

Gezinsgeneeskunde, alleen nog een concept?

W.J.H.M. VAN DEN BOSCH

Van den Bosch WJHM. Gezinsgeneeskunde, alleen nog een concept? Huisarts Wet 1996; 39(5): 220-4.

Samenvatting De betekenis van de gezinsgeneeskunde voor de huisarts staat de laatste tijd onder druk. Mensen leven steeds minder vaak in een 'klassiek' gezin van vader, moeder en kinderen. Kinderen gaan meestal niet meer dicht bij hun ouders wonen. Niet alle leden van een woonverband hebben meer dezelfde huisarts en de mobiliteit van patiënten is zo toegenomen dat huisartsen minder vaak een langdurige band met verschillende leden van het gezin kunnen opbouwen. Toch is de gezinsgeneeskunde lange tijd beschouwd als de kern van de huisartsgeneeskunde. In deze bijdrage probeer ik de ontwikkeling van het denken rond gezinsgeneeskunde in een historisch perspectief te plaatsen, tracht ik de betekenis van gezinsgeneeskunde in de huidige tijd te schetsen en wil ik trachten gezinsgeneeskunde te plaatsen in het bredere perspectief van de contextgeneeskunde.

Dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts,
Pastoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent.

Dit artikel is gebaseerd op de derde Huygen-lezing, die door de auteur werd uitgesproken op NHG-referatendag op 2 juni 1995 in Maastricht.

Een visie uit 1968

In 1968 sprak Huygen, ter gelegenheid van zijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar in de toepassing van de geneeskunde in het gezin, zijn inaugurele rede uit.¹ Hij besprak bij die gelegenheid de gezinsgeneeskunde met betrekking tot drie aspecten: het onderwijs, de praktijkvoering en het wetenschappelijk onderzoek. Zijn rede werd afgesloten met een visie op de toekomst, en uitgaande van deze visie wil ik allereerst nagaan wat er nu, meer dan 25 jaar later, van gezinsgeneeskunde is terechtgekomen.

Wetenschappelijk onderzoek

Er dienden langdurige cohortstudies van gezinnen te komen, zo langdurig dat het de beroepstijd van individuele huisartsen te boven zou gaan. Er werd een belangrijke inbreng verwacht van andere wetenschappers zoals sociologen en psychologen. Er zou aandacht moeten zijn voor de kwetsbaarheid van gezinnen op basis van epidemiologie, en voor kennis over het normale gezinsleven. Hierdoor zou betrouwbaarder voorspeld kunnen worden wie er at risk was voor gezondheidsproblemen, zodat de huisarts zijn interventies gericht zou kunnen uitvoeren.

Hoewel het wetenschappelijk onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde een grote vlucht heeft genomen en een vooraanstaande plaats heeft gekregen binnen de academische wereld, is het onderzoek op het gebied van de gezinsgeneeskunde zowel kwantitatief als kwalitatief minder ontwikkeld gebleven. In het recente KNAW-rapport wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop de acht vakgroepen huisartsgeneeskunde in Nederland betrokken zijn bij de verschillende deelgebieden van het huisartsgeneeskundig onderzoek. Daaruit blijkt dat Nijmegen de enige vakgroep is waarin nog enig gezinsgeneeskundig onderzoek wordt verricht.

Figuur 1 geeft een beeld van het totale aantal publicaties in *Huisarts en Wetenschap* met het trefwoord 'gezin'. De jaren zeventig laten een flinke productiviteit zien, maar na die tijd zijn publicaties over onderzoek op het gebied van de gezinsge-

