

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.

tact begrippen en „diagnosen”, die over en weer goed worden begrepen en een gedeelde betekenis hebben? (*Beaumont en anderen*). Verloopt het valuta-wisselverkeer tussen patiënt en huisarts duidelijk en met bekende koersen? (*Lamberts*). Tenslotte, welke factoren beïnvloeden de kans dat bepaalde mensen juist wel of juist niet een bepaalde diagnose of label opgeplakt krijgen? (*Horvath, Jesdinsky*).

Op al deze vragen is geen pasklaar antwoord voorhanden. Er zijn echter tal van publikaties welke een glimp laten zien van wat bij nadere uitwerking ooit een antwoord kan worden. Het is duidelijk dat aan het zoeken van deze antwoorden bij de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in wetenschappelijk opzicht, een hoge prioriteit moet worden toegekend.

DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Het morbiditeitsonderzoek dat in 1972 door de vier oudste partners van de groepspraktijk-Ommoord (Bakker, Braams, Lamberts en Rip-hagen) werd verricht, is gebaseerd op een vraagstelling waaraan een drietal onderdelen kan worden onderscheiden:

1 Welke is de inhoud en 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?

2 Is het mogelijk in het ziekte- en probleemgedrag elementen aan te wijzen welke bevestigen dat de bijzondere belangstelling van de groepspraktijk voor de benadering van leefproblemen bij de hulpverlening neerslag heeft gevonden in een van ziektegedrag te onderscheiden probleemgedrag?

3 Is het mogelijk factoren te vinden welke de inhoud en de omvang van ziekte- en probleemgedrag in de huisartspraktijk beïnvloeden?

In een tweetal artikelen is op het eerste en het tweede deel van de vraagstelling uitvoerig ingegaan (*Lamberts*). Het derde deel van de

vraagstelling komt hier aan de orde. Ons doel is inzicht te krijgen in de afhankelijkheidsstructuur waarin een groot aantal „diagnosen”, „labels” of classificatiemogelijkheden welke door onze groepspraktijk worden gehanteerd, zijn opgenomen. Tevens zijn in deze afhankelijkheidsstructuur een reeks zogenaamde interveniërende variabelen opgenomen welke achtergrondinformatie verschaffen over de individuele mensen die tot onze praktijk behoren en over de gezinnen waarvan zij deel uitmaken.

SPEURTOCHT NAAR STRUCTUREN

Bij onze speurtocht naar afhankelijkheidspatronen en structuren is er sprake van twee groepen gegevens, van twee data-sets, welke een onderlinge relatie onderhouden. De ene data-set beschrijft met 21 interveniërende variabelen de achtergrondinformatie over de patiënt en het gezin waartoe hij behoort. Het behoort tot de doelstelling van dit onderzoek te bezien in welke mate deze informatie variantie in ziekte- en probleemgedrag, zoals dat met onze classificatielijst is vastgelegd, verklaart. De tweede data-set bestaat uit 89 diagnosesnummers of combinaties van diagnosesnummers, welke zijn gekozen uit de oorspronkelijke classificatielijst met bijna 250 classificatiemogelijkheden.

Bij deze selectie is in beginsel de prevalentie als criterium gehanteerd. Classificatiemogelijkheden waarvan in 1972 minder dan tien maal per duizend mensen sprake was (prevalentie), zijn — met een enkele uitzondering — weggelaten of gecombineerd met andere diagnosesnummers. Daarnaast is soms een aantal diagnosesnummers, ondanks een prevalentie groter dan 10 promille (bijvoorbeeld fluor vaginalis en erosie van de portio, adipositas en de wens om af te vallen) gecombineerd, om zo ruimte te maken voor andere classificatiemogelijkheden waarin wij extra zijn geïnteresseerd.

Het is immers duidelijk dat zelfs het verwerkingsvermogen van een zeer grote computer niet onbeperkt

is. Een matrix met 110 variabelen (21 + 89), verzameld in een populatie met 10.794 mensen is reeds uitzonderlijk groot en biedt reeds veel technische problemen wanneer men inzicht wil krijgen in de bestaande afhankelijkheidsstructuur. En dat is nu precies de bedoeling van dit onderzoek: welke is de relatie tussen beide data-sets, op welke wijze kunnen er aan deze relatie onafhankelijke elementen worden onderscheiden en welke interpretatiemogelijkheden doen zich voor? (Prof. Dr. B. M. S. van Praag, drs. F. Rutten en in het bijzonder drs. J. van der Gaag van het Economisch Instituut te Leiden hebben ons bij al deze problemen zeer intensief en terzake kundig bijgestaan).

Een simpele en goed te begrijpen methode om aan de relatie tussen twee variabelen vorm te geven is de berekening van een correlatie-coëfficiënt. Wanneer het om slechts enkele variabelen gaat is het vaak mogelijk alleen op basis van de correlaties inzicht te krijgen in de bestaande afhankelijkheidsstructuur. En indien men wil onderzoeken welke de betekenis van een correlatie tussen twee variabelen is, wanneer de invloed daarop van een derde variabele er als het ware is afgetrokken dan is de berekening van partiële correlaties een eenvoudig hulpmiddel. (Bijvoorbeeld de partiële correlatie tussen lichaamsgewicht en schouderbreedte, onafhankelijk van de lengte welke zowel met het gewicht als met de schouderbreedte een duidelijke correlatie zal vertonen).

Terugkerend naar ons probleem springt direct de onmogelijkheid in het oog om een correlatiematrix van 110 variabelen zinvol te beoordelen, laat staan om daarbinnen gericht naar partiële correlaties te zoeken. Een matrix met 5995 correlaties is ongeveer manshoog en vormt een woestijn van getalletjes waarin men de weg vrijwel direct kwijt raakt. Het is dus geen gemakzucht of een soort modieuze hang naar moderne bewerkings technieken, maar pure noodzaak dat men de hulp van de moderne statistiek inroept om in de

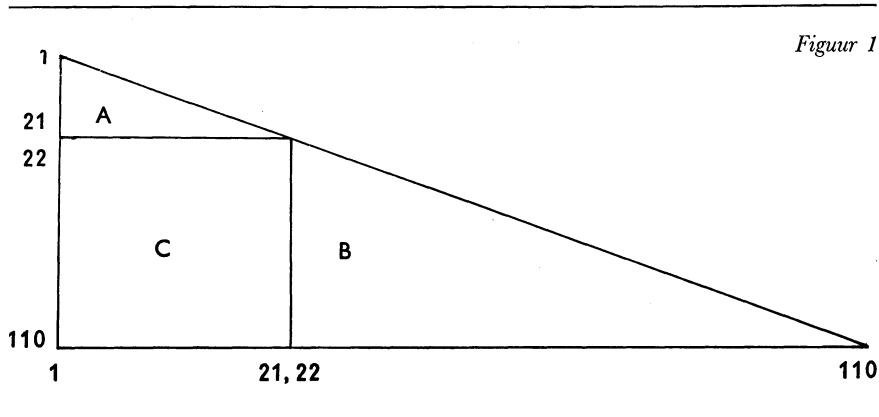
rijstebrijberg van informatie de belangrijkste afhankelijkheidsstructuren in kaart te brengen.

