

De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (I) *

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

INLEIDING

Er is geen praktisch hanteerbaar en aan anderen overdraagbaar referentiekader beschikbaar dat kan dienen als basis voor de huisartsgeneeskunde, als een omschreven professionele bezigheid. Dit is geen nieuwe gedachte of een omstreden conclusie. Het is wel een gevolgtrekking welke de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde belemmert. Desondanks is de afgelopen jaren een ontwikkeling zichtbaar geworden, welke gekenmerkt kan worden als het ontstaan van een huisartsgeneeskunde „nieuwe stijl”, welke vooral lijkt op te bloeien in de groepspraktijken, de gezondheidscentra en bij samenwerkingsverbanden binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Het is echter nogal paradoxaal om te spreken over een „nieuwe” ontwikkeling wanneer de inhoud van de „oude” situatie in feite nauwelijks bekend is, laat staan in detail is gekwantificeerd. Deze paradox plaatst elk onderzoek naar de inhoud van een huisartsgeneeskunde „nieuwe stijl”, welke is gericht op de uitvoering van een aantal meer of minder omstreden doelstellingen, in een moeilijke positie. De noodzaak echter om gedegen onderzoek te doen naar in beginsel alles wat zich in de gezondheidscentra en de samenwerkingsverbanden afspeelt, wordt er slechts door benadrukt.

Experimentele — en gesubsidieerde — gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden zoals in Hoensbroek, Den Haag, Apeldoorn, Ommoord en ook Overvecht komen nimmer uit

Samenvatting. De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord: Een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (I). In dit eerste artikel wordt achtergrondinformatie over de praktijkpopulatie van de groepspraktijk Ommoord verstrekt, waaruit een aantal conclusies kan worden getrokken.

A Het is mogelijk gebleken over een grote onderzoekpopulatie ($n = 10794$), behorend tot vier huisartspraktijken, gedurende geheel 1972 informatie te verzamelen in de vorm van een reeks interveniërende variabelen, welke later moeten dienen om inzicht te krijgen in de structuur van ziekte- en probleemgedrag.

B De bevolking in Ommoord is relatief jong, behoort voor een groot deel tot de hogere beroepsprestige-groepen, leeft vooral in kleine gezinnen en woont in grote meerderheid een flat. Ommoord kan een prototype worden genoemd van een geürbaniseerde samenleving met een maximale scheiding tussen wonen en werken waarbij de woonomstandigheden binnenshuis goed, buitenshuis schraal genoemd kunnen worden. Ruim de helft van de mensen is particulier verzekerd waarbij naar voren komt, dat deze groep er, vergeleken met de ziekenfonds-verzekerden voorzover het de huisarts betreft, karig af komt.

C Veel belang wordt door de groepspraktijk gehecht aan het onderscheiden van probleemgedrag tegenover of als onderdeel van ziektegedrag. Van de gehele populatie vertoonde 18 procent in 1972 manifest probleemgedrag; 29 procent van de mensen leefde in gezinsverband met iemand die met zijn huisarts leefproblematiek besprak. Er blijken tussen de huisartsen onderling duidelijke verschillen te bestaan waar het het aantal mensen in hun praktijk betreft met wie zij tot het expliciet maken van pro-

bleemgedrag komen. Eveneens loopt het door de huisartsen ervaren — subjectieve — contact met de gezinnen nogal uiteen. Met gemiddeld 20 procent der gezinnen bestaat een wisselend of een slecht contact.

D De afhankelijkheidsstructuur welke de correlatie-matrix laat zien lijkt karakteristiek voor onze werksituatie. Het aantal verrichtingen en het aantal cases hangen duidelijk samen met het bestaan van probleemgedrag, met het bestaan van een belangrijke ziekte en met het gebruik van de pil. Overigens blijkt het aantal verrichtingen in Ommoord laag te zijn (gemiddeld 2.7 per persoon per jaar), het aantal „diagnosen” daarentegen hoog (gemiddeld 2.6 per persoon per jaar). Tussen de huisartsen onderling bestaan daarbij grote verschillen. De verschillen tussen de correlatie-matrices, gemaakt voor de vier praktijkpopulaties apart, zijn gering. De samenhang tussen de interveniërende variabelen is in het algemeen niet erg groot, wat de bruikbaarheid der informatiebronnen voor een verdere analyse vergroot.

E Aan de vraagstelling van het onderzoek zijn drie onderdelen onderscheiden. In principe gaat het erom te komen tot een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag mede op basis van de achtergrondinformatie welke in dit artikel naar voren is gekomen. Uit het geheel der verzamelde achtergrondinformatie komt een duidelijk beeld naar voren, dat een doorzichtige afhankelijkheidsstructuur te zien geeft en binnen de grenzen van datgene wat praktisch uitvoerbaar is in een onderzoek van deze omvang, een relevante en gedetailleerde karakterisering geeft van de onderzoekpopulatie.

Het leek ons goed deze conclusies vooreerst op een rij te zetten om daarna in een tweede artikel de classificatie van ziekte- en probleemgedrag onder de loep te nemen.

* Het eerste van de uit drie delen bestaande studie, waarvan het derde deel als inzending op de N.H.G.-prijsvraag tijdens het N.H.G.-congres 1974 werd bekroond.

hun experimentele en daardoor geïsoleerde positie zonder dat door minutieuze verslaggeving een brug wordt geslagen naar de gehele eersteelijns gezondheidszorg zoals deze nu

eenmaal in Nederland is gegroeid en bestaat. Evaluatie is dan ook geen „tegenprestatie” voor een subsidie, het is de haardos waaraan de glibberende en af en toe wegzakkende ver-

nieuwer zichzelf uit de modder moet trekken. Trouwens niemand anders zal dat doen.

In dit tijdschrift is over Ommoord reeds bij herhaling verslag gedaan door Bakker, Buyten, Lamberts, Lancee, Op 't Root, Riphagen en De Vries.* In 1970 is in „huisarts en wetenschap” door ons een idee naar voren gebracht over de wijze waarop een morbiditeitsanalyse in een voor de huisartsgeneeskunde zinvolle vorm zou kunnen worden gegoten (*Lamberts*). De morbiditeits-analyse-Ommoord is nu klaar en heeft tevens gediend als een „tegenprestatie” voor de exploitatie-subsidiëring welke door het — toenmalige — ministerie voor sociale zaken en volksgezondheid gedurende vijf jaar aan onze groepspraktijk is gegeven. De arbeid welke voor dit onderzoek werd verricht, is zeer omvangrijk zoals uit dit verslag mag blijken.

De vier huisartsen van de groepspraktijk, die zich het eerst vestigden - F. R. Bakker, F. M. Braams, H. Lamberts en F. E. Riphagen hebben gedurende ruim twee jaar met grote liefde, accuratesse en „push” gegevens voor de morbiditeitsanalyse verzameld, gecodeerd en gecontroleerd. Achteraf wekt het verbazing dat naast alle problemen waarvoor de groepspraktijk zich gesteld zag, dit onderzoek vrijwel geheel volgens plan kon worden uitgevoerd. Daartoe hebben de doktersassistentes, onder wie vooral mevrouw M. Trouw, in overvloedige mate bijgedragen. Professor Dr. B. M. S. van Praag, Drs. F. Rutten en in het bijzonder Drs. J. van der Gaag van het Economisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Leiden hebben ons bij de bewerking van de verzamelde gegevens letterlijk en figuurlijk onschatbare diensten bewezen. Men realiseert zich vaak onvoldoende hoeveel tijd, geld, zweet en spanning een groot onderzoek op een betrekkelijk onontgonnen terrein als dat van de huisartsgeneeskunde kost. Wij zijn daar ruim zes jaar mee bezig geweest. Talrijke wetenschapsbeoefenaars in Nederland en ook in

* De literatuurlijst wordt in het derde deel afgedrukt.

Engeland — *Keith Hodgkin* mag hier apart worden genoemd — hebben ons geadviseerd, bekritiseerd en in en uit de put geholpen. Mede daarom hopen wij dat de uitkomsten van dit onderzoek voor velen een herkenbaar en voor de huisartsgeneeskunde relevant gezicht tonen.

VRAAGSTELLING

De vraagstelling van het onderzoek valt in drie punten uiteen:

1 Welke is de inhoud en de omvang van het ziekte- en probleemgedrag zoals dat in 1972 in Ommoord tussen de patiënten van de groepspraktijk en de huisartsen tot stand is gekomen? Meer toegespitst: is er een classificatie van ziekte- en probleemgedrag te construeren, welke het ons praktisch mogelijk maakt de inhoud van het „valuta-wissel” verkeer (*Lamberts* 1973) tussen huisarts en patiënt vast te leggen?

2 Is het mogelijk factoren te vinden welke de inhoud en de omvang van ziekte- en probleemgedrag in de huisartspraktijk beïnvloeden? Meer toegespitst: zijn er interveniërende variabelen in het onderzoek betrokken welke een in omvang tastbare variantie in ziekte- en probleemgedrag verklaren?

3 Zijn er aanwijzingen dat de inhoud en de omvang van ziekte- en probleemgedrag, zoals dat binnen de groepspraktijk Ommoord tot stand komt, afwijkt van andere bekende gegevens over de inhoud van het werk van de huisarts? Daarbij is het goed te benadrukken dat wij op geen enkele wijze de indruk willen vestigen als zou ons onderzoek ook maar enigermate als representatief kunnen worden beschouwd voor de inhoud van „de” Nederlandse huisartsgeneeskunde, ook al zou iemand weten wat dat laatste nu precies betekent.

GANG VAN ZAKEN BIJ HET ONDERZOEK

Gedurende het jaar 1972 is het gehele ziekte- en probleemgedrag van

de patiënten behorend tot de praktijken van de vier eerstgevestigde partners van de groepspraktijk (Bakker, Braams, Lamberts en Riphagen) vastgelegd. Daarnaast is stelselmatig een reeks achtergrondgegevens — de zogenaamde interveniërende variabelen — verzameld en up to date gehouden. Er is in dit onderzoek dus sprake van twee data-sets, welke naast en tegenover elkaar aan de orde zullen komen: enerzijds de classificering van ziekte- en probleemgedrag, anderzijds de interveniërende variabelen. Voor alle duidelijkheid zij hier benadrukt dat én aan de constructie van de classificatielijst én aan de keuze van de achtergrondvariabelen de verwachting (de hypothese) ten grondslag ligt dat deze beide data-sets informatie geven welke relevant is voor de vraagstelling zoals deze hierboven in drie onderdelen is weergegeven.

Voor het verzamelen van de informatie is vanaf het begin van de groepspraktijk — eind 1968 — gebruik gemaakt van een speciaal door ons ontworpen patiëntenkaart (*figuur I*). In 1972 is daarnaast een speciale morbiditeitsregistratiekaart gehanteerd (*figuur II*).

De patiëntenkaart is zodanig ingericht dat registratie van achtergrondgegevens over de patiënt en het gezin waartoe hij behoort wordt vereenvoudigd en gesystematiseerd. Hetzelfde geldt voor de speciale morbiditeitsregistratiekaart, waaraan in de kop een gezinsgedeelte (vakje 6 tot en met 28) en een individueel gedeelte (1 tot en met 5 en 29 tot en met 41) zijn te onderscheiden. Aan de rechter zijkant is ruimte om de classificatienummers van het ziekte- en probleemgedrag van de patiëntenkaart over te nemen. Over de inhoud van de classificatie volgt later meer.

