aan een acuut myocardinfarct, stierven er 20 op de dag van de eerste presentatie en 32 in het verdere verloop van de onderzoeksperiode.

### Decompensatio cordis

Vóór de eerste presentatie van decompensatio cordis (= heart failure) zien we vooral episoden die veel bij ouderen voorkomen. Bij de gezinsleden vallen 'probleem: persoon met ziekte' en slaapproblemen op, maar ook 'bijwerkingen van medicijnen'. Deze klacht neemt ook een hoge plaats in bij de patiënten.

Ook bij deze ziekte keken we naar de

episoden die op dezelfde dag startten:
 

- acuut myocardinfarct (3,6 procent);
- acute bronchitis (2,9 procent);
- bijwerking medicijnen (2,9 procent).

 Ná de eerste presentatie van decompensatio cordis valt bij de patiënten op dat 'bijwerkingen van medicijnen' stijgt in de top-10, evenals 'administratieve handeling'. Spierklachten en malaise komen nieuw voor. Opvallend is de tiende plaats van het condoleancegesprek. Dat betekent dat de partner van de patiënt overleden is vlak ná de eerste presentatie van decompensatio cordis.

Ook bij deze hartziekte zien we bij de gezinsleden ná de eerste presentatie een toename van 'probleem: persoon met ziekte' en van stressreacties.

Op de derde plaats bij de patiënten en de eerste bij de gezinsleden staat de classificatie 'administratieve handeling', een sterke illustratie van de rol die de huisarts speelt bij de uitvoering van sociale en juridische regelingen, zowel voor een patiënt als voor diens naasten.

### Ritmestoornissen

Vóór de eerste presentatie van ritmestoornissen komen de patiënten wegens surmenage, hypochondrie en slaap-

stoornissen. Dit geldt ook voor de gezinsleden (surmenage en slaapproblemen). Tegelijk met de eerste presentatie werd voor de patiënten genoteerd:
 

- surmenage (4,1 procent);
- angst (2,6 procent);
- hypochondrie (1,9 procent).

Opvallend is wederom het vóórkomen van hypochondrie en angst bij de patiënten en van surmenage en 'probleem: persoon met ziekte' bij de naasten.

### Hypertensie

Hypertensie wordt als zodanig geassocieerd als ten minste driemaal een te hoge bloeddruk wordt gemeten. Vóór de eerste presentatie van hypertensie komen spierklachten, hypochondrie, angst en surmenage vaak voor, naast zwaarlijvigheid en 'de pil'.

### Cerebrovasculaire ziekten

Vóór de eerste presentatie lijkt de top-10 sterk op die van decompensatio cordis: een typisch beeld voor oudere mensen. Bij de gezinsleden gaat het vooral om 'probleem: persoon met ziekte', spierklachten, surmenage, hypochondrie en slaapproblemen.

Partners van patiënten met een cere-

**Tabel 7 – Cerebrovasculaire ziekten**

*Top-10 episoden vóór en ná het eerste contact voor de episode cerebrovasculaire ziekte van patiënten en familieleden.*

**Tabel 7a** Top-10 episoden patiënten vóór het eerste contact. N=190 (van wie 43 overleden).

Hypertension	31
Adverse effect medicine, proper dose	15
Osteoarthritis	14
Acute bronchitis	14
Upper respiratory tract infection, acute	13
Heart failure	13
Letter, administrative procedures	11
Diabetes mellitus	11
Insomnia and other sleep disorders	11
Other non articular rheumatism	10

**Dichtheid** 4,8 nieuwe episoden per patiënt per jaar.

**Tabel 7c** Top-10 episoden familieleden vóór het eerste contact. N=125 (van wie 1 overleed).

Upper respiratory tract infection, acute	16
Hypertension	14
Letter, administrative procedures	13
Medical exam	12
Problem person with disease	11
Osteoarthritis	10
Other non articular rheumatism	8
Surmenage	8
Hypochondriac disorder	6
Insomnia and other sleep disorders	6

**Dichtheid** 3,7 nieuwe episoden per patiënt per jaar.

**Tabel 7b** Top-10 episoden patiënten ná het eerste contact. N=190 (van wie 43 overleden).

Death	16
Adverse effect medicine, proper dose	13
Letter, administrative procedures	12
Other non articular rheumatism	10
Heart failure	7
Acute bronchitis	6
Osteoarthritis	6
Depressive disorder	5
Cystitis and urinary infection	5
Acute myocard infarction	5