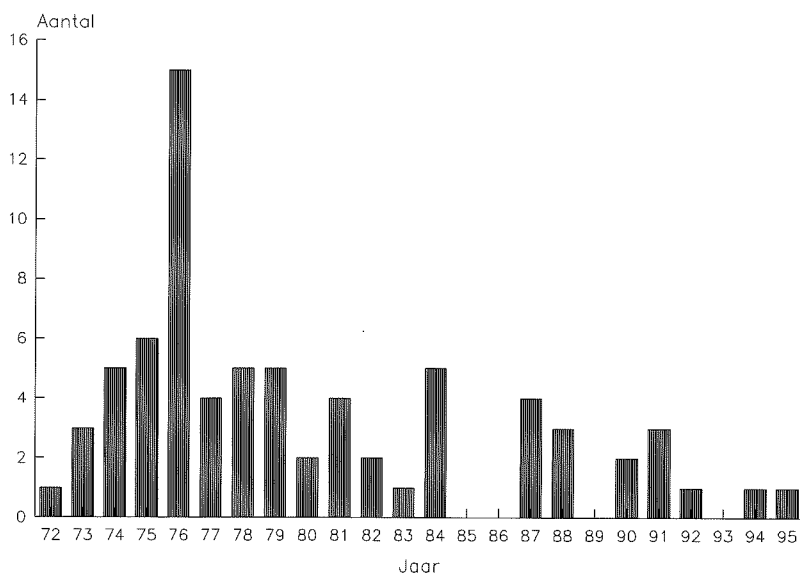
neeskunde min of meer witte raven gebleven. Van de bijna 70 dissertaties over huisartsgeneeskundige onderwerpen uit 1993 en 1994 waren er slechts vier met gezinsgeneeskundige aspecten. Daarentegen werden er elf dissertaties over luchtwegen verdedigd. Wel was er aandacht voor de chronische zieke in het gezin, zoals in de dissertaties van Marina Kuyper (partners van chronisch zieken), Myrra Vernooij (thuiszorg bij demente patiënten) en van Lidwien Schure (partners van CVA-patiënten), maar ook in deze studies werd de positie van de huisarts als gezinsarts niet verder verkend.

Het ideaal van een langdurig, gezinsmatig opgezet cohortonderzoek in de huisartspraktijk is vormgegeven binnen de Continue Morbiditeits Registratie (CMR). Zelfs deze bron heeft echter maar in zeer beperkte mate geleid tot een betere wetenschappelijke fundering van de gezinsgeneeskunde. Ook binnen andere registratieprojecten in de huisartspraktijk is het vaak wel mogelijk onderzoek te verrichten naar gezinsverbanden, maar in de praktijk wordt hier weinig of geen aandacht aan besteed.

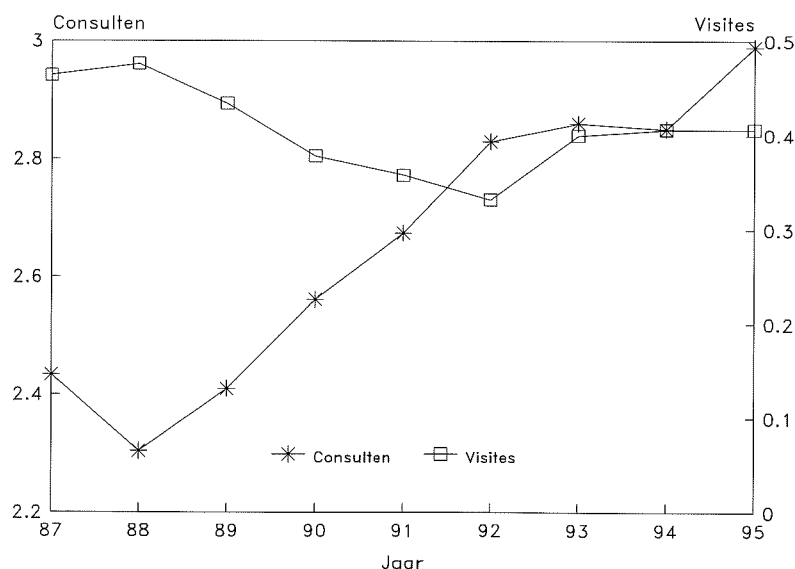
In het meest recente overzicht van onderzoek in de eerste lijn, geregistreerd door het Nivel, wordt bij 45 studies het trefwoord 'gezin' opgegeven. Nadere bestudering laat echter zien dat het slechts in drie gevallen gaat om gezinsgeneeskunde; alle andere onderzoeken gaan uit van thuiszorg, gezinszorg of patiëntenorganisaties.