Op de patiëntenkaart (*figuur I*) wordt waar mogelijk de voor ons onderzoek benodigde informatie getalsmatig vastgelegd. Deze getallen werden door de doktersassistentes op de registratiekaarten (*figuur II*) overgebracht, ofwel door een streep in de kop of door een getalletje in de kop of de rechter zij-kolom. Deze regis-

tratiemethode maakt het mogelijk de informatie van het gezinsdeel voor alle gezinsleden in één keer met één streep op de dakpansgewijs liggende kaarten aan te geven (zie *figuur II*). Dit vermindert de kans op fouten en de hoeveelheid registratiearbeid.

De statistische bewerking met gebruikmaking van moderne rekenapparatuur is gebeurd op de afdeling van Professor Dr. B. van Praag — Economisch Instituut — Rijksuniversiteit te Leiden. De uitvoering van de bewerking zoals deze ons in 1968 voor ogen stond en in dit blad werd beschreven, zou door de constructie van de registratiekaart onmogelijk door onszelf met de hand gedaan kunnen worden. Bij een bescheidener vraagstelling echter geeft deze kaart wel mogelijkheden tot bewerking met

de hand. Een fikse stapel registratiekaarten, welke dakpansgewijs (zie ook *figuur II*) neergelegd zijn, presenteert zich in een vorm welke een telling van de kop-variabelen betrekkelijk gemakkelijk maakt. Voor deze gang van zaken zijn de registratiekaarten speciaal gedrukt op zeer glad en stevig papier. Ook al zijn wij

er achteraf bijzonder gelukkig mee dat ons deze arbeidsintensieve bewerking bespaard is gebleven — de registratiekaarten zijn zonder meer ook als ponsdocument te gebruiken — toch is het goed bij onderzoek door „kleine zelfstandigen” rekening te houden met een „escape”-mechanisme. Dat geldt voor de huisarts

Tabel I. Voor verklaring, zie tekst

			A (Lamberts)	B (Riphagen)	C (Bakker)	D (Braams)
Geheel 1972 in praktijk	87	n = 10794	+ 3	+ 3	- 9	+ 2
Verhuisd in 1972	5	n = 590 →	+ 1	—	— 3	+ 2
In 1972 in praktijk gekomen	7	n = 817 →	— 4	— 4	+ 12	— 4
Geboren in 1972	2	n = 206 →	—	—	—	—
Overleden in 1972	0,5	n = 67 →	—	—	—	—
Totaal		n = 12474				

Figuur I. Patiëntenkaart, sedert einde 1968 in de groepspraktijk Ommoord in gebruik. Ware grootte: 236 x 170 mm

Naam	E. Jansen - Smits										Adres	Stressmannpl. 812 Verd. 11. Tel. 209826	
Geb. datum	11 - 8		19		78		Arts		A		Part. / I.Z.A. / Zf. / Bej.		
man/vr.	Beroep		onderwijzer		Relig.		geen		G.K. / O.G. / W.G.				
XSKW/w.v./	Aantal kinderen		3										
XSKW	bejaardenhulp		P.P.										
11-2-70	appendectomie 1964		1970 auto-ongeluk femurfractuur R		Donor A+		Pil						
8-2-72 C	3 dg. griepig, hoesten, ausc. g.a. ascal + Gtt. rasales										0	9	1
4-4-72 C	moe, nergens zin in, huilbui, relat. probl. met man langs elkaar leven										0	3	7
	sex. probl., geen zin, wijt het aan de pil										0	4	4
10/4	man + vrouw, besproken rel. probl., luisteren slecht naar elkaar, man voelt zich miskend door haar, altijd te min voor haar familie, vrouw twijfelt aan zijn liefde, beiden zeer geïrriteerd, aanbod maatsch. werk, over nadenken.												
21-4-72 C	man + vrouw, wél iets opgelucht, zien een duidelijk conflict, willen er eerst zelf iets aan doen, afw. maatschappelijk werk.												
1-5-72 C	gaat redelijk, minder moe, huilt niet meer												
	pil gaat goed, T 120/80, urine g.a. 64 KG, normale uterus, anteflexie, portio OK										1	4	5
	6 x Neogynon 21.												
4-7-72 C	zand in R-oog, eruitgehaald na tetracaine, visus g.b.										0	6	3
	gaat met man samen veel beter, in gespreksgroep V.I.A.												

vaak en de hierboven beschreven methode lijkt ons het overwegen dan waard.

DE ONDERZOEKPOPULATIE

In de morbiditeitsanalyse zijn alleen de mensen opgenomen die gedurende het gehele jaar 1972 tot de praktijk van één der vier huisartsen van de groep behoorden. Dit betekent dat alle in 1972 geboren en overledenen en alle mensen die in 1972 Ommoord verlieten of tot de

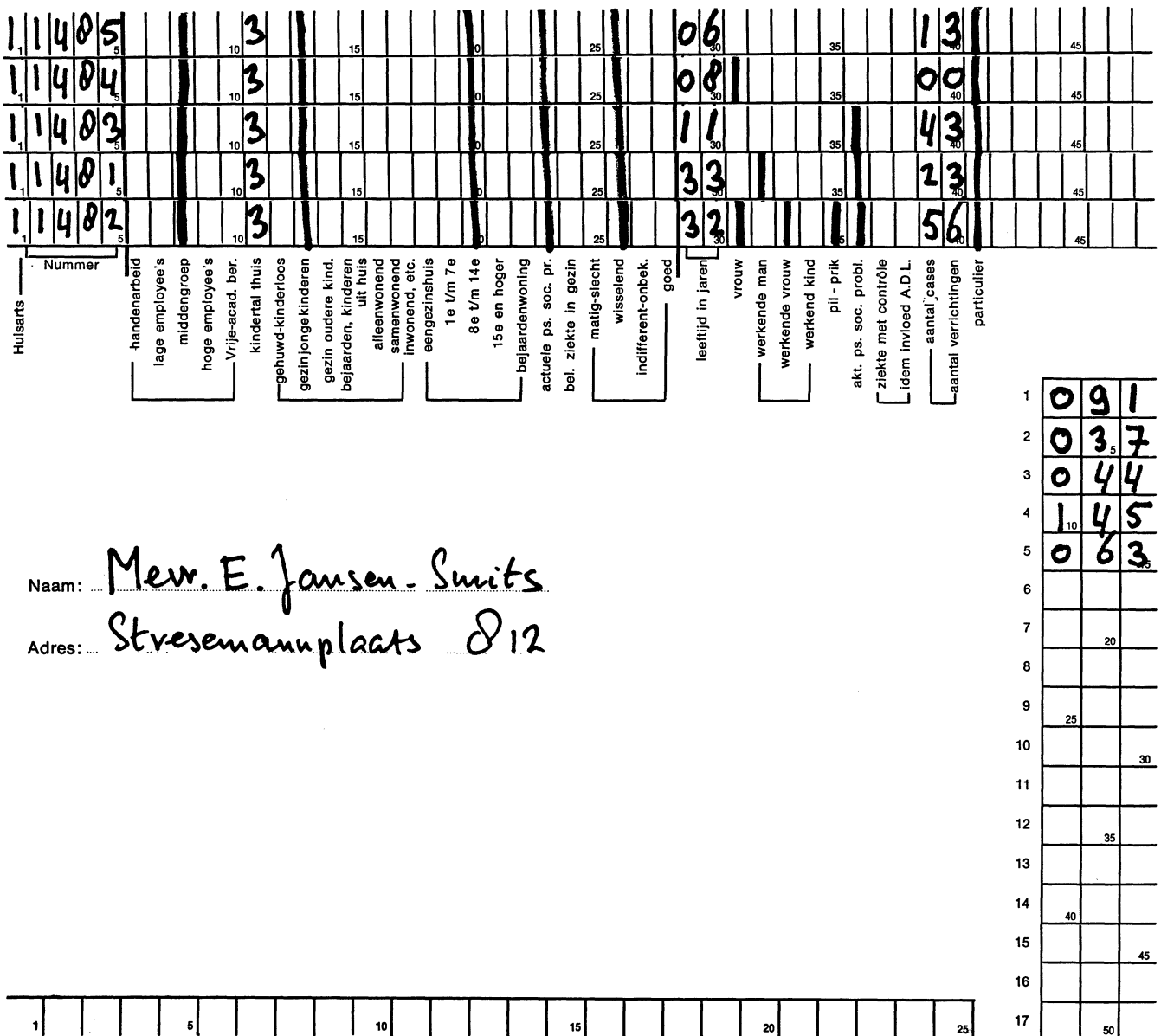
populatie van de groepspraktijk gingen behoren niet in deze analyse zijn opgenomen. Er is wél informatie verzameld over de genoemde vier groepen doch deze komt pas in een later stadium apart aan de orde.

Tabel I laat zien dat 10.794 mensen gedurende geheel 1972 tot onze praktijk behoorden. In het staafdiagram zijn de percentages voor de verdeling van de gehele populatie opgenomen. De mate waarin de praktijkopbouw voor iedere huisarts apart afwijkt van de gehele verdeling

van een variabele, staat in afgeronde percentages rechts in de tabel vermeld onder A, B, C en D. De praktijk van C bijvoorbeeld omvat relatief veel mensen (7 + 12 = 19%) die in 1972 tot zijn praktijk toetraden. Het aantal mensen dat constant tot zijn praktijk behoorde (n = 2242) is absoluut gering en wijkt relatief flink af van de gehele verdeling (87 — 9 = 78%).

Het verhuis-percentage loopt voor de groep niet veel uiteen, behalve bij C. Overigens valt het verhuis-percen-

Figuur II. Vijf morbiditeitsregistratiekaarten (ware grootte 235 x 170 mm) — dakpansgewijs over elkaar gelegd — van de vijf leden van een gezin



tage ons nogal mee, gezien het woon- en leefcomfort dat Ommoord heeft te bieden. Er zijn in 1972 206 kinderen geboren wat neerkomt op 16.5 geboorten per 1000 mensen. (In geheel Nederland was volgens het Statistisch zakboek van het C.B.S. in 1972 het promillage levend geboren 16.1). De sterfte bedroeg in Ommoord 5,3‰, gering in vergelijking met 8,5‰ voor heel Nederland in hetzelfde jaar. Dit wijst er al op dat de leeftijdsopbouw van de bevolking in Ommoord wel zal afwijken van die welke voor geheel Nederland geldt.

De totale praktijkomvang ligt in Ommoord iets boven het gemiddelde in Nederland, dat in 1972 2941 mensen per huisarts bedroeg.

Tenslotte bleek het niet nodig rekening te houden met verandering van huisarts binnen de groep omdat daarvan bij minder dan 1 procent der populatie sprake was. Bij wisseling

wordt het gezin tot die praktijk gerekend, waartoe het het grootste deel van 1972 behoorde.

Het verschil in huisarts is in dit onderzoek nadrukkelijk als intervenierende variabele ingevoerd. Het is uit tal van publikaties duidelijk dat de arts de vorm, de omvang en de benoeming van ziektegedrag beïnvloedt en er zelfs zijn eigen stempel op kan drukken („interdoctor-variation”). (*Bain en anderen; Beaumont en anderen; Gill; Groen; Hallauer; Horvath; Hull*) Deze variantiebron is al heel voor de hand liggend wanneer in een onderzoek verschillende solo-huisartsen met elkaar worden vergeleken. Maar ook in een groep welke gezien de leeftijd, training, instelling en vitaliteit betrekkelijk homogeen kan worden genoemd, zoals dat in Ommoord het geval is, speelt de persoon van de huisarts een rol bij de totstandkoming van ziekte- en pro-

bleemgedrag. Welke deze rol is en hoe groot de betekenis ervan is, zijn vragen welke in dit onderzoek thuisbehoren.

BEROEPSPRESTIGE

I *Handarbeiders*: Geoeffend en ongeoeffend, bijvoorbeeld kraanmachinist, timmerman, pompbediende.

