

De verbreding van de gezinsgeneeskunde tot de alleenstaanden

Schnabel P. De verbreding van de gezinsgeneeskunde tot de alleenstaanden [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(4): 156-7.

Hoewel het traditionele gezinsverband van een echtpaar met één of meer kinderen nog altijd de meerderheid van de Nederlandse bevolking omvat, is het als huishoudentype toch op de terugtocht. In 1980 was nog 43 procent van de Nederlandse huishoudens zo samengesteld, nu geldt dat nog voor 31 procent. Deze daling is niet zozeer het gevolg van de toenemende populariteit van andere samenlevingsverbanden, alswel van de toenemende neiging onder alleenstaanden zelfstandig een huishouden op te zetten. Een kleine 30 procent van de 6 miljoen Nederlandse huishoudens omvat niet meer dan één persoon. In meerderheid gaat het nog steeds om oudere verweduwen, vooral vrouwen, maar de echte groei komt toch voor rekening van de alleenstaanden jonger dan 35 jaar; 12 procent van alle huishoudens – bijna 5 procent van de bevolking omvattend – wordt nu door hen gevormd. Tien jaar geleden was dat nog niet de helft.¹

Alleen staan en alleen wonen zijn niet meer alleen door de levensfase (nog niet of niet meer getrouwd) bepaalde verschijnselen, maar steeds meer ook keuzen voor het leven of minstens situaties van lange duur, waarin ook een nieuwe relatie niet onmiddellijk verandering brengt. Voor de huisarts-geneeskunde, die zich in Nederland bij uitstek als gezinsgeneeskunde geprofileerd heeft, is de individualisering van huishoudens een gegeven, dat zich tot nog toe meer in de praktijk van alledag dan in onderzoek en theorievorming gemanifesteerd heeft. Het beeld van de huisarts, ook zijn zelfbeeld, is dat van de gezinsarts, ook al zijn er, zeker in de grote steden en in vergrijsde wijken, steeds meer huisartsen die nauwelijks nog met volledige en intacte gezinnen te maken hebben.

Uit het literatuuroverzicht van *Querido* blijkt duidelijk dat er juist vanuit huisartsgeneeskundig perspectief nog maar weinig zicht bestaat op de gezondheidstoestand en gezondheidsproblematiek van alleenstaanden.² Dat is ook wel te begrijpen. De enorme groei van het aantal buiten gezinsverband levende alleenstaanden is nog een vrij recent verschijnsel en binnen de huisartspraktijk zijn de alleenstaanden geen homogene categorie, voor wie het alleenstaand zijn de vanzelfsprekende gemeenschappelijke noemer is. Een groot deel van de jongere alleenstaanden, zeker van de mannen onder hen, wordt niet of nauwelijks door de huisarts gezien, voorzover ze al een huisarts hebben. In geval van een echtscheiding verdwijnt de vertrekkende partner meestal ook uit het gezicht van de huisarts en met het niet meer in een huishouden levende en in de meeste gevallen uit alleenstaanden bestaande deel van de bevolking (de bewoners van zwakzinnigeninrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen, de dak- en thuislozen) heeft een huisarts al helemaal weinig contact. Vertrouwd is de huisarts vooral met de problematiek van de oudere alleenstaanden (vooral weduwen), wier problematiek enerzijds te maken heeft met de verwerking van het verlies van de partner en anderzijds met de normale verouderingsproblematiek.

Op het eerste gezicht lijkt er voor de huisarts dus weinig reden het vertrouwde concept van de gezinsgeneeskunde in

te ruilen voor een meer op 'huishoudens' gerichte benadering. Het zou ook niet om een vervanging moeten gaan, maar om een verbreding van een perspectief, dat iets te smal op het gezin georiënteerd is geraakt. De individualisering zal zich de komende jaren zeker nog verder gaan voortzetten. Dat zal zich niet alleen manifesteren in een toename van het aantal eenpersoonshuishoudens, maar ook in een verzelfstandiging van gezinsleden en partners ten opzichte van elkaar. Leefstijlen zullen steeds meer ook binnen één gezin of huishouden individueel gaan variëren en de formele positie van de leden van een huishouden ten opzichte van elkaar zal steeds minder een voorspelling toelaten over hun werkelijke relatie ten opzichte van elkaar of de mate waarin ze zich voor elkaar verantwoordelijk voelen. Omgekeerd is het evenmin zeker dat een alleenstaande, zelfs een alleenstaande met een eigen huishouding, ook werkelijk alleenstaand is. Niet zelden zal het een alleenstaande betreffen die over een hecht netwerk van persoonlijke en verzorgingsrelaties beschikt.

In zijn artsopleiding heeft de huisarts geleerd afzonderlijke en onderscheidbare ziekten te herkennen en individuele patiënten te behandelen. Als huisarts is hij vervolgens vooral getraind in meer probleem- en systeemgericht denken en handelen. Individualisering betekent voor de huisarts zeker niet een terugkeer naar het klassieke medisch-somatische model van de individugerichte geneeskunde. Individualisering is een sociaal proces, dat op het niveau van het individu mede tot uitdrukking komt in veranderingen in het hulpzoekgedrag en de hulpvraag, de beleving van gezondheid en ziekte, het ziektegedrag en de ziekenrol. Op het niveau van de samenleving worden deze veranderingen zichtbaar in zich wijzigende epidemiologische patronen, die een bijzonder gezondheidsrisico juist voor alleenstaanden lijken te suggereren.^{3 4}