**Dichtheid** 5,1 nieuwe episoden per patiënt per jaar.

**Tabel 7d** Top-10 episoden familieleden ná het eerste contact. N=125 (van wie 1 overleed).

Medical exam	10
Problem person with disease	10
Condolence visit	10
Upper respiratory tract infection, acute	9
Cystitis and urinary infection	9
Transient situation disturbance	9
Other non articular rheumatism	8
Letter, administrative procedures	7
Surmenage	6
Hypochondriac disorder	5

**Dichtheid** 3,6 nieuwe episoden per patiënt per jaar.

brovasculaire ziekte lijken veel onrustiger in de periode vóór deze klachten dan de aanstaande lijdens zelf.

Op de dag zelf van de eerste presentatie van deze ziekte (met name CVA) overlijdt 3,7 procent van de patiënten. In de periode erna is dat nog eens 16,3 procent, overigens zowel aan cerebrovasculaire ziekten als aan bijvoorbeeld een hartinfarct (negende plaats). De top-10 ná de eerste presentatie geeft zowel voor de patiënt als voor de naasten een weinig opwekkend beeld. De eerste plaats van het verzoek om een algemeen medisch onderzoek bij de gezinsleden is tekenend.

### Beschouwing

Drie opmerkelijke verschijnselen doen zich voor:

- Ná een hartziekte presenteren patiënten als nieuwe episoden vooral hypochondrie, malaise, angst of depressie, terwijl de gezinsleden de huisarts vooral bezoeken voor 'probleem: persoon met ziekte', stressreacties, hypochondrie en surmenage.

- Al vóór de hart- of vaatziekte van de patiënt komen diens gezinsleden vaak bij de huisarts met 'probleem: persoon met ziekte', slaapproblemen en surmenage. Dit geldt voor zowel chronische

als acute hartziekten. Hart/vaatziekten lijken in een gezin een schaduw vooruit te werpen.

- Het frequent vóórkomen van de 'administratieve handeling' in de top-10 ná de eerste presentaties wijst erop dat van de huisarts veel bureaucratische arbeid wordt gevraagd (voor sociale verzekering, belasting en dergelijke).

Concluderend kunnen we stellen dat de eerste presentatie van hart/ vaatziekten gevolgen heeft voor de aard en omvang van ziektegedrag in de huisartspraktijk en voor de arbeidslast van de huisarts. Zowel patiënt als gezinslid komen vaker bij de huisarts en starten meer nieuwe episoden, waarbij de nadruk valt op probleemgedrag.

Dat gezinsleden elkaar beïnvloeden met betrekking tot het presenteren van ziekten was bekend.<sup>3</sup> Bij hart/vaatziekten constateren wij deze invloed ook, met name op het starten van episoden met psychologisch- of verwerkingskarakter. Daarbij vinden wij geen essentieel verschil tussen acute en chronische hart/ vaatziekten. Het aantal huisarts-patiënt contacten stijgt wat sterker bij de acute ziekten, maar het aantal nieuwe episoden van de gezinsleden stijgt – met uitzondering van cerebrovasculaire ziekten – even sterk voor beide

typen ziekten. Het is mogelijk dat hierbij een rol speelt dat het om oudere patiënten gaat. Partners van een patiënt met een hart/vaatziekte hebben vaak zelf ook een chronische ziekte.

Secundair onderzoek van een groot bestand levert duidelijke, zij het globale aanwijzingen op voor met name de omvang (stijgend aantal verrichtingen en episoden), maar ook de aard ('illness-diversity') van ziekte- en probleemgedrag in gezinnen waarin een van de leden wordt getroffen door een hart/vaatziekte. Dergelijk onderzoek verdient meer aandacht. Daarbij is vooral van belang of we op deze wijze op het spoor komen van goed te definiëren en te kwantificeren mechanismen die getoetst kunnen worden in andere bestanden en mogelijk waardevol blijken bij prospectief onderzoek.

<sup>1</sup> Huygen FJA. Family medicine, the medical life-history of families. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978.

<sup>2</sup> Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

<sup>3</sup> Huygen FJA, Van den Hoogen H, Neefs WJ. Gezondheid en ziekte; een onderzoek van gezinnen. Ned Tijdsch Geneesk 1983; 127: 1612-9.