

Gezinsgeneeskunde: feiten of opvattingen?

A. SMITS EN J. HEYRMAN

In dit artikel wordt ingegaan op de vraag, welke opvattingen en veronderstellingen ten grondslag liggen aan de gezinsgeneeskunde en in hoeverre deze door middel van onderzoek zijn onderbouwd. Uit de literatuur zijn twee basale veronderstellingen af te leiden: ziekte en gezondheid van het individu hangen nauw samen met kenmerken van diens sociale omgeving, en de kwaliteit van de hulpverlening wordt verbeterd indien een aantal hulpvragen van de patiënt wordt geplaatst in zijn sociale context. Uit de omvangrijke onderzoeksliteratuur blijkt dat er een duidelijk verband bestaat tussen iemands gezondheidstoestand en kenmerken van zijn sociale omgeving, met name de ervaren sociale steun. Het inroepen van medische hulp blijkt in belangrijke mate verklaard te worden door het omgangspatroon van het gezin. Het betrekken van de partner bij de hulpverlening blijkt de therapietrouw van de patiënt te bevorderen. De complexe contextgegevens zijn echter moeilijk te kwantificeren en vragen om kwalitatieve onderzoekstechnieken.

Inleiding

Een van de kenmerken van het werk van de huisarts is, dat hem hulp wordt gevraagd door patiënten met wie hij in de toekomst contact blijft houden. Dit tijdspectief verwijst naar de 'continuïteit' van zijn zorgverlening.¹ Het is dus een wijze van 'in zorgverlenende relatie treden', die kenmerkend blijft, ook als het in concreto steeds minder voorkomt dat die zorg zich uitstrekt van de wieg tot het graf. Men zou dit de *longitudinale dimensie* in het werk van de huisarts kunnen noemen.

Een tweede kenmerk van het werk van de huisarts is, dat zijn praktijkpopulatie voor een belangrijk deel is opgebouwd uit grotere en kleinere leefgemeenschappen, zoals stadswijken, buurten, dorpen, families, gezinnen en huishoudens. Deze clustering van sociale eenheden geeft de huisarts een beeld van de sociale context van zijn patiënten. Dit zou men de *transversale dimensie* in het werk van de huisarts

kunnen noemen. Deze transversale dimensie maakt dat de huisarts meer dan andere medische hulpverleners 'contextrijke' ('high-context') contacten heeft.²

De huisarts hanteert relatief vaak de context van de klacht en de patiënt-met-de-klacht, wat niet betekent dat er geen klachten zijn die hij heel sec, dus 'contextarm' behandelt (bijvoorbeeld de meeste gevallen van urineweginfecties of bovenste-luchtweginfecties). Gezinsgeneeskunde verwijst naar deze context. Het is een van de referentiekaders wanneer een huisarts het nuttig vindt een hulpvraag van de patiënt in zijn sociale context te plaatsen.

Het gezin is in de regel de primaire context waarbinnen de betekenis van ziekte wordt aangeleerd en overgedragen: het is meestal het meest nabije front waar de belangen van de betrokkenen worden uitgestreden. Het gezin bevat ook de meest nabije groep helpers die verandering en ondersteuning van de patiënt kunnen helpen realiseren. Dit zijn dus dikwijls heel efficiënte 'paramedici'. Met de term gezinsgeneeskunde wordt dus ook een opvatting weergegeven over de werkwijze van de huisarts: zo zou de huisarts meer moeten denken, hij zou aan die aspecten meer aandacht dienen te geven. Deze opvatting is de laatste jaren weer meer in de belangstelling gekomen.

In dit artikel staat de vraag centraal: welke opvattingen en veronderstellingen liggen ten grondslag aan de gezinsgeneeskunde en in hoeverre zijn deze door middel van onderzoek onderbouwd?

Literatuur

Ter beantwoording van de vraagstelling hebben we in de eerste plaats gezocht naar publikaties waarin gezinsgeneeskunde als benaderingswijze wordt toegelicht. Daartoe werd een aantal leerboeken met in de titel 'family medicine' bestudeerd. Verder zochten we met behulp van de Family Medicine Literature Index (sinds 1980) naar overzichtsartikelen met betrekking tot de gezinsge-

neeskunde onder de sleutelwoorden: 'family', 'family characteristics', 'family practice' en 'system theory'. We maakten hierbij onderscheid tussen beschouwende artikelen, die al dan niet melding maken van onderzoeksbevindingen, en artikelen waarin een kritische bespreking van onderzoeksbevindingen wordt gegeven.