CANONISCHE CORRELATIE-ANALYSE

Nu doen zich daarbij een aantal mogelijkheden voor, waarvan principale componentenanalyse, factoranalyse, clusteranalyse en discriminantanalyse de belangrijkste zijn. (Cord, Crombie, Dempster, Fleiss en anderen, Maxwell, Rao, Spicer en anderen, Strauss en anderen). Ook is er in beginsel de mogelijkheid de gehele informatie als het ware in te pakken op de wijze zoals dat indertijd door ons is beschreven (Lamberts 1970). Hier is echter gekozen voor de canonische correlatie-analyse omdat juist deze methode voorziet in de mogelijkheid met twee data-sets te werken en de afhankelijkheidsstructuur tussen — en ook binnen — deze twee data-sets in een hanteerbare vorm te gieten (Cooley en Lohnes). Tevens is het daarbij mogelijk te werken met de totale informatie, gegeven door de oorspronkelijke scores per individu, zodat niet het gevaar bestaat dat informatie in een vroeg stadium verloren gaat.

Bij de berekening van de canonische correlaties is uitgegaan van de enorme correlatiematrix van 110 variabelen. In *figuur 1* staan in het schema van deze matrix de twee data-sets ingetekend als A (21 interveniërende variabelen) en B (89 classificatiemogelijkheden voor ziekte- en probleemgedrag). Dit zijn dus twee submatrices, waarin voor elke data-set apart de onderlinge correlaties zijn genoteerd.

In vak C staan de correlaties tussen de variabelen uit groep A met groep B. Op C is nu vooral onze aandacht gericht. De techniek van de canonische correlatie-analyse tracht de informatie in vak A te „condenseren” in een aantal onafhankelijke componenten (zogenaamde lineaire functies) en zoekt bij elke component uit A een component uit B zodanig dat deze componenten maximaal met elkaar correleren. Bij deze canonische



Figuur 1

correlatie gaat het om de informatie in vak C.

Er gebeurt dus een aantal dingen tegelijk:

- 1 de informatie uit vak A wordt samengevat in verscheidene componenten die onafhankelijk van elkaar zijn;
- 2 datzelfde gebeurt met de informatie in vak B;
- 3 de componenten uit A en B worden zo gekozen dat de samenhang tussen de interveniërende variabelen en de classificatiemogelijkheden (vak C) zo duidelijk mogelijk naar voren komt.

Stel dat in ons materiaal de eerste canonische correlatie is berekend. Dan is er in elk der data-sets die component (= lineaire functie) aangewezen, die maximaal met die in de andere data-set correleert.

Een component is niet anders dan een algebraïsche formule welke in de volgende vorm is gegoten: $y = a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_4 \dots$

Op deze manier ontstaat dan binnen groep A een formule met 21 variabelen (x_1 t/m x_{21}) en aan elke variabele is een coëfficiënt gekoppeld (a_1 t/m a_{21}) om aan te geven in welke mate de score op elke variabele bijdraagt aan de totaaluitkomst (y) van de gehele formule.

Dit zou voor de eerste canonische correlatie in groep A bijvoorbeeld kunnen zijn: $y = + 0.03 x_1$ (leeftijd) — $0.69 x_2$ (geslacht) + $0.25 x_3$ (goed contact) enzovoort. Binnen groep B (de classificatiemogelijkheden) is dat net zo, bijvoorbeeld $y = 0.21 x_1$ (hypertensie) — $0.17 x_2$

(relationele problematiek) — $0.33 x_3$ (mazelen) enzovoort.

Nu kan voor ieder der proefpersonen de uitkomst van beide componenten worden uitgerekend en de samenstelling ervan is zodanig dat als de uitkomst in de ene formule hoog is, dat ook voor de andere formule het geval is. Met andere woorden de uitkomsten correleren duidelijk met elkaar. Wanneer dat nu voor de eerste keer is gebeurd en de eerste canonische correlatie is berekend dan wordt het gehele spel opnieuw gespeeld en wederom worden twee componenten (één voor A en één voor B) berekend, maar nu onafhankelijk van de informatie welke met de eerste combinatie en met de eerste canonische correlatie is gegeven.

De keuze van de eerste, de tweede, de derde enzovoort canonische correlatie is niet een toevallige — er is een regel voor. Het eerste duo componenten wordt zo gekozen dat de eerste canonische correlatie de hoogste is welke in het verzamelde materiaal mogelijk is. De tweede canonische correlatie is dan weer de hoogste maar is tevens onafhankelijk van de informatie, beschreven met de eerste canonische correlatie. De componenten staan als het ware loodrecht op elkaar (orthogonaal). Dit is uitermate belangrijk bij een vraagstelling als de onze. Wij zijn juist zeer benieuwd naar van elkaar onafhankelijke informatiebronnen binnen ons materiaal, vooral omdat ons uit de schade en schande van de huisartsgeneeskunde duidelijk is gewor-

den hoe sterk complex en samenhangend en afhankelijk veel van de informatie is waarmee moet worden gewerkt.

Met de canonische correlatie-techniek wordt in wezen getracht de bestaande multidimensionale ruimte, waarbinnen de gehele informatie is opgeborgen, te reduceren. Het ligt voor de hand dat wij proberen met zo weinig mogelijk dimensies zoveel mogelijk kijk te krijgen op de ingewikkelde structuur welke voorhanden is. Dit is overigens de bedoeling van alle multivariatie- of multidimensionale statistische technieken.

Nu kan men zich afvragen waarom er zoveel verschillende technieken zijn en waarom er zoveel discussie bestaat over al dan niet juiste interpretatie van uitkomsten en al dan niet juiste toepassing van technieken. Een voorbeeld kan dit iets verduidelijken. Een melkfles is een omschreven voorwerp in een drie-dimensionale ruimte. Maar hoe een melkfles „er uit ziet”, in elkaar zit en ruimte inneemt hangt sterk af van de manier waarop er naar die melkfles wordt gekeken en de manier waarop dat wordt beschreven. Iemand die precies bovenop de fles kijkt beschrijft twee concentrische cirkels met een perspectief. Iemand die — als een muis — van de voet van de fles af omhoog kijkt ziet een conisch toelopende, in perspectief vertekende structuur. Iemand die in de fles zit schildert weer een ander beeld dan iemand die op enkele meters afstand ervan staat. Toch gaat het steeds om dezelfde melkfles.