Onderwijs

Voor de basisarts is het fundamenteel kennis te hebben van de betekenis van het gezin voor ziekte en gezondheid. Dit moest niet alleen gebeuren door het verwerven van theoretische kennis, maar ook de kennismaking met deze materie in de praktijk. De inbreng van de huisartsgeneeskunde in het basiscurriculum is de afgelopen 25 jaar sterk toegenomen. Medische faculteiten realiseren zich meer en meer dat bij de opleiding tot basisarts de inbreng van de huisartsgeneeskunde zeer belangrijk is. De vakgroepen huisartsgeneeskunde zijn thans inhoudelijk goed toegerust voor



Figuur 1 Totaal aantal publicaties in *Huisarts en Wetenschap* met het trefwoord '(gezins)geneeskunde' in de periode 1972-1995



Figuur 2 Gemiddeld aantal spreekuurcontacten en huisbezoeken (exclusief spoedvisites en visites tijdens diensten) per patiënt per jaar in de huisartspraktijk Lent (3.000 patiënten) in de periode 1987-1995

deze taak. In oude curricula werd uitgegaan van een simpele optelling van preklinische en klinische onderdelen tot een groter geheel. Op dit moment verdient een geïntegreerd model de voorkeur, waarbij de patiënt en zijn klachten centraal staan.

Op alle faculteiten is de kennismaking met de huisartsgeneeskunde in de praktijk ingeburgerd in de vorm van kennismakingsstages, co-schappen en wetenschappelijke stages. In het nieuwe Raamplan staat echter nergens in de eindtermen het woord gezin en wordt ook nauwelijks rekening gehouden met enige andere context.

Praktijkvoering

De huisarts zou zijn taak als gezinsarts kunnen verbeteren door samenwerking binnen de eerstelijns in home-teams, maar ook met sociaal-geneeskundigen in wier werk gezinsgeneeskunde een belangrijke rol zou kunnen spelen.

Een van de wijzen waarop de huisarts zich nog het beste als gezinsarts kan waarmaken, is het afleggen van visites. Het aantal huisbezoeken is de laatste jaren echter sterk teruggelopen. De oorzaken hiervoor liggen minder bij de huisarts dan bij ontwikkelingen als het toegenomen autobezit en de verkeerssituatie. In mijn eigen praktijk is het aantal spreekuurcontacten per patiënt de laatste tien jaar fors toegenomen (figuur 2). Het aantal visites daalde daarentegen, zij het dat de laatste jaren een kentering is te zien. Daarvoor zijn overigens enkele voor de hand liggende oorzaken te noemen. Er is vaker complexe thuiszorg, patiënten blijven langer thuis, een opname in verzorgings- of verpleeghuis wordt uitgesteld, en patiënten worden eerder naar huis gestuurd na een ziekenhuisopname. In onze praktijk vindt 60 procent van de spreekuurcontacten plaats op initiatief van de patiënt; in de overige 40 procent van de contacten gaat het om een herhaalconsult of een controle. Daarentegen is slechts 20 procent van de huisbezoeken een nieuwe visite; in 80 procent van de gevallen gaat het om controlebezoeken bij ouderen, visites na ontslag uit het ziekenhuis, kraamvisites, intensieve thuiszorg en stervensbegeleiding.

Taken op verloskundig gebied en op het terrein van de preventieve jeugdgezondheidszorg – taken waarmee de huisarts zijn betekenis als gezinsarts kon onderstrepen – zijn voor een groot deel in andere handen overgegaan. De samenwerking binnen de eerste lijn wat betreft gezinsgeneeskunde staat onder druk. Met name de centralisatie van thuiszorgorganisaties heeft ervoor gezorgd dat het kernteam van huisarts – wijkverpleegkundige – maatschappelijk werkende en leidinggevende gezinszorg, sterk gericht op het gezin, aan belang heeft ingeboet. De differentiatie van de thuiszorg heeft geleid tot een splitsing in curatieve zorg en zorg voor ouder en kind, waardoor het aantal momenten waarop gezinnen in het gezamenlijk blikveld van de huisarts en de wijkverpleegkundige komen, sterk is afgenomen.

Ingehaald door de tijd?