Wat deze laatste artikelen betreft, bleek de opbrengst van ons speurwerk gering. We hebben daarom vervolgens in enkele vooraanstaande tijdschriften zoals *Family Process*, *Social Science and Medicine* en *Journal of Chronic Diseases* gezocht naar overzichtsartikelen van vóór 1980.

Een belangrijke steun bij het literatuuronderzoek waren de indrukwekkende overzichtsstudie van *Campbell* – die door middel van een Medline search meer dan 1000 artikelen heeft opgespoord en 230 onderzoeksartikelen kritisch heeft besproken – en een bibliografie over *life-events* van het NIVEL.^{3 4}

Basale veronderstellingen

De eerste veronderstelling die ten grondslag ligt aan een gezinsgeneeskunde benadering, luidt: ziekte en gezondheid van het individu hangen nauw samen met kenmerken van zijn sociale omgeving. Het gezin is de sociale omgeving die het meest nabij en het sterkst de context van gezond- en ziek-zijn bepaalt.

Met deze zeer globale veronderstelling worden twee verschillende denkmodellen samengevat, die zich soms met dezelfde term van gezinsgeneeskunde tooien. Enerzijds kan worden bedoeld, dat sociale omgevingsfactoren in het algemeen en gezinsfactoren in het bijzonder een rol kunnen spelen bij het ontstaan van ziekte, en dus in zekere zin oorzaak of ten minste mede-oorzaak zijn van ziekte. Men spreekt in dit verband over een sociaal-epidemiologisch model. Sociale factoren kunnen enerzijds fungeren als één van de mogelijke ziekteverwekkers (causale relatie), terwijl ze anderzijds worden geacht de ontvankelijkheid voor ziekte te beïnvloeden (katalyserende relatie). In het eerste geval kan men denken aan belastende levensgebeurtenissen, zoals overlijden van ouders, terwijl in het tweede geval de bron van sociale steun naar voren wordt gehaald. Men kan hierbij denken aan marginale groepen, of aan eenoudergezinnen. Dit denkmodel voegt aan de bekende biologische en psychologische etiologische factoren

ook nog een aantal sociale etiologische factoren toe. Maar het blijft een lineair, zij het multicausaal model, waarbij ziekte wordt beschouwd als het eindresultaat van een complex van factoren.

Anderzijds kan een meer systeemtheoretisch model van de gezinsgeneeskunde worden bedoeld, dat ervan uitgaat dat de sociale interactie in het algemeen, en de gezinsinteractie in het bijzonder in min of meer belangrijke mate de vormgeving, het beloop en het herstel van de ziekte mede bepalen. Welke klacht of welk ziektebeeld ontstaat, wordt mede bepaald door de manier van klagen die binnen de gezinsregels gebruikelijk is. En deze gezinsregels ontstaan niet zomaar, ze worden geleidelijk aan opgebouwd vanuit de voorgeschiedenis van vele generaties. Het beloop is in belangrijke mate afhankelijk van betekenis en reactie van de sociale omgeving, maar beïnvloedt deze reacties ook in sterke mate. Herstel wordt mede bepaald door betekenissen zoals winst en verlies in sociaal perspectief. Ziektegedrag, zoals het invoeren van hulp en therapietrouw, zijn gebonden aan gezinsinteracties. Hier staat dus de intense wisselwerking tussen de zieke en diens sociale omgeving centraal.

Een tweede globale veronderstelling luidt dat de kwaliteit van de hulpverlening wordt verbeterd indien een aantal hulpvragen van de patiënt wordt geplaatst in zijn sociale context. De diagnostiek zou adequater zijn. Beter begrip van de sociale context zou de huisarts meer inzicht geven in de rol die hem wordt toebedeeld, in de vraag waarom bepaalde interventies lukken en andere niet, waarom sommige adviezen worden gevolgd en andere stelselmatig worden tegengewerkt. Het kan hem ook nieuwe interventiemogelijkheden geven, in de zin dat hij leert zijn rol te hanteren als therapeutisch instrument.