Met de interpretatie van de uitkomsten van multivariatie-technieken doet zich een soortgelijk probleem voor. Er bestaat een complexe, meer-dimensionale structuur welke wij willen beschrijven. Elke beschrijving ervan is afhankelijk van de plaats van waaruit deze structuur wordt bekeken. Het al dan niet arbitrair zijn van de interpretatie of de beschrijving ervan hangt er vooral van af in hoeverre men zich de beperkingen realiseert. Een ingewikkelde structuur kan niet volledig worden beschreven met eenduidige termen. Steeds gaat

het om projecties, om observaties uit een bepaalde hoek. Wanneer deze projecties en observaties kritisch worden beschreven, is er niets arbitrairs aan de hand. Op de lezer echter drukt de plicht zelf mee te denken en de uitkomsten en beschrijvingen niet zelf arbitrair te maken door een sterke vertekening.

Nu is er nog een probleem dat aan de orde moet komen alvorens de uitkomsten van de canonische correlatie-analyse te kunnen bespreken. Zoals wij zagen wordt de informatie uit vak A en vak B samengevat in componenten. De gehele operatie heeft weinig zin wanneer deze componenten niet duidelijk geïnterpreteerd kunnen worden. Voor de interpretatie staan twee wegen open. In de eerste plaats is een component niet anders dan een lineaire combinatie van de oorspronkelijke variabelen, waarbij de coëfficiënten aangeven in welke mate een bepaalde variabele aan de „score” op die component bijdraagt. Daarom zou in beginsel op deze coëfficiënten de interpretatie kunnen worden gebaseerd. Het is dan echter nodig steeds de grote correlatie-matrix te raadplegen, omdat onderling sterk samenhangende variabelen elkaars coëfficiënten als het ware kunnen wegdrukken. Daarom zullen wij in plaats van de coëfficiënten de correlaties van de componenten met de oorspronkelijke variabelen presenteren. (*tabellen I en II*). Dat zijn namelijk de correlaties van elke variabele apart met de uitkomst van de gehele lineaire functie waarvan die variabele onderdeel is.

Stel dat bijvoorbeeld in de derde canonische correlatie sprake is van een deel achtergrondinformatie over het al dan niet bestaan van probleemgedrag, waarbij bijvoorbeeld naast de leeftijd en het geslacht ook het verschil in huisarts (interdoctorvariatie) aan de orde komt. (Daarnaast staat dan ook een lineaire functie die aangeeft welke van de 89 classificatiemogelijkheden daarbij een rol spelen). In plaats van de coëfficiënten voor bijvoorbeeld leeftijd en geslacht in de formule, wordt nu de correlatie berekend van leeftijd en

geslacht met de uitkomst van de formule. Voor iedere proefpersoon apart wordt dus zijn score op alle lineaire functies berekend en dan gecorreleerd met zijn individuele scores op de achtergrond-variabelen en de diagnosesnummers.

BEWERKINGSUITKOMSTEN

De uitgangspopulatie bestaat uit 10.794 mensen. Al degenen die in 1972 geen contact met de huisarts hadden blijven in deze verdere analyse buiten beschouwing. (Zij hebben immers geen diagnosesnummers gescoord). Er blijven dan 7856 mensen over. Om binnen de praktische bewerkingsmogelijkheden te blijven — vooral ook gelet op de hoge kosten — is iedere tweede uit deze groep in de analyse opgenomen zodat $n = 3928$. Tussen de eerste negen paren componenten zijn de canonische correlaties:

- 1e - 0.95
- 2e - 0.75
- 3e - 0.68
- 4e - 0.54
- 5e - 0.45
- 6e - 0.39
- 7e - 0.33
- 8e - 0.32
- 9e - 0.30

Vanaf de tiende canonische correlatie ligt het niveau onder 0.30 en wij hebben dat als een grens gehanteerd waaronder onze beschouwingen zich niet zullen uitbreiden.

In *tabel I* staan voor de negen componenten uit vak A (zie *figuur 1*) de correlaties vermeld met de 21 interveniërende variabelen. Alle correlaties $r < |0.10|$ zijn weggelaten. In *tabel II* is op dezelfde wijze de reeks correlaties voor de 89 classificatiemogelijkheden genoteerd, welke in vak B staan.

De componenten in *tabel I* en *tabel II* met een gelijk nummer (bijvoorbeeld nummer 3 in *tabel I* en nummer 3 in *tabel II*) vertonen onderling een sterke correlatie (de canonische correlatie). Beide gelijkgenummerde componenten vormen samen een factor waarmee een deel onafhankelijke informatie binnen het

Tabel I. Canonische correlatie - De eerste negen componenten van de eerste data-set (21 interveniërende variabelen). In deze tabel staan de eerste negen componenten, afkomstig uit de eerste data-set (vak A, figuur 1) met de 21 interveniërende variabelen. Elk van deze componenten onderhoudt een sterke relatie met de gelijkgenummerde component in de tweede dataset (vak B) in tabel II, welke de canonische correlatie wordt genoemd. De mate waarin elke component voor elke variabele apart betekenis heeft, is aangegeven met correlaties welke in kolom 1 tot en met 9 staan vermeld. Alleen correlaties $\geq |0.10|$ zijn in de tabel opgenomen. Hoge correlaties en correlaties met een bijzondere betekenis zijn vet gedrukt.

Interveniërende variabelen	Componenten								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Huisarts A	22	—	—11	10	—	81	21	—	—23
Huisarts B	—	—	22	— 58	—	—15	—23	—16	—12
Huisarts C	—	—	—13	14	—	— 55	—	17	— 48
Huisarts D	—	—	—	—	—	—15	—	—	79
Beroepsprestige	—	—	—11	—18	—	11	28	—13	—
Kindertal thuis	—	—22	—30	—	27	28	—24	—42	17
Gehuwd kinderloos	—	10	—	19	19	—	27	24	—31
Gezin jonge kinderen	—	— 53	—30	15	—13	—10	23	29	27
Gezin oudere kinderen	—	19	—	—	35	31	—27	— 63	—10
Nee / ja flat	—	—11	—	18	—	—	46	31	—15
Actuele psychosociale problematiek individueel	58	51	— 58	—	—17	—	—	—	—
Actuele psychosociale problematiek gezin	36	25	— 45	—12	—	—	—	—17	—
Belastende ziekte individueel	—	28	37	— 37	—40	—	37	—	15
Belastende ziekte gezin	—	22	19	—30	—26	22	28	—	—
Contact (nee / ja goed)	—	—	—	—	—	—14	12	—10	25
Leeftijd	14	77	54	—	—11	—	—16	17	—
Geslacht (nee / ja vrouw)	22	—	16	70	— 49	—	—	—22	—
Werkend (nee / ja)	—	39	—	—	73	—	25	33	—
Aantal diagnoses	99	—	14	—	—	—	—	—	—
Aantal verrichtingen	75	15	19	—	—	—26	33	—37	—
Nee / ja particulier verzekerd	—	—	—16	—	—	—	19	—22	10

totaal van de verzamelde variabelen (zowel de 21 interveniërende variabelen in vak A als de 89 classificatiemogelijkheden in vak B) wordt beschreven.

