

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



18de JAARGANG No. 2 — FEBRUARI 1975

Inhoud:	blz.		
H. G. M. van der Velden: Gezinsgeneeskundige colloquia (III): een man met pijn op de borst	57	Nota bene	87
H. Lamberts: De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde (III)	61	Ingezonden	88
H. F. J. M. Crebolder: Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (III)	73	Literatuurinformatie	89
Addendum	76	Berichten	92
Astma in verschillende levensfasen	77	Doorlopende agenda	93
Workshop seksuologie in het medisch onderwijs	80	N.H.I.-rubriek	94
Vroege diagnostiek en preventie van erfelijke afwijkingen	81	Overzicht van de werkzaamheden in 1974 van het project Man-Vrouw: Anticonceptie	96
Zesde wereldcongres huisartsgeneeskunde	82	European Workshop on Research Voorzitterschap N.H.G.	99
WONCA council meeting, november 1974	83	Enquête orale anticonceptiekaart	101
Referaten	85	Studiedagen medische psychologie	102
Boekbesprekingen	86	Referatendag 1975	102
		Samenstelling dagelijks bestuur van het N.H.G.	102
		S.I.M.G.-congres	102
		Uit de centra	103
		Judicium N.H.G.-prijsvraag 1974	103
		Aanvullende ledenlijst	104
		<i>Redactiecommissie:</i> A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam; Dr. K. Gill, Zwammerdam; S. van der Kooij, Voorschoten; Dr. H. Lamberts, Rotterdam en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.	
		<i>Secretariaat:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht telefoon 030-516741.	
		<i>Nederlands Huisartsen Genootschap:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.	
		<i>Nederlands Huisartsen-Instituut:</i> Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.	
		<i>Uitgever:</i> Uitgeverij Kruyt B.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241*; postgiro 142554.	
		<i>Abonnementen:</i> f 40,— + f 1,60 btw = f 41,60 per jaar; voor studenten f 20,— + f 0,80 btw = f 20,80; voor het buitenland f 45,—; losse nummers f 4,— + f 0,16 btw = f 4,16.	
		<i>Adreswijziging:</i> Leden van het N.H.G. uitsluitend aan Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uitg. mij. Kruyt B.V., Bussum.	
		<i>Druk:</i> Verweij, Mijdrecht, telefoon 02979-1251*.	

Gezinsgeneeskundige colloquia (III)* : een man met pijn op de borst

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS TE NIJMEGEN**

VOORWOORD

„Van fouten kan men leren”. Het is nuttig ook een min of meer uit de hand gelopen probleemstelling in deze serie op te nemen. Een beschouwing van „missers” kan

immers een bijdrage leveren voor een betere aanpak in de toekomst.

INTRODUCTIE DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn casus betreft een 50-jarige gehuwde man, van beroep technicus, met klachten over pijn op de borst. Ik zag de patiënt op het spreekuur van de huisarts, omdat hij de dag tevoren weer plotseling pijn had ge-

voeld. Deze pijn was klemmend midden op de borst en straalde uit naar zijn onderkaak. Hij had twee nitrobaattabletjes genomen waardoor de pijn was gezakt. Hij gevoelde zich echter futloos en was bang dat het zich zou herhalen. Naar zijn zeggen bestonden deze klachten ongeveer twee jaar en hierdoor was hij steeds frequenter zijn werk gaan verzuimen. Volgens de gegevens van de huisarts was voor dit klachtenpatroon geen

* Voor Inleiding zie (1974) huisarts en wetenschap 17, 455.

** Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, directeur Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

medische verklaring gevonden. Twee jaar geleden was hij wegens plotse pijn op de borst opgenomen op de „cardio-care” van een plaatselijk ziekenhuis. Tijdens de observatie werd „geen vers hartinfarct aangetoond”. Wel werden toen, evenals bij een poliklinische controle enkele weken daarna, tekenen van „lichte ischemie in een diafragmale haard” aangetoond. Hij kreeg toen tabletten voorgeschreven die het bloed ontstolbaar maken.

De man hervatte aanvankelijk zijn werk voor halve dagen. Na enige tijd viel het werk hem echter steeds zwaarder en de nitrobaattabletjes bleken bij voorkomende aanvallen minder goed te helpen dan voorheen. Hij was moe en futloos en tenslotte heeft hij het werk gestaakt.