Het ontstaan van ziekte

De invloed van sociale omgevingsfactoren op het ontstaan van ziekte is veelvuldig onderwerp van studie geweest. Een voor onderzoek betrekkelijk gemakkelijke invalshoek is het nagaan, volgens klassiek epidemiologische technieken, van samenhangen tussen demografische of structurele omgevingsvariabelen en het vóórkomen van ziekte. In een al oud overzichtsartikel⁵ werd geconcludeerd, dat het al dan niet gehuwd zijn consistent samenhangt met allerlei maten voor de gezondheidstoestand, zoals scores op gezondheidsvragenlijsten en aantallen geregistreerde aandoeningen.

Het is de vraag of deze bevindingen geldig blijven als maatschappelijke opvattingen over huwelijk grondig veranderd zijn. Recente cijfers schijnen het vorige tegen te spreken: het blijkt dat alleenstaanden zich wat betreft aantal klachten nauwelijks onderscheiden van personen die een partner hebben. Alleenstaande ouders met thuiswonende kinderen zonder betaalde werkkring hebben wel relatief veel klachten.⁶

Een interessante epidemiologische benadering komt van *Lynch* in zijn boek 'The broken heart'. Hij herberekent gegevens, onder meer van de Framingham-study, vanuit de invalshoek van het al of niet aanwezig zijn van een sociaal systeem dat geborgenheid en opvang geeft. Eenzaamheid blijkt een even grote risicofactor als roken op het ontwikkelen van een fataal myocardiinfarct. Bevolkingsgroepen als Ieren, met slechte voedingsgewoonten maar grote gezins- en sociale samenhang, blijken viermaal beter beschermd tegen coronaïr lijden dan de Ieren die naar Amerika zijn geëmigreerd.⁷ Deze bevindingen sluiten aan bij een omvangrijke onderzoekstraditie naar de invloed van 'stresserende' levensgebeurtenissen op de gezondheid van de betrokken gezinsleden.^{8,9}

Voor tal van specifieke aandoeningen en voor algemene gezondheidsindicatoren konden samenhangen worden aangetoond met recente veranderingen in het gezin. Een zwak punt in veel onderzoek is de retrospectieve bepaling van de ervaren levensgebeurtenissen door middel van vragenlijsten in combinatie met een subjectieve beoordeling van de gezondheidstoestand. Het gevaar voor contaminatie (*recall-bias*) als verklaring voor de gevonden verbanden is hierdoor niet denkbeeldig. Verder is het belang van levensgebeurtenissen als bron van negatieve stress nogal eenzijdig benadrukt, terwijl er ook aanwijzingen zijn voor positieve effecten van belangrijke veranderingen.¹⁰

Er is een algemeen geaccepteerd verband tussen sociale steun en gezondheid: personen met een zwakke gezondheid hebben minder sociale contacten en minder sociale steun dan personen met een goede gezondheid.¹¹ Een mogelijke verklaring voor deze relatie is, dat ziekte iemands sociale interactie beperkt en leidt tot zowel fysieke als emotionele isolatie.

Er zijn verder aanwijzingen dat de positieve betekenis van sociale steun kan omslaan in een negatieve invloed bij te veel steun.³ Deze aanwijzingen worden vooral ontleend aan de theoretische

stelling van *Minuchin*,¹² dat in gezinnen met een overmatige onderlinge betrokkenheid (gezinskluwen en *enmeshment*) meer kans is op het ontwikkelen van psychosomatische klachten bij gezinsleden. Deze stelling is niet empirisch onderbouwd. Wat hij eigenlijk beweist, is dat het therapeutisch werken op deze te sterke verwevenheid een bijkomende therapiemogelijkheid is in het omgaan met astmatische kinderen of jongeren met een *brittle*-diabetes. Is astma dus veroorzaakt door een te sterk gezinskluwen? Zeker niet alleen, dat is hoogstens een bijkomende factor. Maar het werkt therapeutisch. Heel wat onderzoek dient op deze manier te worden geïnterpreteerd: het levert geen harde empirische validering van de etiologie, maar wel mogelijkheden voor de therapie.