Een aantal van de door Huygen geformuleerde verwachtingen is dus ingehaald door de tijd. Was het gezin in de tijd van Huygen veelal nog te kenschetsen als een huishouden met vader, moeder en een aantal kinderen, eventueel met inwonende grootouders of andere familieleden, tegenwoordig zijn andere samenwoningvormen meer regel dan uitzondering. Met name in de grote stad is het percentage alleenwonenden zo groot geworden, dat de stadsdokter bij een 'gezin' lang niet altijd meer te maken heeft met het gezin waarover gezinsgeneeskunde lijkt te gaan. De gezinnen die er zijn, blijken vaak niet compleet en veranderen in de loop van de tijd van naam en samenstelling.

Bovendien bleek gezinsgeneeskundig onderzoek razend moeilijk. De onderzoeksvragen en de gehanteerde methoden sloten niet altijd aan bij datgene wat huisartsen in het veld nodig hadden. Het onderzoek werd te *soft* gevonden in het nieuwe tijdperk van no-nonsens. De gedragswetenschappers werden langzamerhand opgevolgd door epidemiologen en informatici. Onderzoekers kregen minder de rust om te denken over wat zijzelf belangrijk vonden te onderzoeken, en werden gezet aan het schrijven van subsidievoor-

stellen op programma's die meestal buiten de huisartsgeneeskunde waren vastgesteld of aansloten bij de thematiek van collectiebusfondsen en industrie. Het leek wel of iedereen ineens onderzoek naar Cara deed.

Tegelijkertijd is duidelijk dat het onderzoek rond Cara ook veel vragen naar voren heeft gebracht over allerlei gezinsgebonden aspecten van deze aandoening; voorbeelden zijn de wijze waarop mensen luchtwegsymptomen ervaren, hoe zij omgaan met Cara-klachten en deze klachten aan de huisarts presenteren, en in welke mate zij zich houden aan de medicatievoorschriften.

In het basisonderwijs hebben de vakgroepen huisartsgeneeskunde een belangrijke plaats verworven, zowel in het theoretisch onderwijs als bij de ontwikkeling van het extramurale co-schap. Zaken die wij de basisarts in wording over de huisartsgeneeskunde willen leren, zijn met name het omgaan met klachten in een populatie met een lage prevalentie van aandoeningen, continuïteit van zorg en gezinsgeneeskundige aspecten van zorg. Het gezin wordt voor de medisch student geschetst als een functionele eenheid ten aanzien van een gemeenschappelijke levensloop, het bloot staan aan dezelfde risicofactoren en een overeenkomstige manier van omgaan met ziekte en gezondheid.

Deze contextuele factoren zijn niet alleen van belang voor de huisarts; wat gezegd kan worden over het gezin, geldt in meerdere of mindere mate ook voor andere verzamelingen individuen: het werk, de school, de buurt en het tehuis. Daarom is contextgeneeskunde van minstens even groot belang voor andere professionals in de gezondheidszorg, zoals bedrijfsartsen, schoolartsen en verpleeghuisartsen.

Verhalen van een dorpsdokter?

Om te adstrueren hoe belangrijk de context voor de huisarts kan zijn, laat ik de lezer kennis maken met de familie de Boer. Vader de Boer is bijna 80 jaar, zijn vrouw vijf jaar jonger. Hij heeft een groot gezin waarvan nog twee zonen thuis wo-

nen. Hein en Roel zijn vijftigers. Volgens de gegevens van mijn voorganger zijn beiden schizofreen. Hein doet wat klusjes in en rond het huis, hij komt bijna nooit in het dorp. Roel rijdt op zijn brommer het dorp door, doet de boodschappen en zorgt voor de dagelijkse dosis bier voor zichzelf en zijn broer. Een jonger zusje, een nakomertje, is zo'n 25 jaar geleden in het ziekenhuis overleden aan een massale longembolie tijdens een simpele ingreep voor een enkelfractuur.

Het is een zonderlinge familie, maar toch staat het gezin in het dorp goed bekend. Vader heeft tijdens de tweede wereldoorlog een belangrijke rol in het verzet gespeeld en ook later stond hij altijd klaar om anderen te helpen. Deze goede naam in de buurt komt nu van pas, want vader is de laatste tijd slechter ter been door een combinatie van artrose, decompensatio cordis en overgewicht. Moeder is al vijf jaar bekend met dementie. In andere gevallen zou opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis waarschijnlijk allang overwogen zijn, maar onder de ijzeren duim van vader loopt de zaak nog net niet uit de hand. Ook medisch gezien is het een gezin met gebruiksaanwijzing: men gaat niet naar de dokter, als het niet hard nodig is. Toch geven de conditie van vader en moeder en de frequente huidinfecties, mede gevolg van een gebrekkige hygiëne, alle reden voor bemoeienis van de huisarts. De oplossing is gevonden in een zeswekelijks huisbezoek, met als motivatie het meten van de bloeddruk van moeder.