II *Lagere employeés*: (Niveau L.O., met meestal een paar jaar erbij). Politieagent, barkeeper, taxichauffeur, kantoorbediende, kelner, kleine winkelier, verpleegster, vertegenwoordiger.

III *Middengroep*: (Niveau M.A.V.O. + H.A.V.O.). Onderwijzers, H.T.S.-technici, zelfstandige winkeliers, boekhouders, hoofd van een afdeling, inspecteur verzekeringen, journalist.

IV *Hoge employeés*: (Niveau niet academisch). Hoofdambtenaren, directeuren kleine bedrijven, leraar middelbare school, inspecteur van politie.

V *Vrije en academische beroepen*: Alle academici, directeuren grote bedrijven.

Tabel II. Beroepsprestige

Beroepsprestigegroep	A	B	C	D	Op gezinsbasis
I	—	—	+ 1	— 1	10
II	+ 3	+ 5	— 8	— 2	40
III	— 4	— 2	+ 2	+ 4	41
IV	+ 1	— 3	+ 3	— 1	6
V	— 1	— 1	+ 1	+ 1	3

Tabel III. Kindertal

Kindertal	A	B	C	D	Op gezinsbasis
0	— 10	—	+ 4	+ 6	44
1	— 1	—	+ 3	— 2	18
2	+ 1	— 6	—	+ 4	21
3	+ 2	+ 4	— 5	— 2	11
4 of meer	+ 7	+ 2	— 3	— 7	6

Tabel II geeft aan tot welke beroepsprestigegroepen (*Van Tulden*) het gezinshoofd mag worden gerekend. Voor ons onderzoek zijn wij uitgegaan van een beroepsprestigeclassificering welke bruikbaar is gemaakt voor onze vraagstelling. In tabel II is in het staafdiagram weergegeven het beroepsprestige voor *alle* gezinsleden. Een kleuter wiens vader journalist is telt mee voor groep III. In de laatste kolom van tabel II is de verdeling nog eens weergegeven op gezinsbasis. Het lijkt er op dat groep III door een relatief grote gezinsomvang wat op de voorgrond komt te staan. Voor de vier huisartsen zijn de verdelingen weergegeven in de vorm van afwijkingen in hele procenten van de verdeling in het staafdiagram.

Het is duidelijk dat het overgrote deel van de Ommoordse bevolking tot de zogenaamde middengroepen behoort. De groep van de handarbeiders is bijzonder klein. Ommoord herbergt typisch de mensen die de city-functie van een grote stad als

Rotterdam vervullen, het zijn veelal de „dienstenaren” van een geürbaniseerde samenleving.

Ommoord is trouwens ontworpen als een slaapstad-reservoir voor de middengroep die de city-functie vervult en tevens in de vorm van consument de city-functie ondersteunt (Structuurnota 1972). Daarbij komt nog dat de huren in Ommoord zo hoog liggen, dat de arbeidersgroep praktisch niet voor een flat of eengezinswoning in aanmerking kan komen.

Tabel II laat zien dat C en D, die zich later vestigden dan A en B, gelijk op met het stijgen der huren en het gereedkomen van duurdere woningen, relatief meer mensen uit de hogere groepen in hun praktijk kregen.

Groepen IV en V zijn voor de Nederlandse verhoudingen eveneens omvangrijk. Bij onze verdere analyse zal echter vooral uit statistische overwegingen de nadruk vallen op het verschil tussen groep II en III.

HET KINDERTAL EN DE GEZINSSAMENSTELLING

Bij het beoordelen van *tabel III* en *tabel IV* dient men zich te realiseren dat het staafdiagram en de verschilpercentages voor de vier huisartsen apart berusten op alle leden van de populatie. In de laatste kolom is de verdeling op gezinsbasis weergegeven. Er is vastgelegd hoeveel kinderen er werkelijk in huis waren in het eerste halfjaar 1972. Indien er ná 1 juli verandering in het kindertal thuis kwam dan heeft dat in dit onderzoek geen invloed. Hetzelfde geldt voor de verdeling van de gezinssamenstelling in *tabel IV*.

Van alle gezinnen (inclusief alleenwonenden) leeft 44 procent zonder kinderen in huis. Bij nog eens 40 procent der gezinnen zijn er één of twee kinderen thuis. Het zwaartepunt van de populatie bevindt zich in het kleine gezin met weinig kinderen. Voor alle gezinnen tezamen is het gemiddeld kindertal 1.9 (S.D.* = 1.5).

* Standaarddeviatie.

Tabel IV. Gezinssamenstelling

Gezinssamenstelling	A	B	C	D	Op gezinsbasis
Gehuwd-kinderloos	— 3	— 2	+ 4	+ 2	16
Gezin jonge kinderen	—	—	— 1	—	36
Gezin oudere kinderen	+ 10	— 1	— 4	— 6	21
Kinderen uit huis, bejaarden	— 2	—	—	+ 2	10
Alleenwonend	— 4	+ 2	+ 1	+ 1	15
Samenwonend	— 1	—	—	—	3

Tabel V. Woonvorm

Woonvorm	A	B	C	D	Op gezinsbasis
Eengezinswoning	+ 5	+ 1	— 8	+ 1	22
Flat, 1e t/m 7e verdieping	— 3	— 1	+ 5	— 2	41
Flat, 8e t/m 14e verdieping	+ 4	— 3	+ 3	— 3	21
Flat, 15e verdieping en hoger	— 1	— 1	—	+ 1	2
Bejaardenwoning	— 5	+ 3	—	+ 3	14

In Ommoord lijkt de bevolkingsgroei tenminste getemperd te zijn.

Tabel IV laat zien dat de nadruk valt op het gezin met jonge kinderen. Er is sprake van een gezin met oudere kinderen wanneer het oudste kind in 1972 15 jaar of ouder was. Opvallend klein is de groep bejaarden en „rest”-gezinnen. Dit is in belangrijke mate bepaald door de temporisering van de bouw in Ommoord. Ofschoon het de bedoeling is in onze wijk een relatief groot aantal bejaarden te huisvesten, met name in bejaardentehuizen en zogenaamde service-flats, is de bouw voor hen laat op gang gekomen. De praktijkopbouw is in 1973 en 1974 daardoor duidelijk gewijzigd ten opzichte van 1972. Tevens werd in 1972 een tweetal bejaardenhuizen door een huisarts buiten Ommoord verzorgd.

WOONVORM

Ommoord is door het contact van functionarissen (*Lamberts* 1973) al

eens gekarakteriseerd als een planologische blunder van formaat. Het op de volgende pagina afgedrukte overzicht benadrukt dat.

Slechts 22 procent van de gezinnen (*tabel V* rechterkolom) woont in een eengezinswoning, evenveel gezinnen wonen boven de zevende etage, een woonhoogte waarop het contact met de grond als verbroken mag worden beschouwd. Behalve het grote aantal flatgebouwen, zijn het de rechthoekigheid, de eentonigheid en de ruimtelijke tocht en daardoor het gebrek aan kleinschaligheid die het gemis aan visueel boeiende punten pijnlijk benadrukken. De rapportage over het geïntegreerd milieu-hygiënisch onderzoek door het Openbaar Lichaam Rijnmond heeft dat nog eens overvloedig duidelijk gemaakt (zie het overzicht op de volgende pagina, waarin de belangrijkste punten zijn samengevat waarin Ommoord blijken dit onderzoek afwijkt van het gehele Rijnmondgebied.

De werkwijze in de gezondheids-

Karakteristieke punten waarin de bevolking van Ommoord afwijkt van de bevolking van het Rijnmondgebied

(Gegevens van het geïntegreerd milieu-onderzoek door het Openbaar Lichaam Rijnmond.)

Hoog opleidingsniveau (40.7% LO/LBO in plaats van 58.0%)

Hoog inkomen (11.6% minder dan f 12.000,— per jaar in plaats van 22.0%)

Geen eigen huis (0% huiseigenaren in plaats van 15%)

Veel auto's (72% in plaats van 57%)

Hoge maandhuur (f 273,— in plaats van f 168,—)

Veel telefoon (87% in plaats van 64%)

Hoog aantal inwoners per huisarts in de wijk (5102 in plaats van 3176)

Grote afstand wonen-werken (6-12 km in plaats van 3.9 km)

Vaker tevreden over comfort, kwaliteit, ruimte en praktische indeling van de woning

Vaker tevreden over lager onderwijs en vaker ontevreden over voortgezet onderwijs

Vaker tevreden over huisarts, apotheek en tandarts (in het rapport toegeschreven aan het goed functioneren van de groepspraktijk in Ommoord)

Vaker ontevreden over vormingsmogelijkheden, spel- en sportvoorzieningen

Geringe nieuwbouwagressie

Lage scores op vervreemdingsschalen

Gering gevoel van politieke machteloosheid

Gering gevoel van gebiedsmachteloosheid

Veel algemeen tijdsperspectief

Veel perspectief leefmilieu

Hoge neiging tot onderkennen milieuproblemen

Minder klachten over prikkelbaarheid

Minder klachten over prikkelende ogen

Minder klachten over hoesten

VOEG-score niet significant afwijkend

zorg wordt natuurlijk beïnvloed door de woonomstandigheden in de wijk. Een vraag welke in dit onderzoek dan ook aan de orde komt is of het ziekte- en probleemgedrag beïnvloed wordt door de woonvorm. Met uitzondering van het werk van *Fanning* — dat langzamerhand als een soort Vliegende Hollander door de literatuur lijkt te varen — zijn er weinig harde aanwijzingen dat ziekte of ziektegedrag door de woonomstandigheden mede worden bepaald (*Cappon; Chave; Hare; Hare en an-*

deren; Hooper en anderen; Martin en anderen; Reverda en Danz; Rapport Rijnmond; Sainsbury en anderen; Taylor). Dit is waarschijnlijk wel het geval als het om ziektegevoel gaat.

Het zal op voorhand echter moeilijk zijn de invloed van de woonvorm „puur” in handen te krijgen. Immers, het toelatingsbeleid in Ommoord bracht aanvankelijk met zich dat een eengezinswoning pas mocht worden betrokken wanneer er in het gezin tenminste drie kinderen waren. Voor de flats echter is er zelfs een tijdlang sprake geweest van een soort aanmoedigingspremie wanneer men bereid was in Ommoord te komen wonen. Nu is het toelatingsbeleid sterk gewijzigd; de huur van de nieuwe eengezinswoningen is zo hoog (\pm f 500,— per maand) dat er vele van leegstaan. Daarnaast wordt de bejaarden vooral het wonen in een flat — tot twintig hoog toe — aangeboden, zodat er ook op die manier een ingewikkelde relatie tussen leeftijd — gezinssamenstelling — welstand — woonvorm ontstaat.

PROBLEEMGEDRAG IN 1972

Demografische informatie zoals hiervoor aan de orde kwam en verderop opnieuw aan de orde zal komen, behoort tot de min of meer „verplichte” nummers in de piste van het veldonderzoek in de huisartsgeneeskunde. Een gegeven dat tot nu toe betrekkelijk weinig ruimte heeft gekregen als interveniërende variabele bij het analyseren van ziektegedrag is het bestaan van probleemgedrag bij individuen en bij gezinsleden van mensen met een actueel leefprobleem. In dit onderzoek is aan dit gegeven grote aandacht besteed. Voor alle leden van de onderzoekpopulatie ($n = 10.794$) is door de huisarts vastgelegd of er in 1972 tijdens het contact tussen patiënt en huisarts sprake was van het bespreken van leefproblematiek. Daarbij is er vanuitgegaan dat dit voor huisarts en patiënt beiden duidelijk moest zijn

Figuur III. Schematische voorstelling van de onderlinge positie van de begrippen ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag

I - ziektegedrag dat ook probleemgedrag is.