DE EERSTE FACTOR

Bij de eerste component uit vak A met de interveniërende variabelen is vooral sprake van de „medische consumptie” en van het consumptieniveau, zoals uitgedrukt in het aantal diagnoses en het aantal verrichtingen in 1972. Het is duidelijk dat er een sterke relatie bestaat tussen het bestaan van probleemgedrag en de consumptie. Het bestaan van veel diagnoses en verrichtingen hangt sterk samen met het naar voren komen van probleemgedrag. Kennelijk is er vaak een flinke differentiatie in aanbod nodig voordat het duidelijk wordt dat er sprake is van probleemgedrag. Maar omgekeerd is er ook een duidelijke samenhang tussen

het bestaan van probleemgedrag en het aantal verrichtingen: mensen met leefproblemen krijgen relatief veel aandacht van de huisarts.

In mindere mate onderhouden hier ook de leeftijd en het geslacht een relatie met de medische consumptie, de „illness-diversity” en probleemgedrag. Dat is een voor de hand liggende relatie. Opvallend is de mate waarin het feit of iemand tot de praktijk van huisarts A behoort meebepaalt of er sprake zal zijn van probleemgedrag en hoe groot de consumptie en de differentiatie van diagnosesnummers is. De eerste component der interveniërende variabelen kan worden gezien als een groottefactor, waarin sprake is van de omvang van medische consumptie en van differentiatie in ziekte- en probleemgedrag.

Probleemgedrag kan leiden tot veel verrichtingen en diagnoses en een hoge consumptie kan wijzen op het bestaan van leefproblematiek. Deze

eerste component der interveniërende variabelen is zeer sterk gecorreleerd met de eerste component der classificatiemogelijkheden ($r = 0.95$). In tabel II kunnen wij zien welke diagnosesnummers bij deze factor nu juist een rol spelen. Vooral de psychische reactievormen (in het bijzonder de neurasthene reactie) en de probleemsoorten (in het bijzonder relationele- en seksuele problematiek) geven hieraan inhoud. Tevens geldt dat voor het spastisch colon, pilgebruik en wat daarmee samenhangt (onder meer fluor en erosie), klachten over en afwijkingen van het bewegingsapparaat (in het bijzonder spanningshoofdpijn), vermoeidheid en malaise, adipositas en wens tot afvallen en hoge luchtweginfecties.

Wat betekent dat nu eigenlijk? Enerzijds gaat het om diagnosesnummers die op zichzelf een relatief hoge consumptie inhouden zoals probleemgedrag en pilgebruik, anderzijds is er sprake van diagnoses met een

mogelijke aanbodfunctie (spastisch colon, hoge luchtweginfecties, spanningsnek, malaise). Het valt op dat omschreven ziekten zoals coronairafwijkingen, hypertensie, perifere arthrose en ook fracturen in deze factor praktisch geen rol spelen. Dit leidt tot de conclusie dat er in de eerste factor sprake is van een mechanisme dat inhoudt dat er relatief veel verrichtingen en vooral bepaalde diagnoses „nodig” zijn, voordat de huisarts en de patiënt tot explicitering van probleemgedrag komen; anderzijds leidt probleemgedrag weer tot een hogere consumptie.

Het gaat hier niet zozeer om de specifieke inhoud en de verdere betekenis van probleemgedrag. Het is zeer opmerkelijk hoe sterk de omvang van het werk door de groepspraktijk Ommoord beïnvloed is door de inhoud ervan. Het is kennelijk gelukt om aan onze doelstelling om extra belangstelling voor mensen met leefproblemen op te brengen, tegevoet te komen.

Alle volgende factoren zijn dus onafhankelijk van de eerste — de „consumptie” — factor en dat is erg prettig omdat de consumptie-grootte en de verschillen in het aantal diagnoses belangrijke interpretatiemoeilijkheden hebben opgeleverd in het voorafgaande onderzoek.

DE TWEEDE FACTOR

In de tweede factor is er voor de interveniërende variabelen duidelijk sprake van volwassenen met probleemgedrag, onafhankelijk van het aantal diagnoses en verrichtingen, onafhankelijk van het geslacht en onafhankelijk van hun huisarts. Probleemgedrag komt relatief zelden voor in de gezinsfase met jonge kinderen (oudste kind jonger dan 15 jaar) en is vooral gekoppeld aan de gezinsfase met oudere kinderen, aan het in het arbeidsproces opgenomen zijn en ook aan het bestaan van een belangrijke ziekte. De betekenis van de correlaties met probleemgedrag of ziekte in het gezin komt duidelijk op rekening van degene die het probleem of de ziekte heeft. Het is

duidelijk een probleemgedrag/leeftijd-factor. De hoge canonische correlatie ($r = 0.75$) tussen de beide componenten verstrekt dit beeld.

In *tabel II* zien wij bij de tweede component de depressieve en de neurasthene reactievorm op de voorgrond treden naast het bestaan van werkproblematiek. De relationele problematiek tussen man en vrouw laat een bescheiden correlatie zien. Hypertensie, coronairafwijkingen en perifere arthrose dienen zich hier vooral aan als indicatie én van de leeftijd én van het bestaan van een belangrijke ziekte, gekoppeld aan het bestaan van problematiek.

De negatieve relatie met diagnose-nummers welke duidelijk gekoppeld zijn aan de gezinsfase met jonge kinderen en aan de jonge leeftijd completeren dit beeld (otitis media, adenoiditis, tonsillitis, impetigo, bezoek aan het zuigelingen- en kleuterbureau, kinderziekten en opvoedingsproblemen bij jonge kinderen). Opnieuw valt de geprononceerde betekenis van probleemgedrag in het geheel op: eerst het grootte-aspect en daarna het meer aan de leeftijd gebonden facet.

DE DERDE FACTOR

Pas in het derde paar componenten komt duidelijk dat deel van het ziektegedrag dat op het bestaan van een belangrijke ziekte berust naar voren, waarbij er zelfs een tegengestelde relatie tussen ziekte- en probleemgedrag bestaat. Het gaat om volwassenen zonder probleemgedrag maar met een ziekte. Dit sluit natuurlijkerwijs de gezinsfase met jongere kinderen goeddeels uit. Er is sprake van een relatief iets groter aantal verrichtingen. Het vrouw-zijn onderhoudt met deze factor een lichte relatie evenals het al dan niet tot de praktijk van B behoren. Tenslotte valt op dat het relatief iets vaker gaat om ziekenfondspatiënten en om een lager beroepsprestige.