Vormgeving, beloop en herstel van ziekte

Komen bepaalde klachten of ziektebeelden meer voor in een bepaalde sociale context of bepaalde gezinsstructuren? Hieromtrent is zeker het indrukwekkend onderzoeksmateriaal belangrijk dat de groep uit Heidelberg bijebracht, met name *Grossart-Maticzek* die de voorspelbaarheid van kanker op basis van de persoonlijkheidsstructuur onderzocht, en *Stierlin* die iets dergelijks deed op basis van gezinsstructuren. Toch blijft de specificiteit van dit soort gegevens een probleem: zoals de psychologen nooit echt duidelijk persoonlijkheidstypologieën aan bepaalde aandoeningen konden verbinden, is ook de gezinstypologie die daarbij beschreven werd terug te vinden bij andere probleemcategorieën zoals bijvoorbeeld drugsverslaafden.

Onderzoek naar het beloop van ziekte is per definitie longitudinaal, moeilijk en daarom alleen al schaars. Idealiter dient hiertoe een aantal gezinnen, waarvan relevante kenmerken met betrekking tot hun functioneren kunnen worden gemeten, jarenlang te worden gevolgd, waarbij tevens de gezondheidstoestand van het zieke gezinslid periodiek wordt vastgelegd.

Onderzoek dat niet aan dit ideaal voldoet, maar wel vermeldenswaard is, is het onderzoek van *Berkman*.¹³ In een prospectief onderzoek over negen jaar, constateerde zij, dat mannen zonder sociale banden een verdubbeld en vrouwen een drie keer zo groot risico op een fataal recidief hartinfarct hadden. Een soortgelijke studie met tien jaar follow-up van hartinfarctpatiënten bevestigde

het verhoogde sterfte risico voor alleenstaanden, ook weer met name voor vrouwen.¹⁴ Deze bevindingen bevestigden opnieuw de sociale-steunhypothese, maar geven nog geen antwoord op de vraag naar de werkzame bestanddelen van de sociale interactie.

Ten aanzien van diabetes bij adolescenten werden diverse pogingen ondernomen om na te gaan welke type gezinsfunctioneren samenhangt met de kwaliteit van de diabetesinstelling.³ Hierbij is naar voren gekomen, dat een slechte instelling vaker voorkomt in gezinnen met een chronisch conflict en met een lage cohesie. Dit doet vermoeden dat er sprake is van een interactie waarbij slechte diabetes instelling het gezinsfunctioneren beïnvloedt, dat op zijn beurt de diabetes instelling beïnvloedt, maar een goed prospectief onderzoek ontbreekt nog.

Wel is beschrijvend onderzoek gedaan naar de reacties van gezinnen op chronische ziekte.¹⁵⁻¹⁷ Uit deze kleinschalige studies blijkt dat gezinnen sterk verschillen in de wijze waarop zij reageren op ziekte. Men spreekt in dit verband over copingstijlen. Onduidelijk blijft echter, waarom sommige gezinnen een hechtere band en andere gezinnen een lossere band ontwikkelen als gevolg van een ernstige ziekte in het gezin. De veronderstelling dat een zo groot mogelijke onafhankelijkheid van de zieke een gunstige invloed heeft op het gezondheidsgevoel en het beloop van diens ziekte mist nog empirische evidentie.

Er is verder veel onderzoek gedaan naar de invloed van gezinsfactoren op het omgaan met ziekte, voor zover dit het invoeren van hulp betreft. Het meest indrukwekkende resultaat is geboekt door de beschrijvende studies van Huygen,¹⁸ waarbij twee cohorten van honderd gezinnen over een periode van 20 jaar werden gevolgd. In beide cohorten kon worden aangetoond dat er per gezin een zeer duidelijke neiging tot constantheid in de loop der jaren aanwezig was wat de frequentie van gepresenteerde ziekte betreft. Bovendien konden in dit opzicht zeer duidelijke verbanden tussen de diverse leden van een gezin, vooral tussen ouders en kinderen worden vastgesteld.

Interessant in dit onderzoeksmateriaal is de bewijsvoering dat hulpvraagpatronen volgens niet-genetische lijnen worden doorgegeven, zoals bijvoorbeeld van schoonmoeders op schoonzonen, wat een aantal antropologische theorieën ondersteunt.