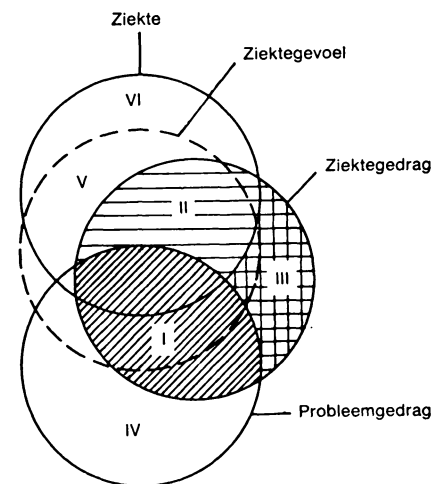
II - ziektegedrag op basis van ziekte, geen probleemgedrag.

III - ziektegedrag zonder ziekte en geen probleemgedrag.

IV - probleemgedrag zonder ziektegedrag.

V - ziekte met ziektegevoel zonder ziektegedrag.

VI - ziekte zonder ziektegevoel en zonder ziektegedrag.



en dat het ging om een „belangrijk” probleem (bijvoorbeeld manifeste relationele problematiek, werkproblemen, crisissituatie) en niet om weinig „belangrijke” problemen — dit naar het oordeel van de huisarts — zoals opzien tegen het rij-examen, een ruzie met een buurvrouw welke verder weinig ingrijpend is, een kortdurende ongerustheid over het al dan niet bestaan van een ernstige ziekte (carcinofobie, cardiofobie).

Het betreft steeds een uitgesproken probleem waarover wordt gepraat. In dit geval wordt er gesproken van probleemgedrag. Probleemgedrag moet naar onze mening onderscheiden worden van ziektegedrag. *Figuur III* geeft schematisch de onderlinge positie weer van de begrippen ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag. (Probleemgevoel is

omwille van de overzichtelijkheid niet getekend).

Van der Maas en Vrijlandt hebben over de eerste drie genoemde begrippen een goede beschouwing geschreven. In elke discussie over ziektegedrag vallen gemakkelijk de namen van *Mechanic* en voor de Nederlandse verhoudingen van *Philipsen*. *Figuur III* pretendeert dus allerminst een nieuwe benadering te illustreren binnen de discussie over ziektegedrag, wel wordt ermee geprobeerd duidelijk te maken op welke begrippen ons onderzoek stoelt.

Hoe worden voor ons onderzoek nu ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag gedefinieerd? Onder ziekte wordt verstaan het bestaan van een aantoonbare morfologische, fysiologische of biochemische afwijking van het menselijk lichaam. Uit het bestaan van een ziekte kunnen ziektegevoel en ziektegedrag volgen. Onder ziektegevoel wordt verstaan het gevoel niet gezond te zijn en het gevoel ziek te zijn of een ziekte te hebben. Uit dit ziektegevoel zal in beginsel het ziektegedrag meestal voortkomen. Natuurlijk berust niet elk ziektegevoel op het bestaan van een ziekte en evenzeer is bekend dat niet elk ziektegevoel tot ziektegedrag leidt (*Brouwer; Cassee; Giel; Monasso*).

Ziektegedrag kan worden gedefinieerd als dat gedrag dat de patiënt samen met de arts (respectievelijk de andere hulpverleners) in de sociale werkelijkheid waarin zij beiden verkeren, laat zien als gevolg van het bestaan van ziekte of ziektegevoel. Maar ziektegedrag kan in feite probleemgedrag blijken te zijn wanneer in het contact tussen patiënt en huisarts duidelijk wordt dat het bestaan van een probleem en niet van ziektegevoel of van een ziekte heeft geleid tot een vraag om hulp aan de huisarts.

De reden voor deze onduidelijkheid is mede daarin gelegen dat in beginsel bijna elk contact tussen patiënt en huisarts dat in de huidige omstandigheden in Nederland plaats-

Tabel VI. Probleemgedrag in 1972

Probleemgedrag in 1972		A	B	C	D
Geen	82	-4	+5	+2	-1
Wel	18	+4	-5	-2	+1

Tabel VIIa. Problematiek in gezin exclusief degene met probleemgedrag

Problematiek in gezin exclusief degene met probleemgedrag		A	B	C	D
	(n = 8884)				
Geen	71	-10	+5	+4	-
Wel	29	+10	-5	-4	-

vindt, als ziektegedrag ervaren wordt en ook als zodanig wordt gesanctioneerd door de gehele structuur, waarin wij met elkaar omgaan (*Van Doorn; Wilson*). Het heeft daarom geen zin om voor iets dat op dit moment nog ziektegedrag „is” een ander woord te bedenken zonder er een andere conceptie aan ten grondslag te leggen. Duidelijk is dat aan die andere conceptie de professionalisering van de huisartsgeneeskunde moet bijdragen.

Pas wanneer er meer duidelijkheid ontstaat over wat er tussen patiënt en huisarts gebeurt en hoe ziektegedrag als totaliteit (inclusief een deel van het probleemgedrag) in elkaar zit, heeft het zin een scherpe scheiding te maken tussen ziektegedrag zonder ziekte maar met ziektegevoel en probleemgedrag dat een onderdeel vormt van de cirkel van het ziektegedrag. Probleemgedrag bestaat pas wanneer het voor hulpvrager en hulpverlener beiden duidelijk is dat er sprake is van een probleem en van gedrag dat voortkomt uit het bestaan van dat probleem. *Figuur III* illustreert dat probleemgedrag ook „puur” aan de huisarts kan worden aangeboden zonder overlap met de andere cirkels. Als er wel overlap met de cirkel van ziektegedrag bestaat hangt het van de patiënt én de huisarts af of het

duidelijk wordt dat er in feite sprake is van probleemgedrag.

Terug naar de gegevens van het onderzoek. Hoe vaak was er in 1972 sprake van probleemgedrag? *Tabel VI* en *VIIa* laten zien dat 18 procent van de gehele populatie in 1972 leefproblematiek met de huisarts besprak en dat van de overigen 29 procent in gezinsverband leefde met iemand bij wie er van probleemgedrag sprake was. Nogmaals zij benadrukt dat het hier niet gaat om zogenaamde functionele klachten en om zogenaamde psychosomatische afwijkingen, tenzij daar expliciet probleemgedrag mee samenging of er aan ten grondslag lag.

Tabel VII b laat zien hoe vaak er sprake van is dat verschillende gezinsleden in 1972 probleemgedrag vertoonden. In deze tabel zijn in de bovenste rij steeds de gevonden frequenties genoteerd, eronder staan de verwachte cijfers. Bij het berekenen van deze verwachte cijfers is uitgegaan van de gevonden frequentie van mensen met probleemgedrag gerangschikt naar gezinsgrootte en per gezin.

Er is bij elke gezinsgrootte duidelijk sprake van „clustering” van probleemgedrag. (De χ^2 -waarde is steeds hoog). Men dient zich bij het

beoordelen van de getallen te realiseren dat het hier gaat om gezinnen en niet om individuen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat er onder de gezinnen met vier personen (totaal 690 gezinnen) 91 zijn waar twee gezinsleden probleemgedrag vertoonden. Daarbij gaat het dus om 182 mensen. Wanneer men zich realiseert dat het bij probleemgedrag meermalen gaat om relationele problematiek, dan verbaast deze clustering ons niet al te zeer.

Het is daarom bijzonder moeilijk te zeggen of er sprake is van een meervoudig vóórkomen van probleemgedrag binnen één gezin, dat niet berust op het feit dat verschil-

lende partijen in een relationeel conflict zich tot de huisarts hebben gewend, maar dat zou kunnen berusten op een meer dieper gelegen gezinsproblematiek welke aanleiding zou kunnen geven tot het naar voren komen van schijnbaar los van elkaar staande vormen van probleemgedrag. Wel is duidelijk dat door de clustering er relatief meer gezinnen zijn waarbinnen er géén sprake was van probleemgedrag dan men op grond van de globale gegevens zou verwachten. Wij zijn uiteraard zeer benieuwd of zich in het ziektegedrag van de gezinsleden van iemand met probleemgedrag, afwijkingen voordoen. *Huygen* heeft in een goed over-

zichtsartikel deze samenhang belicht maar kon daarbij niet veel „hards” presenteren. Datzelfde geldt voor het overzicht dat *Grolnick* geeft.

Wanneer men de gegevens in *tabel VI, VII a en VII b* overziet, komt de vraag naar voren of het aantal mensen met probleemgedrag hoog is en of er aanwijzingen zijn dat er nog veel meer mensen met problematiek worstelen, welke in het contact met de huisarts niet naar voren komt. In *tabel VIIc* is een samenvatting van informatie uit de literatuur gegeven, waarbij van elkaar zijn onderscheiden het bestaan van omschreven problematiek en het daaruit volgen van probleemgedrag, naast het bestaan of presenteren van „nerveuze” of „neurotische” klachten.

Gelet moet worden op het grote verschil tussen de uitkomsten van interview-onderzoek waarbij een meestal aselechte groep actief wordt benaderd en de uitkomsten van „loket-onderzoek” (*Philipsen*), waarbij de huisarts meestal als registrator optreedt. Grote voorzichtigheid is dus bij de interpretatie van de getallen in *tabel VII c* nodig.

Wanneer Aakster vaststelt dat er bij 40-50 procent van de volwassenen sprake is van twee of meer potentiële of actuele stress-factoren dan kunnen deze gegevens moeilijk worden vergeleken met de uitkomsten van het geïntegreerd milieu-onderzoek door het Openbaar Lichaam Rijnmond (*Van der Maas en Vrijlandt*) waarbij naar het bestaan van actuele problematiek is gevraagd. Stress ervaren is nog niet hetzelfde als ziektegedrag of probleemgedrag.

Met alle voorbehoud kan wel worden gezegd dat het aantal mensen met probleemgedrag in Ommoord niet zo veel afwijkt van de gegevens van *Van der Maas en Vrijlandt* wanneer men daarbij ook nog rekening houdt met de verschillen in leeftijdsopbouw van onze populatie (alle leeftijden) en die van het Rijnmondonderzoek (15 jaar en ouder).

Het ziet er naar uit dat in Ommoord een zeer omvangrijk deel van de bestaande leefproblematiek met de huisarts is besproken. De cijfers over

Tabel VII b - Gezinsgrootte en „clustering” van probleemgedrag

Gezin 1 persoon

661 individuen waarvan 27.8% met probleemgedrag

Gezin 2 personen

1048 gezinnen = 2096 individuen van wie 21.5% met probleemgedrag

	geen problematiek in gezin	gezin met één gezinlid met problemen	gezin met twee gezinleden met problemen
gevonden	683	279	86
verwacht	646	353	49

$$\chi^2 = 47.7$$

Gezin 3 personen

641 gezinnen = 1923 individuen van wie 19.5% met probleemgedrag

	geen problematiek in gezin	gezin met 1 gezinslid met problemen	gezin met 2 gezinsleden met problemen	gezin met 3 gezinsleden met problemen
gevonden	376	173	74	18
verwacht	334	243	59	5

$$\chi^2 = 63.1$$

Gezin 4 personen

690 gezinnen = 2760 individuen van wie 16.3% met probleemgedrag

	geen problematiek in gezin	gezin met 1 gezinslid met problemen	gezin met 2 gezinsleden met problemen	gezin met 3 gezinsleden met problemen	gezin met 4 gezinsleden met problemen
gevonden	389	183	91	23	4
verwacht	338	264	77	10	<1

$$\chi^2 = 76.99$$

Gezin 5 personen

398 gezinnen = 1992 individuen van wie 14.4% met probleemgedrag

	geen problematiek in gezin	gezin met 1 gezinslid met problemen	gezin met 2 gezinsleden met problemen	gezin met 3 gezinsleden met problemen	gezin met 4 gezinsleden met problemen	gezin met 5 gezinsleden met problemen
gevonden	208	120	46	22	1	1
verwacht	183	154	52	9	1	<1

$$\chi^2 = 30.39$$

de „nerveuze” reacties laten zien dat de Ommoordse uitkomsten hoog zijn vergeleken met de gegevens uit de huisartspraktijk. De kloof met de uitkomsten uit interview-onderzoek, zoals dat van *Aakster* en van *Phillips en anderen* is erg groot. De door *Aakster* en ons gehanteerde begrippen zijn echter ook dusdanig uiteenlopend, dat deze verschillen daarop zeker mede kunnen berusten. *Giel* in *Stolwijk* en *Taylor en anderen*

komen in een interview-onderzoek bij volwassenen daarentegen duidelijk lager uit dan Ommoord.