Poliklinische controles, waarbij ook een inspanningselektrocardiogram werd gemaakt, leverden geen nieuwe gezichtspunten op. Daarna hervatte en staakte hij het werk om beurten en werd hij ook weer in het ziekenhuis opgenomen, bij welke gelegenheid geen tekenen van verandering werden vastgesteld.

Begin vorig jaar kwam de patiënt met maagklachten na een orale ijzertherapie (ferrofolumaraat), welke door de huisarts werd ingesteld wegens een te laag hemoglobinegehalte. Hij had toen geen pijn op de borst. Omdat hij enige tijd later nogal sterk vermagerde, werd hij nog eens naar de internist verwezen; deze vond bij uitvoerig onderzoek geen afwijkingen. De patiënt is nog niet aan het werk. Zeer onlangs werd hij op verzoek van de bedrijfsarts nog eens intern nagezien. Ook bij dit onderzoek werden geen nieuwe afwijkingen vastgesteld. Hij kreeg het advies weer te gaan werken.

REDEN WAAROM DE CASUS WORDT INGEBRACHT

De patiënt voelt zich niet tot werken in staat. Hij is niet tevreden met het resultaat van het verrichte medische onderzoek. Men kan wel niets vinden, maar hij voelt zich toch niet goed. De ziekteperiode duurt hem te

lang, maar hij is bang dat door herhaling van zijn werk zijn klachten zullen toenemen.

Een verder onderzoek naar de achtergronden van deze man met zijn niet te verklaren klachten leek gewenst en tevens geschikt voor een gezinsgeneeskundige status; zijn vrouw komt namelijk steeds vaker met meestal vage klachten op het spreekuur.

GESPREKKEN MET DE PATIËNT ALLEEN EN SAMEN MET ZIJN VROUW

De klachten van de patiënt blijken ook thuis op te treden, vooral wanneer zich conflicten voordoen. Dit laatste komt meer en meer voor. Iedereen is prikkelbaar, omdat „vader maar wat rondhangt”. Het is thuis altijd goed gegaan, maar de laatste tijd vindt zijn vrouw het moeilijk worden. Hoewel haar man vroeger niet veel thuis was konden zij het toch altijd goed met elkaar vinden. Zij vindt dat haar man veranderd is: „hij is niet meer zoals vroeger”.

Buiten zijn gezin en zijn werk heeft de man geen hobbies en hij was nooit actief in een of andere vorm van verenigingsleven. Hij deed voorheen zijn werk altijd met plezier en voelde zich steeds verantwoordelijk voor een goede gang van zaken in het bedrijf. Hij was afdelingsbaas en kon met iedereen goed opschieten.

Hij toonde zich tijdens het gesprek ontevreden of misschien teleurgesteld dat hij het werk niet meer aankon. Hij zou het dolgraag willen, maar begreep niet dat er niets werd gevonden, terwijl hij toch zo duidelijke klachten bleef houden.

Er zijn geen grote financiële problemen en het gezin lijkt goed geïntegreerd in de buurt.

In de gesprekken met hem kwam een wantrouwen naar voren ten aanzien van de dokters, die hem maar niet van zijn klachten kunnen afhelpen. Hij vond het vreselijk dat men zou denken dat hij zich maar wat aanstelde hoewel hem dat nooit door iemand werd gezegd. Toen ik probeerde in te gaan op de problemen

welke zijn ziekte voor hemzelf, voor zijn gezin en op het werk met zich bracht, sprak hij daarover maar moeilijk en bleef wat zwijgzaam.

Zijn vrouw lijkt mij opgewekt en zonder problemen. Zij sprak gemakkelijker dan haar man en vond dat deze zich bij de bevindingen van de dokter moest neerleggen.

RANGSCHIKKING VAN DE GEGEVENS

Het gaat hier dus om een 50-jarige man

- die gedurende ongeveer twee jaar klaagt over pijn op de borst,
- die enkele malen wegens plotse optredende pijn op de borst opgenomen is geweest op de „cardio-care”,
- waarbij geen hartinfarct werd vastgesteld,
- die zijn werk niet kan hervatten, omdat hij bang is op het werk meer last te krijgen,
- die thans wat meer over zijn maag dan over pijn op de borst klaagt,
- die enkele malen cardiologisch en intern is nagezien bij wie geen duidelijke organische afwijkingen welke zijn huidige klachten kunnen verklaren, werden vastgesteld.

VOORLOPIGE PROBLEEMSTELLING

Het probleem is dat de man, ondanks geruststellende verklaringen van de cardioloog en de internist zijn werk niet kan hervatten. Hij wordt zichzelf en zijn gezin tot een steeds grotere last. Wat ligt hieraan ten grondslag?