Recent werden deze bevindingen bevestigd in een studie over bijna 700

gezinnen over een periode van zes jaar in de VS.¹⁹ Hierin werd verder aangetoond, dat het behoren tot een gezin met een bepaalde medische consumptie bijna eenderde van de variantie in individuele medische consumptie verklaart.

Voordat mensen hulp inroepen van de dokter, bespreken zij veelal hun symptomen met anderen, vooral de partner.²⁰ Eenderde van de volwassen patiënten die hun huisarts consulteren, zeggen door anderen naar de dokter gestuurd te zijn.²¹

Effectiviteit

Het onderzoek naar de effectiviteit van een gezins- of systeemgeoriënteerde benadering is eigenlijk nog nauwelijks op gang gekomen. Het is ook bijzonder moeilijk om het subtiele karakter van een gezinsgeoriënteerde benadering te objectiveren en de werkzaamheid ervan te vergelijken met andere benaderingswijzen. Toen de vraag naar de effectiviteit gesteld werd aan D. Bloch, directeur van het indrukwekkend Nathan Ackermaninstituut voor gezinsgerichte therapieën te New York, antwoordde hij: 'wat onomstotelijk bewezen is, is dat de dokter er zich beter bij voelt, en vlotter overeind blijft in de moeilijke problematiek die hem aangeboden wordt'.

Voor zover er onderzoek gedaan is, wordt een gezinsgeoriënteerde benadering nogal beperkt geoperationaliseerd door 'het betrekken van gezinsleden bij de behandeling' of het voeren van een 'gezinsregistratie' of 'het doen van huisbezoeken'. De meest overtuigende studies gaan over het betrekken van de partner bij de behandeling van een hypertensiepatiënt. Eenvoudige gezinsinterventies, zoals het betrekken van de partner bij de behandeling van een hypertensiepatiënt, kunnen een belangrijke invloed hebben en blijken zelfs de sterftetekans te verminderen.^{22 23} Dit effect van de gezinsinterventie moet voornamelijk worden toegeschreven aan een toegenomen compliantie met antihypertensiva en dieet.

Er zijn aanwijzingen dat het betrekken van gezinsleden in de behandeling van adipositas, roken, alcohol of druggebruik en bij deelname aan een hartrevalidatie-programma tot een beter resultaat leidt.²⁴ Er zijn echter ook aanwijzingen voor nadelige effecten van deelname van de moeder aan een behandlingsprogramma voor zwaarlijvige adolescenten.²⁵

Ten aanzien van het voeren van een gezinsregistratie is niet alleen berekend

hoeveel tijd en geld gemoeid is met de invoering van zo'n systeem; ook zou een dergelijk systeem naar het oordeel van de huisartsen, die ermee werken, in ongeveer 30 procent van de consulten een belangrijke bijdrage leveren in de diagnosestelling.²⁶

Meer specifiek werd onderzoek verricht naar het gebruik van een gezinsgenogram als screeningsmethode ter preventie van psychosociale problematiek. Een gerandomiseerde gecontroleerde trial naar de toepassing ervan bij het eerste (kennismakings)contact had als resultaat dat er meer informatie werd achterhaald over de gezinsstructuur, belangrijke levensgebeurtenissen, vroege ziekten en gezinsrelaties. Het beschikbaar zijn van een genogram leidt echter niet tot een andere werkwijze ten aanzien van het exploreren van gezinsonderwerpen, het voeren van gezinsgesprekken of verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg.²⁷ Meer subtiele toepassingen van een gezinsbenadering, zoals de interpretatie van signalen van de patiënt en het genereren van een werkhypothese, werden echter niet gemeten.

Over de zin en efficiëntie van huisbezoeken is opvallend weinig bekend. Een recente literatuur-search leverde zeer weinig onderzoeksmateriaal op over dit nochtans zeer specifieke en geprivilegeerde huisartsdomein. Hoewel het unieke mogelijkheden lijkt te bieden om de patiënt te observeren binnen zijn leefsysteem, weten we uit onderzoek wel dat de huisartsen de laatste jaren minder huisbezoek doen,²⁸ behalve dan in België, waar de huisarts nog steeds 45 procent van zijn contacten en 55 procent van zijn tijd ten huize van de patiënt doorbrengt.²⁹ Toch bestaat ook in België geen echt onderzoeksmateriaal over dit fenomeen.