Bij de beoordeling van *tabel VI* dient men te bedenken dat de huisarts de totstandkoming van deze percentages mee bepaalt. Dit wordt geïllustreerd door de grote verschillen tussen de vier huisartsen. *A* vindt dat er in zijn praktijk bij bijna 10 procent meer mensen sprake is van probleemgedrag dan *B*. Zo'n groot ver-

schil berust niet alleen op verschillen in praktijksamenstelling. De werkwijze, het gedrag en de opvattingen van *A* en *B* zullen vast en zeker flink van elkaar verschillen. Trekt *A* er erg aan? Is *B* minder toegankelijk? Bij welke mensen ziet en doet *A* wat *B* niet ziet en doet? Waar zijn de overeenkomsten? Hoe staat het met *C* en *D* en in welke opzichten verschilt hun gedrag van elkaar en van dat van *A* en *B*? Een nadere analyse zal informatie moeten geven ten einde op deze vragen een begin van een antwoord te formuleren.

Tabel VII c. Voorkomen en presentatie psychosociale problematiek in procenten

Auteur	Inter- view- tech- niek	Uit de huisarts praktijk	Leefpro- blemen totaal	„Neurotisch”, nervus, psycho- emotioneel,			Opmerkingen
				man	vrouw	totaal	
Ommoord		×	18.3			17.3	gehele populatie
<i>Aakster</i>	×						arbitraire criteria op basis van vragenlijstmethode
— neurastheen				34	62		
— depressief				9	26		
— surmenage				37	59		
— sociose				31	35		
— tenminste twee stressers ervarend			40.5				volwassenen 25-65 jaar
<i>Cooper en anderen</i>		×		6.7	18.8		15 jaar en ouder
<i>Giel</i>	×					13	15 jaar en ouder
<i>Hare en anderen</i>	×			15.6	29.9		16 jaar en ouder
<i>Hodgkin</i>		×	3.7			10	gehele populatie
<i>Kuypers</i>		×				10	gehele populatie
<i>Van der Maas en anderen</i>	×		30.6				— 15 jaar en ouder. — 10.8% bezocht een hulpverlener; 8.4% heeft behoefte aan hulp maar weet niet waar
<i>Martin en anderen</i>		×				4.3	gehele populatie
<i>Oliemans</i>		×				7.2	gehele populatie
<i>Phillips en anderen</i>	×			30	47		volwassenen
<i>Taylor en anderen</i>	×					8.1	volwassenen
<i>Van der Velden</i>		×		6.8	9.8		20-54 jaar
<i>De Vries</i>		×	45				op gezinsbasis

HET BESTAAN VAN EEN BELANGRIJKE ZIEKTE IN 1972

Analoog aan de wijze waarop het probleemgedrag door de huisartsen werd genoteerd, is in 1972 een bijzondere vorm van ziektegedrag vastgesteld (*Tabel VIII en IX*). Het gaat hier om het bestaan van een „belangrijke ziekte”, welke is gedefinieerd als een ziekte welke in 1972 optrad of reeds bestond en welke langdurige behandeling en/of regelmatige medische controle en begeleiding behoeft.

Daarnaast is beoordeeld of de ziekte het dagelijks leven van de patiënt duidelijk beïnvloedde, bijvoorbeeld diabetes welke insuline behoeft, dysbasia intermittens, amputatie, carcinoom met metastasen of dat de ziekte in zoverre belangrijk was dat er veel medische zorg bij nodig was zoals hypertensie welke alleen door de medicatie de patiënt aan het bestaan ervan herinnert, de postinfarctpatiënt die weer hele dagen werkt, de diabetes-patiënt die met een dieet en een oraal anti-diabeticum zonder problemen zijn gewone leven leidt.

Uit *tabel VIII* blijkt dat 2.6 procent van de mensen in het dagelijks leven met hun ziekte wordt geconfronteerd en nog eens 5.0 procent door de geregelde medische begeleiding. *Van der Maas* en *Vrijlandt* vinden dat van mensen ouder dan 15 jaar 12.4 procent opgeeft een chronische ziekte te hebben welke de dagelijkse bezigheden hindert, terwijl 3.9 procent op-

geeft dat ook de beroepsbezigheden worden gehinderd.

Er is wel enig verschil tussen de huisartsen. In de praktijk van D is er duidelijk vaker sprake van een belangrijke ziekte dan bij zijn partners. Het is hier moeilijker dan bij het probleemgedrag om op voorhand te zeggen dat de perceptie en de persoon van de huisarts hier de verschillen mede verklaren. Wel is bijzonder duidelijk dat de groepspraktijk in Ommoord veel vaker te maken heeft met mensen met een actueel leefprobleem dan met mensen met een „belangrijke” ziekte.

CONTACT

De laatste gezinsvariabele welke is genoteerd vormt het contact zoals de huisarts dat gedurende 1972 ervaart

ten opzichte van de gezinnen welke tot zijn praktijk behoren. Het gaat hier om een subjectief oordeel over het contact met alle leden van het gezin tezamen. Er is gekozen voor een contact met het gezin en niet met het individu, omdat in het laatste geval zich problemen zouden voordoen, bijvoorbeeld voor wat betreft het contact met jonge kinderen. Het heeft weinig zin een „lekkere” en een onaantrekkelijke baby van elkaar te onderscheiden in dezelfde schaal als een volwassene met wie al dan niet een goed contact bestaat.

Er is reeds benadrukt dat het gaat om een subjectief oordeel door de huisarts, waarbij de subjectiviteit als een belangrijk gegeven voor dit onderzoek wordt beschouwd. Immers, het totstandkomen van een relatie — of het uitblijven daarvan — tussen

patiënt en huisarts is sterk van beider gevoelens, wensen, weerstanden enzovoort afhankelijk. Het is voor de hand liggend dat de werkwijze van de huisarts en ook het uiteindelijk ziektegedrag van de patiënt door deze gevoelens over en weer worden beïnvloed. Natuurlijk is het niet uitgesloten dat een bepaald ziektegedrag op zijn beurt positieve of juist negatieve gevoelens bij de huisarts oproept. Daarom is het van belang tenminste één element in te brengen dat expliciet te maken heeft met de gevoelens van de huisarts.

Tabel Xa laat zien dat deze gevoelens voor de verschillende huisartsen nogal uiteenlopen. Met gemiddeld ruim de helft van de gezinnen menen de huisartsen een goed contact te onderhouden. (Het zou interessant zijn te weten wat deze gezinnen zelf vinden van hun relatie tot hun huisarts (Warner).

Het valt op, dat D — in mindere mate ook C — wel een bijzonder positief gevoel heeft over zijn relatie met zijn patiënten en opvallend weinig meent dat er een indifferente relatie bestaat. Met indifferente wordt bedoeld dat er ofwel geen kans is geweest om een relatie te leggen door een zeer geringe hulpvraag („onbekend”) of dat de inhoud van de hulpvraag en de gevoelston waarmee deze samenging bij de huisarts geen uitgesproken positieve of negatieve gevoelens hebben opgeroepen.

Tabel Xb laat zien dat het als indifferente ervaren contact duidelijk samenhangt met een geringer aantal diagnoses en verrichtingen. Het is duidelijk dat de indifferente vooraf afhankelijk is van de frequentie van het contact en dat is ook begrijpelijk. Trouwens deze scoringsmogelijkheid is met name met het oog daarop aan de contactschaal toegevoegd.

Voor de vier huisartsen apart berekend wordt — met inachtneming van de consumptie-verschillen welke later aan de orde komen — hetzelfde patroon gevonden. Het goede contact gaat gepaard met de meeste diagnoses en verrichtingen, op de voet gevolgd door het negatief gekleurde contact.

Tabel VIII. Belangrijke ziekte in 1972

Belangrijke ziekte in 1972	A	B	C	D	
Geen	92,4	+ 0,7	+ 1,2	+ 2,4	- 4,4
Wel	5,0	- 0,6	- 1,6	- 1,3	+ 3,2
Wel, met invloed op dagelijks leven	2,6	- 0,4	+ 0,1	- 1,4	+ 0,9

n = 538
n = 266

Tabel IX. Belangrijke ziekte in gezin in 1972 exclusief degene met de ziekte

Belangrijke ziekte in gezin in 1972 exclusief degene met de ziekte	A	B	C	D	
Geen	91	- 3	+ 2	+ 6	- 3
Wel	9	+ 3	- 2	- 6	+ 3

(n = 9990)

Tabel Xa. Contact huisarts/gezin

Contact	A	B	C	D	Op gezinsbasis	
slechtmatig	4	+ 3	- 1	- 1	4	
wisselend	18	- 1	+ 9	- 6	- 5	16
indifferent-onbekend	20	+ 8	+ 2	- 9	22	
goed	58	- 10	- 10	+ 6	+ 15	57

Met de categorie „wisselend” wordt bedoeld dat de huisarts het contact met het gezin óf in de tijd, óf per gezinslid wisselend (of beide) ervaart. Vooral B heeft een „wisselend” gevoel.

Tenslotte valt op hoe klein de groep is waarover de huisartsen ronduit willen zeggen dat het contact ermee als negatief wordt ervaren. Het ethos van de hulpverlening en de bijna „onmenselijke” tolerantie en inzet van de arts als genezer worden kennelijk ook bij ons nog als vanzelfsprekend ervaren. Overigens komt de Vries ongeveer tot dezelfde uitkomsten. Hij staat tegenover 68 procent der gezinnen positief, tegenover 12 procent neutraal en tegenover 20 procent negatief of ambivalent.

DE LEEFTIJD

De leeftijdsverdelingen van de gehele populatie en van die van de vier praktijken zijn in tabel XI weergegeven. Men dient zich hierbij te herinneren dat de 0-jarigen (de in 1972 geboren) hierbij niet meetellen. De leeftijd is bepaald door het geboortjaar van 1972 af te trekken.

Het is duidelijk dat de leeftijdsverdeling in Ommoord afwijkt van die in Nederland. Ommoord heeft relatief veel mensen in de groep tot en met 40 jaar (+ 8%, exclusief de pasgeborenen) en relatief weinig mensen ouder dan 50 (— 6%). Ook de verdelingen voor de vier praktijken lopen nogal uiteen. Bij A valt het zeer geringe aantal bejaarden en het grote aantal tieners op, bij C het op de voorgrond treden van de groep 21-30 jaar.

Het is bekend dat de leeftijd één van de belangrijkste factoren is die het ontstaan van bepaalde ziekten en de vorm ervan beïnvloedt. Hoe groot deze invloed in Ommoord is en in welke mate deze invloed met die van andere variabelen gedeeld wordt, zal bij nadere analyse moeten blijken.