Op een nacht wordt er toch gebeld, door Roel, of ik de volgende dag langs wil komen. Vader is benauwd en kan niet meer praten. Ik ga meteen. Vader wordt op de rand van het bed aangetroffen met een astma cardiale. Het ziekenhuis is sinds de dood van zijn dochter pertinent taboe.

Hoe zou de huisarts deze situatie op een goede manier kunnen benaderen zonder kennis van de levensloop van het gezin, zonder inzicht in de omstandigheden, zonder inzicht in het omgaan met ziekte en gezondheid, zonder inzicht in de context waarin dit gezin leeft – in dit geval de verklaarbare weerstand tegen het zieken-

huis, bijzondere normen ten aanzien van het omgaan met hygiëne, en daarnaast het gemakkelijk kunnen terugvallen op mantelzorg door de positieve houding van de omgeving tegenover dit gezin. Hoe belangrijk dit alles is, wordt vaak nog eens onderstreept door de volstrekt andere wending die de hulpverlening in dit soort gevallen kan nemen in waarneemsituaties.

Er wordt nogal eens gesteld dat dit typische verhalen van een dorpsdokter zijn. Het denken in contexten is echter niet wezenlijk anders voor de huisarts in de grote stad. Natuurlijk wonen patiënten in een dorp in een compacter gebied, is er minder verloop en is het gemakkelijker om familieverbanden te ontdekken. De volgende voorbeelden laten echter zien dat contextgeneeskunde niet alleen aan de dorps-situatie gekoppeld is.

- In gezin Van de Akker is bij een van de kinderen een tekort aan immunoglobulinen gevonden. De huisarts zal eraan denken het gehele gezin voor te stellen zich te laten vaccineren tegen influenza.
- De huisarts leest in de krant een overlijdensadvertentie van de heer Roos. Blijkens de namen in de advertentie is hij een broer van twee patiënten die bij hem in de praktijk zijn ingeschreven. Er was sprake van zelfdoding. De huisarts zal in de eerstvolgende contacten met die patiënten rekening houden met dit *life event*.
- Janneke komt voor de pil. In het ouderlijk gezin van de moeder van Janneke is een proteïne-C-deficiëntie vastgesteld, maar moeder wilde zich niet laten testen.
- Mevrouw Maters is 49 jaar als bij haar een borst wordt afgezet wegens kanker. In een van de volgende gesprekken wordt ingegaan op de consequenties wat betreft de kans op borstkanker bij haar twee dochters van 25 en 28. De huisarts geeft advies en noteert op de patiëntenkaarten van de twee dochters bij hen vanaf 35 jaar een mammografie te verrichten.
- Bij de heer Van Wijk van 40 wordt een matig ernstige claudicatie vastgesteld. Hij rookt bijna twee pakjes sigaretten per dag. Ook zijn ouders en de twee

broers die nog steeds thuis wonen, roken fors. De huisarts nodigt alle leden van het gezin uit voor een gesprek over cardio-vasculaire risicofactoren en tracht het stop-roken-advies uit te breiden naar het gehele gezin.

- De heer Berger moet wegens een onlangs vastgestelde type-2-diabetes en een fors overgewicht naar de diëtiste. De huisarts laat hem samen met zijn echtgenote een afspraak maken. Hij acht de kans om iets in het eetgedrag te veranderen zonder inschakeling van de echtgenote gering.
- Mevrouw Winkler wil graag zwanger worden van haar vijfde kind. De huisarts weet dat de relatie tussen beide echtelieden slecht is. Kinderen krijgen is voor haar de manier om aandacht te krijgen. Het oudste kind heeft het moeilijk op school. Er zou sprake zijn van affectieve verwaarlozing. De twee jongste kinderen hebben een ontwikkelingsachterstand. Volgens de fysiotherapeute die de jongste ziet voor Bobaththerapie spelen vader en moeder bijna nooit met het kind.
- Het echtpaar De Jong heeft enige maanden geleden hun eerste kind gekregen. De huisarts is benieuwd hoe het zal gaan. Mevrouw De Jong komt uit een gezin dat zelden of nooit om hulp vraagt, en meneer De Jong is gewend om voor iedere kleinigheid de dokter te bezoeken. Al spoedig blijkt de mentaliteit van moeder in het nieuwe gezin de overhand te hebben: er wordt weinig om hulp gevraagd.