Beschouwing

Door empirisch onderzoek is vastgesteld, dat er een onmiskenbaar verband bestaat tussen iemand gezondheidstoestand en kenmerken van zijn sociale omgeving, met name de intensiteit van zijn contacten en de ervaren sociale steun. Er zijn geen aanwijzingen dat de beschermende invloed van sociale steun ziektespecifiek is, dat wil zeggen voor bepaalde ziekte meer zou gelden dan voor andere.

Het omgaan met ziekte, met name het invoeren van medische hulp, wordt in belangrijke mate verklaard door het omgangspatroon van het gezin waartoe men behoort. Het betrekken van de

partner bij de hulpverlening blijkt de therapietrouw van de patiënt te bevorderen.

Dit zijn natuurlijk belangwekkende gegevens. Als men echter de omvang en de rijkdom bekijkt van de theorieën en de therapieën die de gezins- en systeemgeoriënteerde benadering hebben voortgebracht, dan stelt men zich terecht de vraag hoe het komt dat er niet meer hard feitenmateriaal is verzameld. Hoe is dat te verklaren?

Het systeemtheoretisch wetenschapsmodel, dat de gezinsgeneeskunde als toepassingsgebied onderbouwt, is moeilijker kwantificeerbaar dan het klassieke medisch-analytische wetenschapsmodel. Dit laatste zoekt de invloed op ziekte en gezondheid van de samenstellende delen van de mens. De analytische research gaat op zoek naar een centrale en oorzakelijke factor waar alles uit volgt. Deze oorzakelijke factor kan gelegen zijn in de celstructuur, de genetische code of de fijne biochemische processen. Zoeken naar de ene ultieme oorzaak is goed kwantificeerbaar.³⁰

Het systeemtheoretisch wetenschapsmodel is hieraan in zekere zin complementair: het zoekt de invloed op ziekte en gezondheid van de complexe contextelementen, zoals de gezinsregels, de maatschappelijke betekenis van klagen en klachten, de zingevingsaspecten van lijden, het streven en de verwachtingen van het leven, enz. Dit zijn stuk voor stuk kwalitatieve aspecten, eerder subjectief en dus moeilijk voldoende betrouwbaar te kwantificeren. Om dit onderzoeksgebied te kunnen ontwikkelen, zullen we in de geneeskunde algemeen aanvaardbare normen moeten vastleggen voor subjectieve, kwalitatieve, complexe interacties, zoals dat in de sociologie en psychologie is gebeurd en ook in heel wat basiswetenschappen, zoals de fysica en scheikunde. *Feinstein* beschreef onder het begrip 'Clinimetrics' een eigen wetenschapskader dat subjectieve 'klinische elementen' helpt integreren.³¹

Hoewel het onderzoek dus moeizaam verloopt, zien we toch tekenen van concretisering van toegepaste gezinsgeneeskunde. Kenmerkend is het streven naar denkkaders die de bestaande opvattingen aanvullen en verruimen. Daarnaast is er veel aandacht voor het evalueren van methodieken die bruikbaar voor de huisarts kunnen zijn in de alledaagse praktijk.³²⁻³⁶

Het plaatsen van de hulpvraag van de patiënt in de sociale context krijgt steeds meer concreet gestalte: in *diagnostische*

methodieken, zoals een circulaire vraagtechniek (ingaan op gevolgen van ziekte), aandacht voor de groeikrachten van het leefsysteem en het samenstellen van een genogram, en in *therapeutische technieken*, zoals heretikettering (het geven van een nieuwe betekenis aan de klacht, gelet op veranderingen in het leefsysteem), metacommunicatie-techniek, het gebruik van metaforen en het verklaren van betekenisystemen, gespreksvoering met relatiesystemen (zoals ouder en kind, patiënt en partner, huisbezoek).

Deze kennis wordt nog weinig in praktijk gebracht. Het is niet zeker of nieuwe onderzoeksresultaten die deze kennis onderbouwen, op zichzelf zullen leiden tot een bredere implementatie van een gezinsgeneeskundige benadering. Het veranderen van een werkstijl vergt niet alleen het aanleren van technieken, maar vooral een houdingsverandering, die tot stand komt door reflectie op de fundamentele waarden in het omgaan met patiënten en de kijk op ziekte en gezondheid. In de opleiding voor huisartsen wordt hieraan de laatste tijd ruime aandacht aan gegeven. Voor de gevestigde huisartsen zijn cursussen in ontwikkeling, zowel in Nederland als in België.