GESLACHT

Tabel XII geeft met het geslacht

opnieuw een belangrijke factor voor het al dan niet ontstaan van ziekte- en probleemgedrag (*Van der Velden*)

weer. De verdeling is uiteraard praktisch fifty-fifty en geeft in deze vorm weinig aanleiding tot verdere bespie-

Tabel Xb. Verband tussen contact/diagnosen en verrichtingen

contact	Gemiddeld aantal diagnosen en de standaarddeviatie (n = 10794)	Gemiddeld aantal verrichtingen en standaarddeviatie (n = 10794)
Slecht-matig	2.6 (2.7)	2.5 (3.0)
Wisselend	2.6 (2.8)	2.6 (3.0)
Indifferent	1.5 (2.0)	1.4 (2.0)
Goed	2.9 (2.8)	3.2 (3.4)

Tabel XI. Leeftijd. Gemiddeld 30,6 jaar (standaard deviatie 20,8 jaar)

Leeftijd in jaren	A	B	C	D	Nederland-1972
1-10	+ 1	+ 1	— 1	— 1	17
11-20	+ 4	—	— 2	— 3	17
21-30	— 3	— 3	+ 5	+ 1	17
31-40	+ 1	—	—	+ 1	12
41-50	+ 1	—	—	— 1	11
51-60	+ 1	—	—	— 1	10
61-65	—	—	—	—	4
65+	— 7	+ 2	— 2	+ 1	10

Tabel XII. Geslacht

	A	B	C	D
Man	+ 1,7	— 0,7	— 0,5	— 0,5
Vrouw	— 1,7	+ 0,7	+ 0,5	+ 0,5

Tabel XIII. Werkenden in de groep 16 tot en met 65 jaar. N = 6713

	A	B	C	D
Niet werkende man	+ 1	+ 1	—	— 1
Niet werkende vrouw	— 2	—	+ 1	+ 1
Werkende man	— 2	—	+ 1	+ 1
Werkende vrouw	—	— 1	+ 1	—
Werkend kind	+ 3	+ 1	— 3	— 2

gelingen. (In 1972 bestond in Nederland de bevolking voor 50.1 procent uit vrouwen en 49.9 procent uit mannen.)

WERKEND

Voor de gehele groep mensen van 16 tot en met 65 jaar ($n = 6713$) is vastgelegd wie er in het arbeidsproces zijn opgenomen. In *tabel XIII* zijn de gekozen categorieën weergegeven. Het percentage niet werkende mannen is klein, temeer wanneer men zich realiseert dat hieronder ook alle studerende jongens vallen. Het percentage niet-werkende vrouwen is enkele malen hoger dan het percentage werkende vrouwen. Dit blijft het geval wanneer men er rekening mee houdt dat de groep werkende kinderen (16 jaar of ouder) mannen én vrouwen omvat. Achteraf gezien zijn de in *tabel XIII* gekozen klassen minder gelukkig en was het beter geweest de groep werkende kinderen te splitsen naar geslacht. Het is echter duidelijk dat de invloed daarvan op de beoordeling van de tabel niet erg groot kan zijn.

De verschillen tussen de vier praktijken zijn weinig uitgesproken en kunnen zeker ook mede door verschillen in praktijkopbouw worden verklaard.

DE PIL EN DE PRIK

De huisarts neemt bij de anticonceptie van tal van mensen een belangrijke plaats in. Vooral de orale anticonceptie draagt daaraan bij. Op zich is het al van belang te weten in welke mate en op welke manier de huisartsen van onze groep op het terrein van de anticonceptie actief

zijn. Daarnaast is het voor een morbiditeitsanalyse als de onze belangrijk extra aandacht te besteden aan de groep vrouwen die door pilgebruik (of door de „prik”) gedwongen zijn regelmatig op het spreekuur te komen zonder dat er klachten behoeven te zijn. Bij dit contact wordt wel vaak geïnformeerd naar het bestaan van bepaalde klachten.

Het is aannemelijk dat voor de vrouw de drempel om velerlei klachten naar voren te brengen tijdens het pil-consult relatief laag is. Met andere woorden: is er sprake van kans-concurrentie, treedt er een associatie op tussen pilgebruik en een aantal klachten of afwijkingen dat geen causaal karakter heeft doch berust op „Berkson's fallacy” (*Berkson; Roscam Abbing; Rümke*).

Tabel XIV laat zien dat van de groep vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd (14 tot en met 50 jaar $n = 3054$) ruim eenderde deel de pil slikt of de „prik” krijgt. Het valt daarbij op dat B nogal „zuinig” uit de bus komt. Duidelijk is dat de anticonceptie een omvangrijke rol speelt in het hulpverleningspakket van de huisarts. Resteert te vermelden dat slechts die vrouwen geacht worden in 1972 „pilgebruikster” te zijn, indien dat reeds vóór 1 juli 1972 zo was, omdat in dat geval het pilgebruik als indicator voor een mogelijke kansconcurrentie extra relief krijgt.

AANTAL DIAGNOSEN, AANTAL VERRICHTINGEN

In *tabel XV* en *XVIa* is de verdeling van het aantal „diagnosen” of „cases” en het aantal verrichtingen per individu in 1972 aangegeven. In de eerste plaats valt op dat ruim een

Tabel XV. Aantal diagnosen (gemiddeld 2,6, standaarddeviatie 2,7)

Diagnosen	A	B	C	D
0	—	+1	—	—1
1	—4	+2	+3	—+
2	—4	+2	+2	+1
3	—1	—	—	+1
4	—	—	—	+1
5	+1	—1	—1	—
6	+1	—1	—1	—
7 of meer	+7	—2	—5	—2

Tabel XVIa. Aantal verrichtingen (gemiddeld 2,7, standaarddeviatie 3,1)

Verrichtingen	A	B	C	D
0	—	+1	+1	—1
1	—3	+2	+2	+1
2	—1	+1	—	—1
3	—	—	—1	—
4	—	—1	—	—
5	—	—1	—	+1
6	—	—	—	—
7 of meer	+3	—2	—2	—2

kwart van de praktijkpopulatie gedurende 1972 geen contact met de huisarts had. Het gaat hier om oog in oog contacten en niet om bijvoorbeeld telefonische consulten. Het blijkt dat het percentage mensen zonder een verrichting en dus ook zonder diagnosen voor de vier huisartsen praktisch dezelfde is. Kennelijk gaat er van geen van deze huisartsen een uitgesproken „zuigende” of „afstotende” werking uit (*Cassee*). De verschillen welke bestaan bijvoorbeeld bij het pilgebruik, probleemgedrag en ook ten aanzien van het aantal verrichtingen en diagnosen komen kennelijk pas tot stand nadat eerst de mensen zelf hebben beslist of zij zich tot de huisarts zullen wenden of niet. Er is geen aanleiding te denken dat verschillen in praktijkopbouw een mogelijk wel bestaande „zuiging” als het ware statistisch wegduwen en dat zó de grote overeenkomst tussen het aantal niet-komers bij de vier huisartsen zou kunnen worden verklaard. De gegevens van de recente Engelse

Tabel XIV. Pilgebruik (vrouwen 14 tot en met 50 jaar; $n = 3054$)

	A	B	C	D
Geen	—3	+8	—3	—3
Wel	+3	—8	+3	+3

„Morbidity Survey” (35% nietkomers) steken wel af tegen de onze.

Voor onze gehele populatie is in 1972 het gemiddeld aantal diagnoses 2.6 (SD 2.7), en het gemiddeld aantal verrichtingen 2.7 (SD 3.1). Het gemiddeld aantal verrichtingen is opvallend laag vergeleken met wat er daarover bekend is in Nederland (tussen 4 en 6 verrichtingen) (Aulbers; Brenkman; Oliemans; Spoelstra; Van der Velden)

Het gemiddeld aantal verrichtingen ligt in Engeland duidelijk lager dan in Nederland (3,0 per persoon per jaar volgens de „Morbidity Survey”).

Het gemiddeld aantal diagnoses ligt in Ommoord echter hoog. (Oliemans geeft 1,7 diagnose per persoon per jaar op, de „Morbidity Survey” 1,8) Het is goed mogelijk dat onze manier van werken (afsprakenpreekuur) en de gewoonte om al snel voor mensen met meer tijdrovende vragen aparte afspraken te maken, waarbij extra tijd wordt gereserveerd, bijdragen aan de opmerkelijke verhouding tussen het aantal diagnoses en het aantal verrichtingen in Ommoord. Later zal uit de tabel met casenummers blijken dat er in Ommoord zeker

niet minder diagnoses worden gesteld waar het duidelijke „harde” somatische afwijkingen betreft. Daarnaast zal blijken dat het aan de orde stellen van problematiek en de toeganlijkheid voor tal van „functioneel” of „nervus” gekleurde klachten een relatief zeer belangrijke plaats in ons werk inneemt. Het lijkt erop dat het contact tussen patiënt en huisarts in Ommoord minder gefragmenteerd, intensiever en gedifferentieerder is dan dat voor de Nederlandse verhoudingen min of meer gebruikelijk is.

Tabel XVIIb toont dat het aantal verrichtingen en diagnoses tussen de vier huisartsen sterk uiteenloopt. A doet duidelijk de meeste verrichtingen en legt de meeste casenummers of „diagnoses” vast. A heeft echter niet meer verrichtingen nodig om tot eenzelfde aantal diagnoses te komen.

A ontplooit duidelijk een veel grotere activiteit (en onrust?) in zijn praktijk dan B, C en D. Vooral C heeft een sterk van A afwijkend patroon. Het is goed op dit moment een tweetal factoren, gezinsgrootte en verzekeringsvorm, dat het aantal verrichtingen en diagnoses kan beïnvloeden nader te bezien. De gezinsgrootte blijkt een belangrijke factor te zijn.

Tabel XVII laat zien dat vooral de alleenwonenden een relatief hoge consumptie hebben. De grotere gezinnen hebben een gemiddeld aantal verrichtingen en diagnoses per gezinslid dat onder het gemiddelde voor de gehele populatie ligt. Het verschil in werkwijze tussen de vier huisartsen blijft over de gehele linie bestaan.

VERZEKERINGSVORM

Tabel XVIII geeft de verdeling van de verzekeringsvorm in onze praktijken op 1 juli 1972. Het — voor de Nederlandse situatie — zeer afwijkend percentage particulier verzekerden valt op en sluit aan op de gegevens over het beroepsprestige in Ommoord. Men dient zich daarbij te realiseren dat de verzekeringsvorm een harder gegeven is dan het oordeel

Tabel XVII. Relatie gezinsgrootte en aantal diagnoses en verrichtingen

Gemiddeld aantal diagnoses en de gezinsgrootte

	gezinsgrootte				
	1	2	3	4	5
A	5.5	4.5	3.8	3.3	2.7
B	3.4	2.5	2.6	2.3	2.0
C	2.9	2.4	2.2	2.1	1.8
D	3.7	2.8	2.6	2.2	1.9

Gemiddeld aantal verrichtingen en de gezinsgrootte

	Gezinsgrootte				
	2	3	4	5	
A	6.0	4.2	3.5	2.9	2.6
B	2.9	2.9	2.8	2.5	2.3
C	3.9	3.0	2.4	2.6	2.1
D	4.5	3.2	2.9	2.3	2.0

van de huisarts over het beroepsprestige. Van Praag, Van der Graag en Rutten hebben aangetoond dat de verzekeringsvorm in sterke mate de gang van de patiënt door de gezondheidszorg mede bepaalt. Met name voor de particuliere patiënt blijken de huisarts en de specialist zich extra in te spannen.

Tabel XIX en XX laten zien dat daarvan in Ommoord, wat betreft het aantal verrichtingen en het aantal diagnoses, geen sprake van is. Integendeel, de particulier verzekerde komt er „bekaaid” af dan de ziekenfondsverzekerde. Alleen bij A is het aantal verrichtingen voor ziekenfonds- en particulier verzekerden even hoog.