Context

De schaalvergroting en de specialisatie in de gezondheidszorg maken het belang van inzicht in de context van individuen steeds groter. Dit alles wordt in de toekomst nog belangrijker als de taakverdeling tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg functioneler wordt, en als wij meer en meer op elkaars terrein gaan opereren. In het overgangsgebied tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg dient de huisarts zijn deskundigheid ten aanzien van deze context meer waar te maken.

Sinds kort ben ik samen met Chris van Weel consulent op de afdeling interne geneeskunde van het academisch ziekenhuis in Nijmegen. Een van de doelen van deze bijeenkomsten is om de staf meer inzicht te geven in de betekenis van de context voor individuele patiënten. Hoewel wij de patiënten en hun achtergronden niet persoonlijk kennen, blijken onze gezinsgeneeskundige of contextgeneeskundige opmerkingen waardevol te zijn bij het verdere beleid in het ziekenhuis.

Kennis van de context kan in veel gevallen als belangrijke steun dienen voor het verdere beleid, maar kan ook – en dat wil ik zeker niet verhullen – leiden tot vooringenomenheid en blinde vlekken. In 'Family medicine' schrijft Huygen over de *twinning families*: twee stamgezinnen waarvan de moeders zussen en de vaders broers zijn, die in twee huizen onder één kap wonen. Eén van de dochters uit de familie Cactus, een familie met zeer frequente nerveus-functionele klachten, liet tijdens een spreekuurbezoek bij mij na het uitspreken van haar klacht horen: '... en denk nu weer niet meteen: die komt uit de familie Cactus, het zal wel weer zenuwen zijn...'

Wat zou er moeten gebeuren aan onderzoek en beleid om de meerwaarde van een gezinsbenadering of van het rekening houden met contexten verder te onderbouwen? Enkele mogelijkheden.

- Hoe gebruiken huisartsen hun kennis over contexten bij diagnostiek? Stelt de huisarts eerder de diagnose astma bij een hoestend kind als hij weet dat er atopie voorkomt in de familie?
- Op welke wijze kunnen interventies door huisartsen op gezinsniveau beter tot veranderingen leiden dan op individueel niveau? Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan gezinsgerichte programma's bij de beïnvloeding van risicofactoren voor hart- en vaatziekten als hypercholesterolemie, roken en overgewicht.
- Op welke wijze is de kennis van huisartsen over contexten beter te gebruiken in de samenwerking met de tweede lijn? Communicatie over het ontslag uit het

ziekenhuis van gecompliceerde patiënten loopt in het algemeen tussen de verpleging op de afdeling en de centrale intake van de thuiszorg (zonder enige kennis over de context van de patiënt). Communicatie tussen afdeling en huisarts zou in deze veel problemen die er nu optreden kunnen voorkomen.

Het gaat dus om contextgeneeskunde en het gezin is een van de contexten die daarbij van belang zijn. Toch zijn er argumenten om nog niet meteen afstand te nemen van het begrip gezinsgeneeskunde.

Uit mijn eigen onderzoek kwam naar voren dat er een duidelijk verband is tussen het aantal hulpvragen van ouders en dat van hun kinderen.³ Bij niet-ernstige aandoeningen vond ik zeer sterke correlaties tussen moeders en kinderen. Bij matig ernstige aandoeningen waren de verschillen tussen vaders en moeder minder opvallend. Deze vaststelling zou kunnen leiden tot nader onderzoek. Zijn er misschien toch erfelijke achtergronden die de verbanden tussen ouders en kinderen mede verklaren? Of is de invloed van vaders op het besluitvormingsproces bij het inroepen van medische hulp voor hun kinderen anders bij ernstiger aandoeningen? Uit hetzelfde onderzoek kwam ook naar voren dat de relaties tussen gepresenteerde morbiditeit van vaders en kinderen sterker waren naarmate de positie binnen de sociale klassen hoger was. Ook hier dus veel vragen rond de context die om verheldering vragen.