Welke diagnosesnummers geven deze derde factor zijn „body”? Het ontbreken van een aantal psychische

reactievormen en een aantal vormen van probleemgedrag tegenover het aanwezig zijn van hypertensie, cystitis, coronairafwijkingen, perifere arthrose, griepvaccinaties (let op de gebruikelijke indicaties daarvoor!), Menière en duizeligheid staan hier centraal. Het verschil met de tweede factor is er vooral in gelegen dat tegen de achtergrond van de leeftijd in de derde factor ziekte- en probleemgedrag polair aan elkaar zijn. In beide gevallen is de canonische correlatie hoog ($r = 0.68$) Globaal kunnen wij zeggen dat met de eerste drie factoren een flink stuk van de betekenis van consumptie-grootte en differentiatie, leeftijd en van het bestaan van uitgesproken problemen en ziektegedrag aan de orde zijn gekomen. Het wordt tijd dat onafhankelijk daarvan de betekenis van andere interveniërende variabelen naar voren komt. En dat gebeurt inderdaad in de vierde factor.

DE VIERDE FACTOR

Hier treedt bij de component der interveniërende variabelen de invloed van het geslacht op de inhoud van ziekte- en probleemgedrag duidelijk op de voorgrond. Heel opmerkelijk is de uitgesproken negatieve relatie daarvan met een deel van de interdoctor-variatie, namelijk de invloed van huisarts B! Het gaat hier vooral om vrouwen in een jonge gezinsfase en die wonen in Ommoord relatief vaak in een flat, zoals de correlatiematrix *tabel XXI* — (1974) huisarts en wetenschap 17, 471 — benadrukt. Tevens is daarbij vanzelfsprekend relatief zelden van een belangrijke ziekte bij de vrouwen zelf of in hun gezin.

Men dient zich goed te realiseren dat het in deze factor gaat om een onafhankelijke determinant, het gaat om de betekenis van het geslacht en van huisarts B onafhankelijk van hetgeen in de voorafgaande en in de volgende factoren naar voren komt. Het is daarom niet alleen belangrijk te zien welke diagnosesnummers wel een relatie met de vierde factor onderhouden maar ook welke diagno-

Tabel II. Canonische correlatie - De eerste negen componenten van de tweede data-set (89 classificatiemogelijkheden). In deze tabel staan de eerste negen componenten, afkomstig uit de tweede data-set (vak B, figuur 1) met de 89 classificatiemogelijkheden. Elk van deze componenten onderhoudt een sterke relatie met de gelijkgenummerde component in de eerste data-set (vak A) in tabel I, welke de canonische correlatie wordt genoemd. De mate waarin elke component voor elk der classificatiemogelijkheden apart betekenis heeft is aangegeven met correlaties welke in kolom 1 tot en met 9 vermeld staan. Alleen correlaties $\geq |0.10|$ zijn in de tabel opgenomen. Hoge correlaties en correlaties met een bijzondere betekenis zijn vet gedrukt.

Classificatiemogelijkheden/ Diagnosenummers	Componenten									Prevalentie 1972
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
002, 003, 004, 005, 006, 007 mazelen scarlatina, rubeola, varicella, parotitis, exanthema infectiosum et subitum	—	-33	—	-17	—	—	—	—	12	27
011, 012 oxyuriasis, overige wormen	—	-12	—	—	—	10	—	—	—	13
024, 025 manifeste adopositas, wens tot afvallen	—	25	—	19	—	14	—	—	—	40
029 anemie (hypochroom)	12	—	11	—	—	—	—	-13	—	13
034 depressieve reactie (alle vormen)	22	26	—	-10	-25	—	12	-18	13	18
035 angstig geagiteerde reactie	15	—	-11	—	—	11	—	—	—	8
036 „neurose” (duidelijke intrapsychische problematiek)	23	-18	-21	—	—	-39	22	—	-26	20
037 neurasthene reactie	49	41	-37	11	—	-16	-17	—	—	127
039, 040, 041, 043 impotentie, anorgasmie, libidoverlies, overige seksuele problemen	28	—	-12	—	—	25	—	18	—	20
044 relationele problemen man / vrouw	30	19	-26	—	—	—	—	17	—	33
045 relationele problemen gezin	28	11	-22	—	—	23	-23	-21	13	24
046 relationele problemen familie	16	—	—	—	-13	—	—	—	—	7
047 werkproblemen	23	34	-31	-14	34	—	20	11	15	31
048 ontplooiingsproblemen, emancipatie	13	—	-15	—	-11	—	—	—	—	8
049 crisissituatie (tenzij elders, zoals angst voor graviditeit enzovoort)	25	16	—	—	—	—	30	-12	—	17
050 levensfaseproblemen, adolescentie, climacterium, senium	18	10	—	—	—	13	-11	-23	—	8
051 overige omschreven problemen	26	20	-13	—	-24	32	—	—	—	30
057 migraine	13	—	—	—	—	—	—	—	—	13
060, 061 conjunctivitis, blefaritis / hordeolum	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16
062 refractie-afwijkingen	—	—	—	—	—	17	—	—	—	11
067 otitis media acuta	—	-28	-10	-15	—	-11	—	-11	—	25
068 tubair catarre	—	-10	—	—	10	—	—	—	23	20
069 otitis externa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
070 cerumen	—	—	10	—	—	—	—	16	—	25
077, 078 coronairafwijkingen	10	19	29	-35	-32	—	12	18	11	17
081 cardiofobie	13	—	—	—	15	—	—	15	14	11
082 hartkloppingen, paroxysmale tachycardie	12	—	—	—	—	—	—	—	—	7
083 hypertensie	—	25	33	-13	-22	-18	10	-14	13	29
085 varicosis	11	—	11	11	—	—	—	—	—	13
086, 087 orthostatische klachten, collaps	10	—	—	—	—	—	—	—	—	11
090 rhinitis	14	-11	—	—	—	—	—	10	-22	21
091, 094, 095 „griepje”, pharyngitis, „post nasal drip”, influenza, „echte” griep	26	—	—	—	18	—	—	—	14	94
092 tonsillitis	—	-22	—	-11	—	—	—	11	-13	31
093 sinusitis	15	—	—	—	17	-18	—	—	38	28
096 adenoiditis	—	-38	-10	-18	-13	—	—	—	—	30
098 bronchitis acuta	—	—	—	-13	—	-19	—	—	14	34
102 overig hoesten	—	—	—	—	—	—	-10	—	-15	28
104 allergische rhinitis, hooikoorts	—	—	—	—	—	-12	-13	11	—	11
109 gebitsafwijkingen	—	—	—	—	16	—	—	—	—	11
112, 113 ulcus duodeni / ventriculi, overige afwijkingen maag inclusief gastritis	15	12	—	—	11	-17	—	11	—	24
116 spastisch colon	27	—	—	—	10	—	—	—	—	41
117 gastroënteritis	10	—	—	-10	—	-10	—	—	—	24
120 obstipatie	12	—	—	—	—	—	—	14	-11	11
124 overige buikpijn	15	—	—	—	—	-19	—	—	—	21
125 hemorroiden	14	—	—	—	12	—	—	20	—	14
126 periaanaal en perivulvair jeuk en eczeem	—	—	—	—	—	—	—	11	—	6
129 cystitis	19	—	16	14	—	—	—	—	—	26
138 meno-metrorragiën	—	—	—	14	—	—	—	-19	-16	8
141 climacteriële klachten	14	—	11	10	—	—	—	-22	—	10
143, 144 fluor, portio-erosie	23	—	—	30	—	12	—	—	12	38
145, 146 pilcontrole en prik	25	-14	—	74	-15	—	—	—	—	116

Tabel II (vervolg). Canonische correlatie - De eerste negen componenten van de tweede data-set (89 classificatiemogelijkheden).