Waarop berust nu de relatieve onderconsumptie van de particulier verzekerde, welke des te opmerkelijker is, gezien het toch al lage gemiddelde verrichtingengetal in Ommoord, vergeleken met de beschikbare gegevens? Is de toegang tot de huisarts bemoeilijkt door een „eigen risico” en wordt de gang naar het volgende

Tabel XVIb. Gemiddeld aantal diagnoses en verrichtingen per ziel per huisarts

Aantal diagnoses	Aantal mensen	Gemiddeld	
A	9094	2775	3.28
B	6790	2950	2.30
C	4869	2242	2.17
D	6930	2827	2.41
Totaal	27683	10794	2.56

Aantal verrichtingen	Aantal mensen	Gemiddeld	Ratio diagnoses/verrichtingen	
A	8495	2775	3.06	1.07
B	7957	2950	2.70	0.85
C	5803	2242	2.59	0.84
D	7558	2827	2.67	0.92
Totaal	29813	10794	2.76	0.93

echelon door de verzekeringsvorm aantrekkelijker gemaakt? Spelen leeftijdsverschillen een rol? Zijn er verschillen in ziekte- en probleemgedrag welke het begrijpelijk maken dat de particulier verzekerde met minder aandacht van de huisarts toe kan?

Op deze en andere vragen zal een verdergaande analyse misschien kunnen antwoorden. Tot nu toe is wel duidelijk geworden dat de per interveniërende variabele gepresenteerde informatie vaak niet los kan worden gezien van andere gegevens. Alvorens een correlatie-matrix te bespreken waarin een hele reeks relaties tussen de gebruikte variabelen aan de orde komt is het verstan-

dig iets te zeggen over de informatie welke hier ontbreekt en niet is vermeld.

In beginsel is er voor elk gegeven van uitgegaan dat daarmee informatie kan worden verzameld welke voor onze vraagstelling relevant is. Eveneens wordt van de verzameling variabelen verwacht dat deze voldoende informatie geeft om aan de vraagstelling te kunnen voldoen. Dit betekent dat er ook over de „ontbrekende” variabelen iets moet worden gezegd. Het spreekt vanzelf dat tal van „mogelijke” gegevens — bijvoorbeeld scores op de Amsterdamse Biografische Vragenlijst, een score op een vragenlijst over bijvoorbeeld

de tevredenheid van de mensen over hun huisarts of over hun verwachtingen bij de vraag om hulp — in de praktijk onmogelijk voor de gehele populatie kunnen worden verzameld. Een gegeven als het kerkgenootschap waartoe mensen geacht willen worden te behoren, is in onze ogen in Ommoord niet meer bruikbaar. Bij voorgaand onderzoek „deed” het al weinig en de secularisatie is ook in Ommoord in het dagelijks leven zo overduidelijk, dat dit gegeven ons nauwelijks interesseert.

Gegevens welke ons wel belangrijk lijken, zijn:

- hoe lang woont het gezin in Ommoord en hoe lang bestaat er een relatie tot de groepspraktijk;
- hoe is de woning ingericht en vooral wat voor sfeer hangt er in huis, bijvoorbeeld gezellig, overdreven netjes, chaotisch, burgerlijk of „alternatief”;
- hoe is het voorschrijf- en verwijsgedrag van de huisartsen?

Omdat wij helaas aan de eerste twee gegevens niet al vóór 1 januari 1972 systematisch aandacht schonken, zagen wij van het verzamelen ervan af.

Het voorschrijfgedrag hebben wij als interveniërende variabele buiten beschouwing gelaten, omdat daarmee de omvang van het onderzoek onevenredig zou toenemen. Overigens is er in Ommoord wel aandacht geschonken aan het voorschrijfgedrag bij ziekenfondsverzekerden in 1972 en 1973; echter los van de individuele gegevens waarover wij op de registratiekaart beschikken.

In de tweede helft van 1972 is aan het verwijsgedrag wel extra aandacht geschonken en bestaat ook de mogelijkheid tot koppeling aan de verzamelde achtergrondinformatie. De bewerking van deze gegevens staat gedeeltelijk los van het onderzoek dat hier aan de orde is en is toevertrouwd aan Prof. Dr. B. M. S. van Praag, F. Rutten en J. van der Gaag van het Economisch Instituut - R.U. te Leiden.

Een correlatiecoëfficiënt tussen twee variabelen is een maat voor de

Tabel XVIII. Verzekeringsvorm

	A	B	C	D	
Ziekenfonds	49	-2	+2	+2	-1
Particulier	51	+2	-2	-2	+1

Tabel XIX. Aantal verrichtingen per 100 patiënten

	Ziekenfondsverzekerden	Particulier verzekerden
Totaal	292	250
A	306	306
B	277	221
C	292	225
D	295	242

Tabel XX. Aantal diagnoses per 100 patiënten

	Ziekenfondsverzekerden	Particulier verzekerden
Totaal	286	228
A	358	302
B	261	199
C	244	189
D	279	214

omvang en ook voor de richting van de relatie tussen die twee variabelen. De gehele verzameling van alle onderlinge correlaties heet de correlatiematrix. In onze matrix zijn voor ieder der vier huisartsen de correlaties genoteerd. In dezelfde vorm (verdeling) als eerder beschreven, zijn ingevoerd:

- beroepsprestige
- het kindertal
- de leeftijd
- nee/ja probleemgedrag
- aantal diagnoses
- aantal verrichtingen
- verzekeringsvorm

In veranderde vorm zijn ingevoerd de in onderstaand *schema* gehanteerde omschrijvingen.

Weggelaten is de gezinssamenstelling gezien de moeilijk bruikbare verdeling van deze variabele. Alle correlatiecoëfficiënten zijn productmoment-correlaties.

Een grote correlatiematrix is altijd al moeilijk te lezen en wanneer het dan ook nog gaat — zoals hier — om een grote populatie (rond $n = 2500$) dan is bijna elke correlatie „significant”, terwijl meermalen de associatie een zeer geringe omvang heeft en daardoor de moeite van een verdere overpeinzing nauwelijks waard is. Daarom is in *tabel XXI* elke correlatie $r < / 0.10 /$ weggelaten. Immers, een dergelijke correlatie verklaart over en weer minder dan 1 procent van de variantie van het tweetal variabelen.

Zo houdt een correlatiecoëfficiënt $r = + 0.30$ in, dat er over en weer 9 procent van de variantie van beide variabelen wordt verklaard. (Het

kwadraat van de correlatiecoëfficiënt geeft het percentage van de variantie aan welke wordt verklaard door de correlatie).

Er zijn bij een eerste blik op de correlatiematrix twee redenen tot tevredenheid:

1. Het aantal blanco stukken in de matrix is bemoedigend en de gevonden correlaties zijn in het algemeen niet uitgesproken hoog. Met andere woorden de geïntroduceerde variabelen vertonen in het algemeen niet zóveel overlap, dat men er aan moet twifelen of de meerderheid van de informatiebronnen wel redelijk onafhankelijke informatie geeft.

2. De verschillen tussen de vier praktijken zijn in het algemeen niet groot. Globaal ziet men bij alle vier huisartsen hetzelfde afhankelijkheidspatroon optreden. De vier sub-populaties vertonen niet zulke verschillende samenstellingen, dat dit bij een verdere analyse van de morbiditeitsgegevens een belangrijke handicap zou kunnen zijn.

EEN MEER SYSTEMATISCHE BESCHOUWING VAN TABEL XXI LEIDT TOT DE VOLGENDE CONCLUSIES

1. Het beroepsprestige vertoont een hoge en voor de hand liggende relatie met de verzekeringsvorm. Opvallend is dat waar het al dan niet particulier verzekerd zijn een zwakke negatieve relatie met de „consumptie” onderhoudt, dit voor het beroepsprestige minder het geval is. Het is vooral de verzekeringsvorm die de consumptie drukt.

De praktijken van C en D laten een relatie zien tussen kinderrijke gezinnen, het in een eengezinswoning wonen, relatief weinig belangrijke ziekten hebben, jong zijn en een hoog beroepsprestige bezitten. Dit komt volkomen overeen met de wijze waarop Ommoord in de loop der jaren bevolkt werd en met de tijdstippen waarop C en D zich vestigden.

Het presenteren van actuele psychosociale problematiek is onafhankelijk van het beroepsprestige. Dit is een belangrijk gegeven: de lagere groepen komen wat het bespreekbaar maken van leefproblematiek betreft, kennelijk niet minder aan hun trekken dan de groep met een hoog beroepsprestige. Dit geldt evenzeer voor de verzekeringsvorm. Wel valt op dat A — en in mindere mate ook C — menen met de hogere groep een iets beter contact te hebben. Later zal moeten blijken of dat een rol speelt bij de inhoud van het ziekte- en probleemgedrag (*Cassee*).

2. Het kindertal is het hoogst in de eengezinswoningen en het gaat uiteraard samen met een lagere leeftijd en met minder vaak „werken”. Bij een hoger kindertal zijn er in het gezin nauwelijks minder gezinsleden met een belangrijke ziekte of een probleem; op individuele basis echter is er een — zij het kleine — negatieve relatie.

Wij hebben reeds gezien dat bij toenemende gezinsgrootte het aantal verrichtingen en diagnoses afneemt. Deze relatie valt samen met het verband tussen de verzekeringsvorm en het kindertal. Hoe zit dat nu in elkaar? Hebben particulierverzekerden veel kinderen en dus weinig verrichtingen? Of hebben particulierverzekerden weinig verrichtingen en komt daar nog eens bij dat zij ook veel kinderen hebben?

Om een dergelijke vraag te beantwoorden is het goed de partiële correlaties te berekenen. Een partiële correlatie tussen twee variabelen geeft de samenhang weer, nadat de invloed van een derde variabele daarop als het ware er vanaf is getrokken en buiten beschouwing blijft,

Schema van de in veranderde vorm ingevoerde omschrijvingen

— woonvorm	- in: 0 = nee	/ 1 = ja flat
— problematiek in gezin	- in: 0 = nee	/ 1 = ja inclusief degeen die de problematiek aanbod
— ziekte in gezin	- in: 0 = nee	/ 1 = ja inclusief degeen die de ziekte heeft
— contact	- in: 1 = goed	/ 0 = de rest
— werken	- in: 1 = ja	/ 0 = nee (gehele populatie)
— belangrijke ziekte	- in: 1 = ja	/ 0 = nee
— pilgebruik	- in: 1 = ja	/ 0 = nee (gehele populatie)