- 1 Grol R, Smits A, Fransen H, Huygen F, Van Weel C. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987; 30: 275-9.
- 2 Helman C. The role of context in primary care. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 547-50.
- 3 Campbell T. Family's impact on health: a critical review. *Fam Systems Med* 1986; 4: 135-328.
- 4 Wieman F. Bibliografie life events. Utrecht: NIVEL, 1987.
- 5 Chen E, Cobb S. Family structure in relation to health and disease: a review of the literature. *J Chron Dis* 1960; 12: 544-67.
- 6 Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidsenquête: gezondheid en medische consumptie naar geslacht. Maandbericht Gezondheid CBS 1987; 2: 5-55.
- 7 Lynch J. The broken heart. The medical consequences of loneliness. New York, Basic Books, 1979.
- 8 Tausig M. Measuring life events. *J Health Social Behav* 1982; 23: 52-64.
- 9 Compennolle T. Stress. Amsterdam: Acco, 1987.
- 10 Van Eijk JThM. Levensgebeurtenissen en ziekte [Dissertatie] Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- 11 Broadhead W, Kaplan B, James S, et al. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 521-37.
- 12 Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families. Cambridge MA: Harvard University Press, 1978.

- 13 Berkman L. Social network analysis and coronary heart disease. *Adv Cardiol* 1982; 29: 37-49.
- 14 Chandra V, Szklo M, Goldberg R, Tonascia J. The impact of marital status on survival after an acute myocardial infarction: a population based study. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 320-5.
- 15 Croog S, Lipson A, Levine S. Help patterns in severe illness: the roles of kin network, non-family resources and instructions. *J Marriage Fam* 1972; 34: 32-41.
- 16 Penn P. Coalitions and binding interactions in families with chronic illness. *Fam Systems Med* 1983; 1: 16-25.
- 17 McCubbin H, McCubbin M, Patterson I, et al. CHIP: coping health inventory for parents: an assessment of parental coping patterns in the care of chronically ill child. *J Marriage Fam* 1983; 45: 359-70.
- 18 Huygen F. Family medicine. The medical life history of families. New York: Brunner Maël, 1982.
- 19 Schor E, Starfield B, Stidley C, Honkin J. Family health: utilization and effects of family membership. *Med Care* 1987; 25: 616-26.
- 20 Suchman E. Stages of illness and medical care. *J Health Human Behav* 1965; 6: 114-8.
- 21 Smits A, Van der Grinten R, Huygen F, Van den Hoogen H. Ze stuurden me naar de dokter: een gezinsgeneeskundig signaal. *Huisarts Wet* 1987; 30: 377-80.
- 22 Morisky D, Levine D, Green L, et al. Five year pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health* 1983; 73: 153-62.
- 23 Levine D, Green L, Deeds S, et al. Health education for hypertensive patients. *JAMA* 1979; 241: 1700-3.
- 24 Becker M, Green L. A family approach to compliance with medical treatment: a selective review of the literature. *Intern J Health Educ* 1975; 18: 173-82.
- 25 Brownell K, Kelman J, Stunkard A. Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressures. *Pediatrics* 1983; 71: 515-23.
- 26 Tomson P, Ineson N, Milton J. Feasibility and usefulness of family record cards in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 506-9.
- 27 Rogers J, Cohn P. Impact of a screening family genogram on first encounters in primary care. *Fam Pract* 1987; 4: 291-301.
- 28 Kaptein AA. Huisbezoek: Wat vindt de patiënt ervan? *Huisarts Wet* 1979; 22: 504-9.
- 29 Heyrman J. Huisartspraktijk in Vlaanderen. Leuven: Acco, 1985.
- 30 De Vries M. Systeemtheorie en algemene ziektenleer. *Med Contact* 1979; 50: 1585-1611.
- 31 Feinstein A. Clinimetrics. New Haven, London: Yale University Press 1987.
- 32 Henao S, Grose N, eds. Principles of fami-

Vervolg op pag. 31.