BENADERING VAN HET PROBLEEM

Ik denk dat de huidige klachten van de patiënt niet door een organische afwijking zijn te verklaren, er is immers bij herhaling niets gevonden. De diagnose „angina pectoris” kan op grond van zijn klachten niet anamnestic worden gesteld. Het is begrijpelijk dat de man in deze con-

flictsituatie een periode van maagbezwaren doormaakt. Hij is misschien bang dat hij zijn vroeger werktempo niet kan aanhouden en vreest mogelijk dat hij er financieel op zal achteruitgaan. In het bedrijf werd hij als duurbetaalde kracht niet persoonlijk begeleid. Anderzijds heeft hij door de opnamen in het ziekenhuis misschien een angstgevoel met betrekking tot een hartaandoening ontwikkeld.

Tenslotte valt te overwegen of de persoonlijkheid van de man niet is gestoord. Het gedrag van de andere gezinsleden wijst erop dat hij daartoe is gepredisponerd. Destijds kon hij zich door zijn werk handhaven, maar hij heeft geen hobbies en weinig of geen vrienden.

Het komt mij voor dat de man altijd al wat hypochondrisch-labiel en depressief is geweest hetgeen, mogelijk van endogene aard is.

PLAN VOOR HULPVERLENING

Hervatting van het werk lijkt mij het beste. Dit zal misschien mogelijk zijn door aandacht te schenken aan de arbeidssituatie; geleidelijk zal de man zijn eigen mogelijkheden leren ervaren. De echtgenote zal kunnen worden begeleid bij de opvang van haar man thuis. Hier ligt een taak voor de bedrijfsarts en de maatschappelijk werker.

Mocht de man het werk niet hervatten, dan moet mijns inziens een psychiater worden ingeschakeld om zodoende een storing in de persoonlijkheidsstructuur uit te sluiten.

PROGNOSE

Door de pressie van verschillende kanten heeft de man thans het voornemen het werk te hervatten; hij zegt echter nu al dat het wel niet goed zal gaan. Gezien de depressieve stemming waarin deze man van nature verkeert zie ik de toekomst toch wat somber in.

VERSLAG VAN DE BESPREKING (CO-ASSISTENT IS DEGENE DIE DE STATUS PRESENTEERT)

Huisarts I: Ik wil bij het eind van

uw status beginnen. U zegt de toekomst somber in te zien. Ik ben ook niet gerust, maar op geheel andere gronden. Deelt een van de aanwezigen onze sombere stemming?

Co-assistent I: Ik begrijp de probleemstelling niet. De diagnose „angina pectoris” wordt niet gesteld.

Co-assistent: Die hypothese is overwogen, maar moet toch worden vervangen, daar bij herhaling niets wordt gevonden.

Co-assistent I: Maar dat zegt toch niet alles. Ik meen dat zich wel degelijk verschijnselen van coronairlijden kunnen voordoen, zonder dat er bijvoorbeeld afwijkingen op het cardiogram aantoonbaar zijn.

Huisarts I: Dat is zeker, bovendien heeft deze man, zoals u het beschrijft, een klassieke anamnese van „angina pectoris”.

Huisarts II: Dat is ook mijn mening. Ik begrijp niet goed, hoe de benadering van deze man met zijn typische klachten is verlopen. In het begin werd reeds vermeld dat er een „ischemische haard” aantoonbaar was; bovendien krijgt de man nog steeds een antistollingsbehandeling.

Co-assistent: Die antistollingsbehandeling werd meer dan twee jaar geleden ingesteld, toen bij zijn eerste opname tekenen van lichte ischemie werden vastgesteld.

Co-assistent II: Naar ik heb begrepen, toonde het inspanningscardiogram geen afwijkingen. Is het nog eens herhaald?

Co-assistent: Dat was destijds inderdaad normaal. De patiënt vertelde mij dat hij die proef toen nog niet als zo belastend had ondervonden. Hij betwijfelde of het apparaat wel in orde was. Hij heeft daarover wel met de cardioloog gesproken, maar deze vond geen aanleiding de proef te herhalen.

Huisarts II: Ik heb toch de indruk, dat deze man wel degelijk „angina pectoris” heeft en dat daartoe voldoende aanwijzingen bestaan. Ik vind overigens de aanpak bij deze patiënt nogal onduidelijk en onsamenhangend. Waarom heeft men trouwens het inspanningselektrocardiogram

niet herhaald terwijl de patiënt dat graag wilde?