Tabel XXI.
Correlatiematrix

	Beroeps- prestige	Kindertal	Woon- vorm	Problematiek in gezin	Ziekte in gezin	Contact	Leeftijd	Geslacht	Werken	Probleem gedrag	Belangrijke ziekte individueel	aantal Diagnosen	aantal Verrichtingen	Particulier verzekerd	Pilgebruik
Beroepsprestige	1														
Kindertal	A	—													
	B	—	1												
	C	.18													
	D	.28													
Woonvorm	A	—	—	1											
	B	—	—		1										
	C	—	—			1									
	D	—	—				1								
Problematiek in gezin	A	—	—	.10	1										
	B	—	—	—		1									
	C	—	—	—			1								
	D	—	—	—				1							
Ziekte in gezin	A	—	—	—	.14	1									
	B	—	—	—	.13		1								
	C	—	—	—	—			1							
	D	—	—	—	.15				1						
Contact	A	.19	—	—	.26	—	1								
	B	—	—	—	.18	.11		1							
	C	.12	—	—	—	—			1						
	D	—	.11	—	—	—				1					
Leeftijd	A	—	—	.11	—	.23	—	1							
	B	—	—	.11	—	.21	—		1						
	C	—	—	—	—	.10	—			1					
	D	—	—	—	—	.22	—				1				
Geslacht	A	—	—	—	—	—	—	1							
	B	—	—	—	—	—	—		1						
	C	—	—	—	—	—	—			1					
	D	—	—	—	—	—	—				1				
Werken	A	—	—	.12	—	—	.40	—	1						
	B	—	—	.17	—	—	.33	—		1					
	C	—	—	.24	—	—	.19	—			1				
	D	—	—	.28	—	—	.13	—				1			
Probleemgedrag	A	—	—	.51	.13	.17	.29	—	1						
	B	—	—	.52	.10	.11	.17	—		1					
	C	—	—	.57	—	—	.12	—			1				
	D	—	—	.56	.12	—	.17	—				1			
Belangrijke ziekte individueel	A	—	—	—	.52	—	.29	—	1						
	B	—	—	—	.54	—	.22	—		1					
	C	—	—	—	.40	—	.25	—			1				
	D	—	—	—	.40	—	.40	—				1			
Aantal Diagnosen	A	—	—	.28	.17	.22	.25	.26	—	1					
	B	—	—	.26	.14	.24	.18	.23	—		1				
	C	—	—	.29	—	—	.14	.26	—			1			
	D	—	—	.27	.16	.14	.18	.28	—				1		
Aantal Verrich- tingen	A	—	—	.25	.20	.23	.28	.21	—	1					
	B	—	—	.23	.14	.25	.24	.21	—		1				
	C	—	—	.26	—	.10	.21	.20	—			1			
	D	—	—	.25	.18	.15	.24	.24	—				1		
Particu- lier verzekerd	A	.52	.11	—	—	.19	—	—	—	1					
	B	.52	.12	—	—	—	—	—	—		1				
	C	.45	.19	—	—	—	—	—	—			1			
	D	.50	.30	—	—	—	—	—	—				1		
Pilgebruik	A	—	—	—	—	—	—	.36	—	1					
	B	—	—	—	—	—	—	.29	—		1				
	C	—	—	—	—	—	—	.35	—			1			
	D	—	—	—	—	—	—	.34	—				1		

waardoor de relatie tussen die twee variabelen onafhankelijk is van de derde. De partiële correlatie tussen a en b, onafhankelijk van c, wordt berekend als in nevenstaande berekening is weergegeven.

$$r_{ab:c} = \frac{r_{ab} - (r_{ac} \times r_{bc})}{\sqrt{(1 - r_{ac}^2)(1 - r_{bc}^2)}}$$

De partiële correlaties zijn binnen de driehoek weergegeven, de „gewone” correlaties aan de buitenkant.

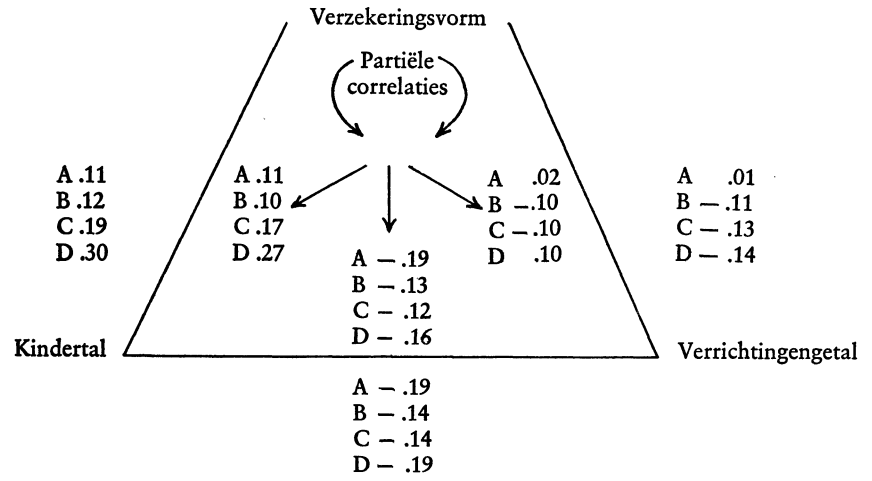
Het blijkt dat de „gewone” correlaties tussen de drie variabelen praktisch onafhankelijk van elkaar zijn. Het verrichtingengetal wordt én door het kindertal én door de verzekeringsvorm, onafhankelijk van elkaar, beïnvloed.

3. De flatbewoners hebben relatief weinig kinderen, behoren bij C en D tot de wat lagere beroepsgroepen, en nemen relatief vaak deel aan het arbeidsproces, terwijl zij — praktisch onafhankelijk daarvan — relatief vaak bij een ziekenfonds zijn verzekerd. (Partiële correlatie tussen woonvorm en verzekeringsvorm, onafhankelijk van het al dan niet werken: A -.08, B -.11, C -.13, D -.18)

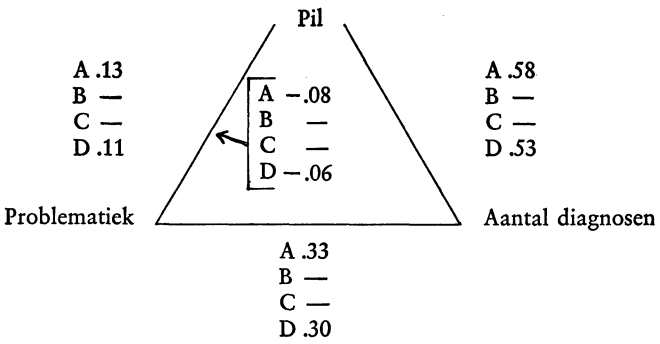
Bij A bestaat er een duidelijke relatie met het aantal diagnoses, onafhankelijk van het verrichtingengetal. Er is geen aanwijzing dat er een duidelijke relatie tussen de woonvorm en probleemgedrag bestaat.

4. Het bestaan van probleemgedrag en van problematiek in het gezin hangen uiteraard sterk met elkaar samen. Het bestaan van probleemgedrag gaat bij het individu duidelijk samen met de leeftijd, het aantal verrichtingen en diagnoses en onderhoudt een zwakke positieve relatie met het bestaan van een belangrijke ziekte. Het valt op dat er voor A en B een positieve samenhang is met het ervaren contact en bij A en C met het al dan niet werken. Er is een zwakke relatie bij A en D met het pilgebruik welke, onafhankelijk van het aantal diagnoses, omslaat in een zwak negatieve relatie. Er is dus wel degelijk een lichte invloed van het pilgebruik welke met kansconcurrentie kan worden betiteld (figuur 4).

Berekening van de partiële correlatie tussen a en b, onafhankelijk van c



Figuur 4. Voor verklaring zie tekst



5. Het bestaan van een belangrijke ziekte (individueel en in het gezin) laat een duidelijke relatie met de leeftijd en met het aantal verrichtingen en diagnoses zien. De correlatie tussen bijvoorbeeld ziekte en het aantal diagnoses vervalt praktisch bij uitschakeling van de invloed van het aantal verrichtingen. Er is een zwakke relatie tussen problematiek in het gezin en ziekte in het gezin en nog zwakker ook op individuele basis, welke relatie niet verdwijnt bij uitschakeling van de invloed van het aantal diagnoses. Kennelijk vormt het bestaan van een ziekte meermalen tevens een duidelijk probleem, hetgeen voor de hand ligt.

6. De correlaties welke de leeftijd

laat zien met de andere variabelen liggen goeddeels voor de hand (werk, ziekte, problematiek, consumptie). De negatieve relatie met de verzekeringsvorm bij C en D berust waarschijnlijk op het feit dat een aantal weinig luxueuze service-flats voor bejaarden onder hun hoede valt. In deze flats is immers het merendeel der inwoners bij een ziekenfonds verzekerd.

7. Vrouwen „werken” relatief weinig en hebben een relatief hoge consumptie welke deels door het pilgebruik wordt verklaard (figuur 5).

Het valt op dat er geen duidelijke relatie tussen geslacht en probleemgedrag is. Wij zullen later moeten zien of vrouwen vaker nerveuze klachten hebben (Van der Velden);

mannen komen in elk geval even vaak tot het aan de orde brengen van actuele leefproblematiek.

8. De meeste correlaties van het verrichtingental en het aantal diagnoses met de overige variabelen zijn reeds aan de orde gekomen. De correlatie verrichtingen - diagnoses is zeer hoog. De correlatie met het bestaan van problematiek in het gezin komt goeddeels op rekening van het gezinslid dat het probleem heeft (figuur 6).

9. De pil tenslotte is samen met probleemgedrag en ziekte een flinke consumptie-aanjager. De betekenis van pilgebruik als bron van kansconcurrentie is ten opzichte van het presenteren van leefproblematiek gering gebleken.

Summary. The 1972 morbidity analysis in the Ommoord group practice: A rearrangement of illness and problem behaviour for general practice (1). This first article provides background information on the practice population of the Ommoord group practice, from which a number of conclusions can be drawn.

A. In a large combined population (n = 10794) of four general practices it was found possible to collect, throughout 1972, information in the form of a series of intervening variables which are eventually to be used to gain some insight into the structure of illness and problem behaviour.

B. The Ommoord population is relatively young, largely belongs to the higher professional prestige category, chiefly consists of small families, and mostly lives in flats. Ommoord can be characterized as a prototype of an urbanized community with maximum separation between living and working; indoor living conditions can be described as good, while outdoor conditions

are rather bleak. Over fifty percent of our population belongs to the group of private patients and it appears that the care they receive from the general practitioners is less when compared with patients belonging to the national insurance system.

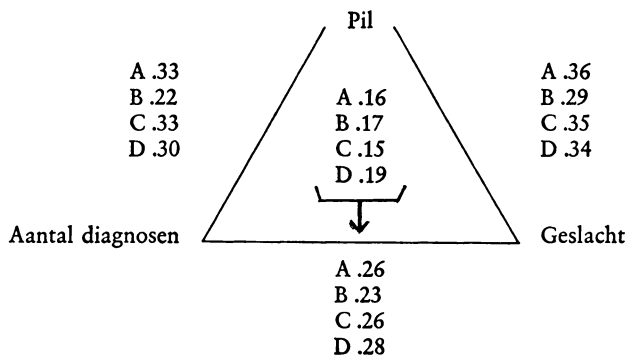
C. The group practice attaches great importance to differentiation of problem behaviour from or as a component of illness behaviour. In 1972, 18 per cent of the entire population showed manifest problem behaviour; 29 per cent were members of a family which included an individual with problems of life. The practitioners in this group practice proved to differ markedly in the number of their patients whose problem behaviour they made explicit. The subjectively experienced contact with the families also differed substantially. With some 20 per cent of the families, contact was variable or poor.

D. The dependency structure which the correlation matrix shows, seems characteristic of this work situation. The number of consultations and the number of cases are clearly related to the existence of problem behaviour, with important illness and with the use of oral contraceptives. The number of consultations in Ommoord proved to be small (annual average 2.7 per person), whereas the number of diagnoses was large (annual average 2.6 per person). The partners in this group practice differed substantially in this respect. The differences between the correlation matrices for the four separate practice populations were small. The correlation between the intervening variables was generally low, and this enhances the validity of the sources of information for analysis.

E. The problem statement for this study had three distinct components. In principle, the object was to achieve a rearrangement of illness and problem behaviour on the basis of the background information discussed in this article. The totality of the background information collected produces an impression of an unmistakable dependency structure and which, within the limits of practicability in a study of this comprehensiveness, provides a relevant and detailed characterization of the population studied.

It seemed useful first to list these conclusions before considering the classification of illness and problem behaviour in a subsequent publication.

Figuur 5. Voor verklaring zie tekst



Figuur 6. Voor verklaring zie tekst