Classificatiemogelijkheden/ Diagnosenummers	Componenten									Prevalentie 1972
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
150 bespreking anticonceptie	19	—	—	19	—	16	—	—	17	26
151 klachten over pil of prik	21	—10	—	23	—	10	—	11	13	19
155, 156 bevestigde ongewenste en gewenste graviditeit	—	—10	—	26	—	—	26	12	—16	14
158, 159 niet bevestigde graviditeit	18	—	—	16	—	—	—	—	—	10
164 zwangerschapscontrole	—	—11	—	25	—	—11	17	—	—	12
170 urticaria	10	—	—	—	—	—	—	—	—	12
171 impetigo	—	—17	—	—13	—	—	—	—	—	9
172, 173, 185, 186 furunkel, panaritium, paronychium, geïnfecteerde wonden, overige huidinfecties	—	—	—	—	11	—	—	—	—10	30
174 wratten	—	—13	—	—	—	—	—14	—18	—13	18
176 acne	—	—	—	—	—	—	—10	—20	—12	10
179 handeczeem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
180 overige eczeem	—	—	—	—	—	—14	—	—	—12	31
182 overige omschreven huidafwijkingen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
183 overige niet omschreven huidafwijkingen	12	—	—	—	—	23	—	—	—	17
188 cervicale arthrose	16	13	12	—	—	—	—24	—	15	14
198 spanningshoofdpijn, hypertone nekspieren ..	22	—	—	—	11	10	—	15	—17	32
190 spondylosis lumbalis	16	15	13	—	—	—	—	—	—	19
191 low back pain	14	—	11	—	21	—	—	—	—	35
192 intercostaal pijn, thoracale myalgieën	16	—	—	—	13	—14	—	—	—	27
193, 195, 196, 197 brachialgie, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis, tendinitis, tendovaginitis	13	14	13	—	10	—	—	18	—	27
194 myalgiëën elders	14	—	—	—	—	—	—	—	—11	21
199 platvoeten	11	—	—	—	—	—	—	—	—	13
201 arthrose perifere gewrichten	—	18	29	—	—27	—	—34	12	—	14
203 overige omschreven afwijkingen bewegingsapparaat	10	—	10	—	—	—	—	—12	—	18
204 overige niet omschreven afwijkingen bewegingsapparaat	12	—	—	—	—	11	—11	—	—	21
214 fractuur	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
056, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 219, 220, 221 alle traumata exclusief fracturen	—	—14	—	—22	22	—	—16	—31	—11	93
222 slaapstoornissen	13	—	—	—	—	—	—13	—	—14	13
223 moe, malaise	20	—	—	—	—	—	—16	—	—19	25
225 hoofdpijn (exclusief spanningshoofdpijn en migraine)	10	—	—	—	—	—	—	—	—11	11
226 febris e causa ignota	—	—14	—	—12	—	—	11	—	—	9
227 bijwerkingen geneesmiddelen	14	—	16	—13	—	—	—	—10	—	10
230 overige symptomen	12	—	—	—	—	—	—	—	—	13
231 griepvaccinatie	22	13	34	—24	—10	26	32	—	—18	57
236, 237 seksuele en overige voorlichting	19	—	—	—	—	23	—	—	—17	9
234 bezoek C.B. zuigelingen en kleuters	—	—65	—29	—29	—32	—11	—	19	—	78
245, 246, 247, 248, 38 slaap-, eet-, zindelijkheid- trainings- en overige opvoedingsproblemen bij het jonge kind, enuresis	—	—32	—30	—23	—23	—	—	—	—	37

sennummers dat nu juist niet doen. Elke factor levert opnieuw als het ware een cluster van diagnosenummers op die met elkaar informatie en betekenis gemeen hebben welke uitgaat boven de „pure diagnostische” inhoud van elk diagnosenummer op zich. Er wordt steeds weer benadrukt hoeveel van elkaar onafhankelijk

brokjes informatie en aan één diagnose of aan één interveniërende variabele kunnen worden onderkend. Daarom is de afwezigheid van een relatie tussen een diagnosenummer en een factor soms heel belangrijk: kennelijk onderhoudt dat bepaalde stuk onafhankelijke informatie dat in die bepaalde factor aan de orde is geen

relatie met die bepaalde classificatiemogelijkheid.

Tabel II laat ons zien dat vrouwen uiteraard de gebruiksters van de pil zijn, er klachten over kunnen hebben, een erosie of fluor hebben en zwanger worden. Tevens zijn het vooral de vrouwen die te dik zijn of zichzelf te dik vinden, relatief weinig

traumata exclusief fracturen aanbieden en weinig coronairafwijkingen hebben.

Huisarts B echter blijkt ondanks hetzelfde aandeel vrouwen in zijn praktijk als dat voor de anderen geldt — onafhankelijk van de leeftijd en onafhankelijk van het aantal diagnoses en verrichtingen — de pil relatief weinig voor te schrijven, weinig met mensen over de anticonceptie te praten en veel weerstanden te hebben — althans minder toegankelijk te zijn — tegen gynaecologische klachten als fluor, een erosie, meno-metrorragiën, en climacteriële klachten.

In de eerste factor zagen wij reeds de betekenis van de huisarts op de inhoud van het ziekte- en probleemgedrag; deze vierde factor illustreert dat nog eens veel pregnanter. B is relatief weinig toegankelijk voor de vrouwen in zijn praktijk en is veel meer gericht op mannen met bijvoorbeeld coronairafwijkingen of met traumata. Afwezig in deze factor is een duidelijk verband tussen het geslacht en de neurasthene reactievorm (*Van der Velden*). Wellicht is deze voorzover zij betekenis heeft ondergebracht in de eerste factor.

DE VIJFDE FACTOR

De vijfde factor laat opnieuw een goed te interpreteren beeld zien. Het gaat hier bij de interveniërende variabelen om werkende mannen, met relatief weinig belangrijke ziekten, levend in gezinnen met relatief veel en oudere kinderen. Het bestaan van probleemgedrag, de leeftijd en de huisarts beïnvloeden deze factor nauwelijks, evenmin als het beroepsprestige en de verzekeringsvorm. Kennelijk heeft deze groep een omschreven ziektegedrag dat afwijkend is van hetgeen door de andere factoren wordt belicht of wat voor de populatie als geheel geldt.