Huisarts I: Aangezien de medische gegevens van deze man inderdaad nogal wat verwarring wekken, kunnen wij moeilijk verder discussiëren over de medische aspecten, hoe belangrijk deze hier ook lijken te zijn. Als wij aannemen dat hier inderdaad wel sprake is van een coronairlijden, dan wordt het gedrag van de man begrijpelijk.

Co-assistent III: De man voelt zich niet goed, al kan de arts het nog niet vaststellen.

Psycholoog: Deze patiënt heeft voor het begin van deze klachten altijd goed gefunctioneerd; hij was afdelingsbaas, had verantwoordelijk werk en deed het met plezier. Er waren thuis geen grote problemen. Op welke gronden kan men dan aannemen dat de man altijd al wat labiel en depressief is geweest?

Co-assistent: Hij ging altijd erg in zijn werk op, had weinig vrienden en...

Co-assistent IV: Dat komt wel meer voor; het lijkt mij niet voldoende daaruit te concluderen dat de persoonlijkheid van de man gestoord zou kunnen zijn.

Huisarts II: De persoonlijkheid zal wel een rol spelen, maar niet zo'n belangrijke, dat daardoor alles verklaard kan worden. De man voelt zich miskend en misschien heel terecht!

Huisarts I: Er bestaat bij deze man een reële kans op een coronairinfarct. Het lijkt mij onjuist in dit geval niet het somatische aspect het zwaarste te laten wegen.

Co-assistent II: De man krijgt een antistollingsbehandeling en nitrobaat. Je kunt dan toch niet meer zeggen dat hij niets mankeert. Heeft men zijn mogelijkheden een keer rustig met hem besproken?

Co-assistent IV: De bedrijfssituatie is ter sprake geweest. Het kan natuurlijk wel zo zijn dat deze man het werk als baas toch niet zo goed aan kan. Overigens hoorde ik dat de bedrijfsarts bij zijn klachten ook dacht aan een organische oorzaak.

Co-assistent. Op advies van de be-

drijfsarts is de patiënt onlangs weer eens helemaal intern nagezien. Hij vond de man er slecht uitzien en vertrouwde het inderdaad niet.

Huisarts II: Het lijkt mij dat de bedrijfsarts gelijk heeft. Mogelijk zijn alle psychosociale problemen voor een belangrijk deel secundair.

Psycholoog: Bij het plan tot hulpverlening werd gesproken over „pressie” tot werkhervatting. Wat bedoelt men daarmee?

Co-assistent: Er werd niets organisch gevonden en ook de laatste specialist had geen bezwaar tegen hervatting van het werk.

Huisarts II: Neen, maar daarom zal hij nog niet kunnen werken. Hij voelt zich immers ziek.

Co-assistent IV: Als de man neurotisch reageert, wordt een organische afwijking daardoor toch niet uitgesloten?

Huisarts I: Natuurlijk niet. Overigens heb ik het gevoel dat de discussie verzandt in een reeks onduidelijkheden rond deze casus. Alle somatische benaderingen moeten nog eens op een rijtje worden gezet en bij ontbreken van relevante gegevens dient de somatische diagnostiek te worden herhaald of uitgebreid. Zeer waarschijnlijk heeft deze man een organisch (coronair) lijden. Mijns inziens bestaat er bij hem een reële kans op een acute hartdood.

Psycholoog: Een dergelijke aandoe­ning is zeer bedreigend en het is heel goed mogelijk dat de thans ontstane conflictsituaties kunnen worden verklaard door het optreden van deze ziekte bij de vader van het gezin. Het gedrag van de patiënt en de reactie van de gezinsleden hierop zijn misschien symptomatisch voor het beangstigende van de situatie. Er moet zeker aandacht aan worden besteed. Ik meen echter dat het niet juist is in dit geval niet een zekere voorrang te verlenen aan een zo nauwkeurig mogelijke evaluatie van de organische aspecten.

Huisarts II: Het lijkt dus van belang de status somaticus van deze man nog eens nauwkeurig te formuleren. Eventueel kan men een aanvullend of herhaald onderzoek doen en

bijvoorbeeld het inspanningselectrocardiogram herhalen. Een zeer nauwkeurige benadering met aandacht voor de organische en de psychosociale aspecten is noodzakelijk.