Bij een toenemend aantal aandoeningen wordt het belang van erfelijkheid onderkend: steeds vaker blijkt het mogelijk chromosomale defecten vast te stellen, prenataal onderzoek zal zich op meer aandoeningen gaan richten en dragers van erfelijke aandoeningen zullen vaker opgespoord kunnen worden. Aan dit alles zitten natuurlijk vele gezinsgebonden aspecten. Voor het vastleggen van de benodigde gegevens zal steeds meer naar de huisarts gekeken worden. De verantwoordelijk-

heid voor de continue registratie van patiëntengegevens geldt dan niet alleen voor de individuele patiënt maar ook voor het gezin c.q. de familie. Als het fenomeen van het gestructureerde preconceptionele advies in de praktijk ingang zal vinden zal mi de huisarts daarvoor de meest aangevoelen persoon zijn.

Tenslotte vind ik het uitermate belangrijk om te onderzoeken op welke wijze het geautomatiseerde registratiesysteem van de huisarts beter toepasbaar is te maken voor de gezinsgeneeskundige benadering. Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat dit tot nu toe zo weinig aandacht heeft gekregen.

Het kaartstelsel in de huisartspraktijk heeft wisselend rekening gehouden met de gezinsgeneeskundige kanten van de registratie. In onze praktijk worden gezinskaarten gebruikt, met het grote voordeel dat de informatie over alle gezinsleden in één oogopslag te bekijken is, maar met het nadeel dat de informatie van individuele gezinsleden moeilijker uit elkaar is te houden. In andere praktijken zijn kaarten van individuele patiënten gebundeld in gezinsmapjes of worden gezinsgebonden probleemgeoriënteerde systemen gebruikt.

Bij de introductie van het elektronisch medisch dossier (EMD) heb ik me altijd voorgesteld dat dit dilemma zou zijn opgelost. Het tegendeel is echter waar. Op dit moment ligt de enige gezinsgebonden functie van het EMD bij de financiële administratie. De vakgroep in Nijmegen werkt al enige tijd aan een gezinsmodule waarin de belangrijke items uit de problemlijsten van de gezinsleden, samen met belangrijke gezins-items zoals *life events*, worden weergegeven in één scherm met de laatste consulten van alle gezinsleden. Het verder uitwerken en toepasbaar maken van deze module zou de huisarts kunnen helpen beter gebruik te maken van de in de loop der jaren verzamelde gezinsgeneeskundige informatie.

Ook bij de poortwachtersfunctie van de

huisarts zijn veel gezinsgebonden aspecten van belang. Al eerder vond ik verbanden tussen verwijzingen binnen gezinnen. Zeer sterk komt dit naar voren bij het verwijzen van kinderen, waarbij de ongerustheid binnen het gezin, veelal op basis van contexten in het heden en verleden, vaak de belangrijkste reden is om te verwijzen. Dit maakt het, ook politiek gezien, zeer belangrijk om de huisarts zijn rol als poortwachter voor het gezin te laten behouden. De opstelling van de landelijk opererende ziektekostenverzekeraars zou daarbij wel eens een lastig probleem kunnen zijn.

Een belangrijk concept

Afsluitend kan gesteld worden dat gezinsgeneeskunde nog steeds een belangrijk concept is voor de huisarts, omdat het gezin een van de belangrijkste contexten is waarin mensen leven. Inzicht en deskundigheid in het omgaan met contexten vormen een belangrijk hulpmiddel voor de huisarts. Afhankelijk van de context waarin de huisarts zelf werkt, zal hij dit inzicht en deze deskundigheid zelf verder moeten invullen. Een goed begin daarbij zou zijn als de huisarts zich op een van de komende sprekkuren zou afvragen wat hij weet over de context van de betreffende patiënt in verband met de gepresenteerde klacht en wat zijn interventie voor die context zal betekenen.

Literatuur

- 1 Huygen FJA. Gezin en ziekte. Inaugurale rede. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1968.
- 2 Huygen FJA. Family medicine. The medical life history of families. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.
- 3 Van den Bosch WJHM. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992. ■