Onafhankelijk van het relatief vaker of minder vaak bestaan van probleemgedrag, valt in de vijfde factor de nadruk op het afwezig zijn van de depressieve reactie en op het bij voorkeur bestaan van werkpro-

blematiek. In *tabel II* zien wij dat de werkende — betrekkelijk gezonde — man relatief veel griep en sinusitis aanbiedt, iets vaker een ulcus duodeni of duidelijke maagklachten, en relatief veel traumata-exclusief fractuur) heeft, maar relatief weinig te kampen heeft met hypertensie en coronairafwijkingen, terwijl hij duidelijk wel bang is iets aan het hart te hebben (cardiofobie). Opvallend — maar geen verrassing — is de betekenis van spanningshoofdpijn en lage rugpijn (beide zonder röntgenologische afwijkingen) voor deze groep.

DE ZESDE FACTOR

Opnieuw komt een gedeelte interdoctor-variatie aan de orde en wel in een uitgesproken vorm tussen A en C. De correlaties met de overige interveniërende variabelen zijn laag. Waarin verschillen A en C zo van elkaar bij het totstandkomen van diagnosesnummers onafhankelijk van allerlei invloeden buiten de persoonlijkheid en de mogelijkheden van de huisarts en praktisch onafhankelijk van de praktijkopbouw? Men kan wel aannemen dat er na de filters van de eerste vijf factoren in deze zesde factor bijna puur sprake is van verschillen in benoemen en labels geven, verschillen in de inhoud van dezelfde „diagnose”, en in toegankelijk zijn of juist niet willen zien.

C noemt iemand neurotisch bij wie A een omschreven probleem noteert. C richt zich meer op de vorm, A meer op de probleeminhoud. Uiteraard is hieruit niet op te maken of deze verschillen ook terugkomen in de daadwerkelijke benadering van het probleem van de patiënt. Wel is bekend, dat in 1972 C ongeveer driemaal zoveel tranquillizers en antidepressiva per persoon voorschreef als A. Voorts lijkt het erop dat wat A „overige onduidelijke huidafwijkingen” noemt, door C met de titel eczeem wordt getooid. A is nogal psychastheen in zijn praktijkvoering en geeft weinig verwijskaarten en recepten via de balie af. Hij krijgt mede daarom meer mensen met re-fractie-afwijkingen, traumata en

oxyuren te zien. A zit duidelijk actiever achter de griepvaccinatie aan dan C. C gebruikt vaker diagnosesnummers welke op de luchtwegen betrekking hebben, hij spreekt eerder van hypertensie, een ulcus en maagklachten.

Nogmaals moet worden benadrukt dat deze belangrijke verschillen in benoemen niet als vanzelfsprekend samenvallen met verschillen in optreden en in benadering bij de hulpverlening. Nader speciaal daarop gericht onderzoek zal moeten uitmaken in hoeverre een „label” of een „diagnose” werkelijk een uitgangspunt voor actie is.

Tot nu toe is er gesproken over factoren welke hoge correlaties laten zien, welke goed zijn te interpreteren en waarbij de canonische correlatie bevredigend hoog is. Men kan altijd op details de exegese welke in het voorafgaande is gegeven aanvechten, de klemtoon anders leggen, kortom een wat andere beschrijving en belichting geven van in wezen hetzelfde kunstwerk.

Bij de komende drie factoren (paren componenten) welke ook nog in *tabel I* en *II* zijn opgenomen is het wat moeilijker. De canonische correlatie is betrekkelijk laag en vooral de structuur van de zevende factor is onduidelijk; de lezer moet zijn ogen goed open houden en extra kritisch zijn.

DE ZEVENDE FACTOR

De zevende factor is moeilijk te interpreteren, de correlaties zijn weinig uitgesproken en lopen in hoogte weinig uiteen. Het gaat hier naar het lijkt om de relatie tussen het in een flat wonen, kinderloze gezinnen of jonge gezinnen met weinig kinderen, het bestaan van een ziekte en het aantal verrichtingen. Er is praktisch voor het eerst een duidelijke correlatie met het beroepsprestige (en dus ook met de verzekeringsvorm).

Wat de diagnosesnummers betreft is er een positieve relatie met de neurotische reactie, het bestaan van werkproblematiek en met crisissituaties,

een negatieve relatie met relationele problematiek in het gezin. Relatief vaak is er sprake van „overige niet omschreven huidafwijkingen”, griepvaccinatie, graviditeit en voorlichting, relatief weinig doen zich voor acute bronchitis, „overige buikpijn” en Menière of duizeligheid. Er is eigenlijk geen touw aan vast te knopen.

DE ACHTSTE FACTOR

In deze factor komt de relatie tussen het gezin met relatief veel, oudere kinderen, het aantal verrichtingen en het in een eensgezinswoning wonen aan de orde. Dit wordt bevestigd door diagnosenummers, welke enerzijds voor de ouders van teeners niet ongewoon zijn (relationele problematiek ouders — kinderen, levensfase-problematiek, climacteriële klachten, meno-metrorragiën en depressieve reactie) en anderzijds bij oudere kinderen voorkomen (acne, wratten, relationele problematiek kinderen — ouders, levensfase-problematiek en traumata).

DE NEGENDE FACTOR

Deze factor tenslotte introduceert opnieuw een gedeelte interdoctorvariatie, waarbij voor het eerst een beetje invloed van het subjectief door de huisarts ervaren contact met het gezin naar voren komt.

C komt weer op de propfen met de neurotische reactie waartegenover D een probleem signaleert. Wat C een rhinitis noemt, noemt D een sinusitis. Wie bij C hoest, heeft bij D kans op de label „bronchitis”. Als D een cervicaalarthrose vindt, spreekt C van spanningshoofdpijn.

Wij hebben nu een bevredigend beeld gekregen van inhoud en de vorm van de koppels lineaire functies welke de canonische correlatie-analyse heeft opgeleverd. Daarbij is vooral de schijnwerper gericht op de interveniërende variabelen welke een omschreven bijdrage leveren aan de interpretatie en op die diagnosenummers welke een duidelijke relatie daarmee onderhouden. Men kan

tabel I en II echter ook op een andere manier lezen, waarbij men de aandacht op één bepaalde variabele richt en bekijkt hoe deze zich als het ware binnen het gehele model gedraagt: Zijn er veel correlaties of weinig, wisselen deze sterk in grootte, zijn er slechts enkele maar wel uitgesproken hoge correlaties of is de variabele als het ware over bijna alle factoren uitgesmeerd?

Zijn de onafhankelijke delen welke aan de met een variabele gegeven informatie worden onderkend duidelijk en interpreteerbaar of speelt de variabele nauwelijks een rol wanneer men inzicht wil krijgen in de kans dat iemand bepaalde diagnosenummers juist wel of juist niet krijgt? Wanneer op deze wijze *tabel I* wordt bekeken, valt op dat het beroepsprestige, de verzekeringsvorm en het subjectief ervaren contact praktisch geen tastbare relaties onderhouden met de overige geïntroduceerde informatie.