Huisarts I: Alles bij elkaar genomen zijn er klinisch anamnestiche aanwijzingen voor een coronairlijden, waarbij het op zijn hoogst vervelend is dat een dergelijke afwijking nog niet onomstotelijk is aangetoond. Anderzijds zijn er nog geen overtuigende argumenten voor een primair psychosociale genese van de klachten. Dit is voldoende reden de klachten voorlopig niet als voornamelijk nerveus-functioneel te duiden.

Co-assistent: Ik heb de indruk dat ik bij de voorlopige probleemstelling te weinig ben afgegaan op wat op dat moment als belangrijkste naar voren kwam. Het is inderdaad de vraag of de problemen op het werk en in het gezin niet eerder gevolg dan oorzaak zijn.

Huisarts I: Het is toch leerzaam. Niet alle medisch niet direct te verifiëren klachten zijn als „nerveus” te beschouwen. Ook voor de veronderstelling — of voorlopige diagnose — zo men wil — dat bepaalde klachten het gevolg zijn van spanningssituaties in het gezin of op het werk, zijn positieve indicaties vereist.

BESCHOUWING VAN DE REFERENT

Het lijkt mij niet van belang het verdere verloop van de discussie te vermelden. Ik wil thans liever op enkele mijns inziens opmerkelijke punten ingaan. Deze casus was namelijk voor de studenten en voor ons allen toch leerzaam.

Dikwijls betreffen de ingebrachte casus in wezen psychosociale problemen die niet of niet tijdig zijn onderkend. De discussie illustreert dan de inadequate aanpak van nerveuze klachten door middel van eenzijdige en soms uitgebreide somatische onderzoeken. In dit geval sloeg de balans door naar de tegenovergestelde zijde. Min of meer bevooroordeeld met betrekking tot de inderdaad grote frequentie van levenspro-

blemen in de dagelijkse praktijk van de huisarts, bleek de student oogkleppen te hebben opgezet, waardoor het meest voor de hand liggende probleem aan zijn gezichtsveld werd onttrokken. Men kan zich moeilijk voorstellen dat deze student niet keurig de klinische symptomen van „angina pectoris” zou hebben opgesomd, indien men hem deze zou hebben gevraagd. Merkwaardigerwijze ontglipt hem echter in deze casus, temidden van alle essentiële en bijkomende problematiek, de meest waarschijnlijke probleemstelling. Mogelijk is dit te verklaren als gevolg van het „deductieve” onderwijsmodel, waarbij de nadruk wordt gelegd op het aanbieden van kennis, doch waarbij deze kennis (nog) niet is geïntegreerd in de eigen ervaring, laat staan toegepast.

De student komt eenvoudigweg niet op het idee van „het beest met vier poten”, het meest voor de hand liggende. Het is niet zo verwonderlijk dat dan èn de probleemstelling (diagnose) èn het daaropvolgende plan van benadering („therapie”) de mist ingaan. Het gevolg is een inadequate aanpak: of de probleemstelling wordt krampachtig geformuleerd onder druk van voorhanden zijnde mogelijkheden van hulpverlening of hulpverleningsmogelijkheden worden min of meer in het wilde weg ingeschakeld om een „brede aanpak” te suggereren. Zo wordt gesteld dat er een taak is voor de bedrijfsarts, de maatschappelijk werker en eventueel voor de psychiater. Inschakeling van andere hulpverleners vereist echter wel een duidelijke en omschreven doelstelling.

Wat moet bijvoorbeeld de maatschappelijk werker in deze casus nu concreet doen? Hoe is deze medewerker te introduceren, wat is de doelstelling? In dit verband wil ik opmerken dat het er soms op lijkt — en niet alleen op ons colloquium, maar getuige de literatuur ook in de dagelijkse praktijk — dat het inschakelen van zoveel mogelijk hulpverleners een „integrale” aanpak moet garanderen.

Het lijkt op het „ezelsbruggetje”

dat wij vroeger hanteerden; wanneer namelijk de „differentiële diagnose” bij een neurologisch verschijnsel niet lang genoeg was (naar de mening van onze „leermeester”) kon er altijd nog lues aan het rijtje worden toegevoegd.

Dit fenomeen nemen wij thans waar in een andere vorm, waarbij sommige studenten het inschakelen van een psycholoog en/of maatschappelijk werker min of meer automatisch in het „plan van behandeling” opnemen. Het is dan „multidisciplinair” en dat is immers gewenst. Een ander punt dat in aansluiting aan deze casus nog eens aandacht vraagt, is het „redmiddel” van de

psychosociale of psychische genese van de klachten, dat wordt aangegeven, indien na desnoods zeer uitvoerig medisch somatisch onderzoek geen („duidelijke”) verklaring van de klachten wordt gevonden.