Op dit moment is er meer inzicht in de in vergelijking met gehuwden relatief slechtere gezondheidstoestand van ongehuwden dan in de specifieke problemen en vragen van de alleenstaanden zelf. Op dat gebied moet bijna al het onderzoek, net zoals bij het gezin enkele decennia geleden, nog beginnen. Dat onderzoek zal zich dan ook moeten losmaken van de norm, die in de status van alleenstaande een persoonlijk gebrek, een maatschappelijk falen en een medisch risico ziet. Uit het weinige onderzoek dat nu al beschikbaar is, blijkt dat zowel bij gehuwden als bij ongehuwden, onderling en in vergelijking met elkaar, onwelbevinden en ongezondheid een veel genuanceerder en complexer beeld vertonen dan uit een eenvoudige vergelijking op basis van burgerlijke staat blijkt. Zeker bij de ongehuwden spelen leeftijd, leefsituatie, leefstijl en levensfase een belangrijke differentiërende rol in het

relatieve gezondheidsrisico. De vrijwillige alleenstaande is er gemiddeld beter aan toe dan de gedwongen alleenstaande, zeker wanneer de laatste een gescheiden man is, weduwen zijn er beter aan toe dan weduwnaars, mensen met een beroep beter dan werklozen, ongehuwde vrouwen beter dan ongehuwde mannen of gehuwde vrouwen.⁵

Veel sociale contacten, een hoge mate van sociale integratie en veel sociale steun sluiten bij gehuwden gevoelens van eenzaamheid en onwelbevinden allerminst uit, terwijl een feitelijke situatie van sociaal isolement door alleenstaanden niet als negatief hoeft te worden beleefd. In alle gevallen geldt dat niet de objectieve situatie, maar de subjectieve beleving ervan bepalend is voor het onwelbevinden. Sociale steun, die als sociale controle wordt beleefd, is misschien wel effectief, maar draagt niet bij tot het persoonlijk welzijn. Voor alleenstaanden geldt dat naarmate de keuze voor het zelfstandig bestaan vroeger en vrijwilliger wordt gedaan, de tevredenheid met de eigen situatie groter is en het relatieve gezondheidsrisico geringer.

Dat neemt niet weg dat het alleen staan en alleen wonen meer dan het samenleven ruimte laat voor gedrag dat gezondheidsschadend kan zijn. De kans op een ongezonde leefstijl (eenzijdige en onregelmatige voeding, overmatig drankgebruik, verstoord dagritme) is groter, al was het maar omdat deze zich ongestoord ontwikkelen kan. Depressies, fobieën, slaapproblemen, dwanghandelingen komen bij alleenstaanden niet alleen meer voor, maar blijven ook langer onopgemerkt. De alleenstaande moet het van zijn of haar zelfdiscipline hebben en wanneer deze niet of niet meer opgebracht kan worden, is de kans ook groter dat men de greep op het eigen bestaan verliest.⁶

In geval van ziekte zal de alleenstaande gemiddeld minder snel zelf hulp zoeken en ook minder gemakkelijk een beroep (kunnen) doen op de ondersteuning door anderen. Ziek worden is ook voor jongere alleenstaanden een bij uitstek griezelige gedachte, omdat het afhankelijkheid van anderen kan betekenen op een manier die niet gelegitimeerd wordt door de aanwezigheid van een gemeenschappelijk huishouden. De gezondheidsrisicofactoren van het alleenstaand-zijn mogen niet verward worden met het alleenstaand-zijn als indicator voor 'ongezondheid' in de ruimste zin van het woord. Geestelijk gehandicapten en ook psychiatrische patiënten zijn in meerderheid alleenstaanden, en hetzelfde geldt voor een groot deel van de alcohol- en drugverslaafden en zeker voor de groeiende populatie van dak- en thuislozen. In deze groepen, die – naast de bejaarden – mede het epidemiologisch ongunstige beeld van de gezondheid van alleenstaanden bepalen, is bovendien vaak sprake van comorbiditeit van psychische en somatische problemen. De status van alleenstaande is bij hen een indicator voor een verlies van of onvermogen tot sociale integratie en participatie. Zelden gaat het om een keuze, meestal om een lot waar men zich niet meer aan kan onttrekken.

De huisartsgeneeskunde is opgekomen in een tijd, dat het aangaan van een huwelijk en het vormen van een gezin voor vrijwel alle volwassen Nederlanders het normale en normatieve levensperspectief was. Dat is minder vanzelfsprekend en natuurlijk dan het lijkt. Het heeft bijna een eeuw geduurd voor dit levensperspectief algemene geldigheid had gevonden. Het hoogtepunt van de ontwikkeling betekende tevens het keerpunt. Het huwelijk is nog steeds populair, maar minder dan een generatie terug, en ook voor gehuwden is gezinsvorming niet meer een vanzelfsprekende zaak. Voor de huisartsgeneeskunde is het nog grotendeels een vraag wat deze veranderingen voor haar eigen toekomst zullen gaan betekenen. Een probleem hoeft dat niet te zijn: voor de huisartsgeneeskunde was ooit ook de gezinsgeneeskunde een ontwikkelingsgebied.

P. Schnabel

¹ Anoniem. Jaargids 1991. Kerncijfers voor markt- en beleidsonderzoek. Hilversum: AGB Nederland, 1990.

² Querido JD. Morbiditeit en problematiek van alleenstaanden. Huisarts Wet 1991; 34(4): 173-82.

³ Van den Bos GAM. Zorgen van en voor chronische zieken. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1989.

⁴ Van Lieshout P, Schnabel P. Vragen naar GGZ. Ondersteunende stukken voor de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht: NcGv, 1984.

⁵ Veenhoven R. Conditions of happiness [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1983.

⁶ Schrameijer F. Sociale steun. Analyse van een paradigma. Utrecht: NcGv, 1990: 251-84. ■

P. Schnabel, socioloog, is hoofd onderzoek Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en hoogleraar geestelijke gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Utrecht.
Adres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.