Bij een werkelijk „integrale” benadering heeft echter elk aspect een eigen plaats in de evaluatie van de klacht. Stringente criteria gelden in gelijke mate voor de psychische, de sociale en de somatische kant van de zaak. Er is geen reden de somatische diagnose op positieve en de psychosociale diagnose op negatieve gronden te stellen.

Bij een nadere beschouwing van

deze casus lijkt het gerechtvaardigd vast te stellen dat er positieve gronden zijn voor een organisch lijden, doch dat positieve indicaties voor een primair psychisch of psychosociaal bepaald lijden ontbreken. Er is niet voldaan aan de voorwaarden voor een hypothese, waarbij een primair psychosociale genese wordt verondersteld. Men kan het dan ook eens zijn met de opmerking van huisarts II, dat een meer nauwkeurige evaluatie van de organische aspecten bij deze patiënt de voorkeur verdient boven een al te snel en op onvoldoende gronden inschakelen van andere, in dit geval met name gedragswetenschappelijke, hulpverleners.

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

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

INLEIDING

Welke is de betekenis van diagnosen in de huisartspraktijk? Is het antwoord op de vraag van de patiënt wat er met hem aan de hand is een „diagnose”? Vormt de beschrijving van hetgeen de huisarts zich bij de hulpverlening tot doel stelt een „diagnose”? Het ontbreken van een praktisch hanteerbaar en aan anderen overdraagbaar referentiekader, dat kan dienen als basis voor de huisartsgeneeskunde als een omschreven professionele bezigheid, maakt het buitengewoon moeilijk op deze vragen een relevant antwoord te geven. Bij de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde valt de nadruk nog steeds op het stellen van vragen en nog niet op het geven van antwoorden. En bijna alle antwoorden houden ook weer een nieuwe vraag in.

Wat betekenen immers de „dia-

Samenvatting. In de vorm van een ingewikkelde statistische analyse worden de twee data-sets, welke in het onderzoek centraal staan met elkaar geconfronteerd. Het gaat hier enerzijds om de achtergrondinformatie over de mensen en de gezinnen waartoe zij behoren, anderzijds om de lijst met classificatiemogelijkheden waarmee ziekte- en probleemgedrag worden beschreven. Hierbij is gebruik gemaakt van de techniek der canonische correlatie-analyse. Het blijkt mogelijk een duidelijke en goed te interpreteren structuur te ontwikkelen waaraan tenminste zes relevante factoren zijn te onderscheiden. Een belangrijke determinant van ziekte- en probleemgedrag is gelegen in de omvang van de „medische consumptie” en in de differentiatie van de gebruikte classificatiemogelijkheden.

Het bestaan van probleemgedrag en in mindere mate ook van een belangrijke

ziekte, beïnvloeden de ontwikkelde structuur op karakteristieke wijze. Vooral de betekenis van probleemgedrag voor de inhoud van de huisartsgeneeskunde treedt op de voorgrond.

Leeftijd en geslacht — en daarmee ook de gezinsfase — bezetten vanzelfsprekend een plaats in de afhankelijkheidsstructuur. De invloed van de persoon van de huisarts is opvallend en blijkt gedifferentieerd van aard. De verzekeringsvorm, het beroepsprestige, de woonvorm en het subjectief ervaren contact laten in de ontwikkelde afhankelijkheidsstructuur weinig van hun aanwezigheid merken.

De bezwaren welke aan een „diagnose” kunnen kleven, worden benadrukt evenals de noodzaak om tot de ontwikkeling van een begrippenstelsel te komen, dat voor de huisartsgeneeskunde relevant is.

gnosen” welke door de huisarts vaak gesteld worden (*Oliemans*)? Is er daarbij sprake van een taalgebruik dat slechts een afgeleide vorm is van het taalgebruik in de klinische geneeskunde: is er in de huisartsgeneeskunde als het ware sprake van een dialect? Of zijn er wezenlijk aan de

huisartsgeneeskunde toe te schrijven elementen aan te wijzen in de omschrijving en definiëring van tal van situaties waarin de huisarts om hulp wordt gevraagd en waarin een diagnose als een „uitgangspunt voor actie” wordt geformuleerd. Gebruiken patiënt en huisarts in hun con-

* Deel I en II verschenen respectievelijk in (1974) huisarts en wetenschap 17, 455-473 en (1975) huisarts en wetenschap 18, 7-39.