Variabelen zoals het aantal diagnoses (in mindere mate ook het aantal verrichtingen) de leeftijd en het geslacht, laten een beperkt aantal hoge correlaties zien. Hun betekenis valt in een beperkt aantal, duidelijk omschreven, onafhankelijke delen uiteen. De interdoctorvariatie is uit verscheidene onafhankelijke onderdelen opgebouwd en dat geldt ook voor het bestaan van probleemgedrag. Onoverzichtelijk is de wijze waarop bijvoorbeeld de betekenis van variabelen, zoals het bestaan van een belangrijke ziekte, het kindertal, de gezinsstructuur, de woonvorm en het werken, in stukken uiteenvallen. Kennelijk is daarbij sprake van een zeer samengestelde, meerduidige informatie welke in talrijke onafhankelijke stukken uiteenvallen.

Hetzelfde geldt voor het vóórkomen van ziekte- of probleemgedrag in het gezin, waarbij het opvalt dat deze variabelen hun „moedervariabele” (individuele ziekte respectievelijk individueel probleemgedrag) op de voet volgen en er nauwelijks sprake is van tastbare tegenstellingen tussen de invloed van de moedervariabele en de daarop geënte gezinsvariabelen. Kennelijk is de invloed

van een belangrijke ziekte of van probleemgedrag bij één der gezinsleden betrekkelijk gering voor de overige gezinsleden in het model dat met deze analyse is opgebouwd.

Ook de diagnosenummers (*tabel II*) kunnen op dezelfde manier worden bekeken. Sommige diagnosenummers vertonen praktisch geen relatie met de overige diagnosenummers of met de interveniërende variabelen, zoals migraine, refractieafwijkingen, otitis externa, hartkloppingen, gebitsafwijkingen, periaanaal jeuk, handeczeem, platvoeten, fracturen, conjunctivitis + blefaritis, orthostatische klachten en collaps, en huidinfecties). Andere classificatiemogelijkheden vertonen daarentegen duidelijke relaties, die zich echter tot enkele factoren bepalen, zoals crisissituatie, acute bronchitis, spastisch colon, overige buikpijn, hemorroiden, meno-metrorragiën, impetigo, eczeem, acne, vermoeidheid en malaise, kinderziekten, adipositas en wens tot afvallen, bovenste luchtweginfecties, en seksuele en overige voorlichting.

Tenslotte zijn er diagnosenummers die een reeks duidelijke correlaties met een groot aantal factoren vertonen en aldus illustreren hoe meerduidelig hun informatiestructuur is. Dit geldt vooral voor de psychische reactievormen en de probleemsoorten. Maar ook hypertensie, coronairafwijkingen, spanningshoofdpijn, perifere arthrose, fluor en erosie, de gewenste en ongewenste bevestigde graviditeit, alle overige traumata exclusief fracturen, CB-bezoek, voedingsproblemen, en de griepvaccinaties doen dit. Het zouden juist deze samengestelde classificaties wel eens kunnen zijn die de basis vormen voor het ontwikkelen van een referentiekader voor de huisartsgeneeskunde. Het is juist in de meer-dimensionele ruimte dat de huisartsgeneeskunde kan opbloeien.

DISCUSSIE

Wat heeft de analyse ons nu opgeleverd, welke zijn de mogelijke gevolgen ervan voor het werk van de

huisarts? Ten eerste moet worden benadrukt dat het met de canonische correlatie-analyse geconstrueerde beeld het voetstuk vindt in een grote hoeveelheid basisgegevens, welke tijdens de morbiditeitsregistratie in 1972 door de groepspraktijk zijn verzameld.

Het is voorts duidelijk geworden dat de samengesteldheid van de in de huisartsgeneeskunde gehanteerde begrippen en van de door de huisarts verzamelde informatie er niet alleen in theorie is, maar ook zichtbaar en hanteerbaar kan worden gemaakt. Deze sterke samengesteldheid en dit weefsel van onderlinge afhankelijkheid is kenmerkend voor de huisartsgeneeskunde en biedt bij uitstek een uitgangspunt voor de professionalisering ervan.

Hoewel de structuur welke in Ommoord naar voren is gekomen niet als algemeen geldend voor „de Nederlandse huisarts” mag worden gepresenteerd is evident dat een structuur is ontvouwd, waarin begrippen zijn gehanteerd, welke voor een moderne huisartsgeneeskunde vertrouwd zijn en waarin informatie wordt geanalyseerd, welke voor iedere huisarts in beginsel relevant is. Het feit dat in Ommoord speciaal belangstelling wordt opgebracht voor de benadering van leefproblematiek doet daaraan niets af. Integendeel, het is gebleken in hoe sterke mate probleemgedrag een determinant kan zijn van de inhoud van de huisartsgeneeskunde. Er kan discussie ontstaan over de vraag of dat wenselijk is of niet en over de vraag welke gevolgen een keuze daarbij kan hebben voor de opleiding tot huisarts en voor de werkomstandigheden van de huisarts. Veel minder discussie kan ontstaan over de vraag of probleemgedrag een rol kan spelen in de huisartsgeneeskunde.

Eveneens is duidelijk geworden welke belangrijke betekenis de persoon van de huisarts kan spelen bij de totstandkoming van ziekte- en probleemgedrag. „Diagnosen” kunnen meer zeggen over de huisarts dan over de patiënt. Daarmee wordt aan

de betekenis van een „diagnose” of liever van een classificatiemogelijkheid niet afgedaan, integendeel er wordt een dimensie aan toegevoegd, welke een mogelijkheid biedt in de menselijke ontmoeting tussen patiënt en huisarts ook de persoon van de huisarts te verduidelijken.

Hoe moeilijk het is om dat te doen blijkt wel wanneer men ziet hoe gering de relatie is welke het subjectief ervaren contact als variabele met de meeste overige variabelen en diagnosesnummers onderhoudt. Weinig is er tot nu toe nagedacht over de betekenis van de omvang van de geschaakteerdheid („illness-diversity”) van het contact tussen patiënt en huisarts. Het is duidelijk dat het aantal diagnoses en het aantal verrichtingen in belangrijke mate de inhoud van het ziekte- en probleemgedrag mee bepalen.

De wens van de huisarts om zijn

relatie met zijn patiënten in de tijd geprojecteerd te zien is dus geen loze wens. In de huisartsgeneeskunde is ruim plaats voor een persoonlijke, op het gezin georiënteerde, zich in de tijd uitstrekkende, op ziekte en evenzeer ook op leefproblematiek gerichte zorg. Om aan de inhoud van deze zorg recht te doen is er behoefte aan begrippen, welke zich er niet in feite tegen keren.

De „diagnosen” welke ons nog steeds worden opgedrongen vanuit het referentiekader van de klinische, op organen, op fysiologische processen, op geïsoleerde situaties en gebeurtenissen gerichte geneeskunde, steunen de huisartsgeneeskunde allerminst. Een classificatie van ziekte- en probleemgedrag waarmee de huisartsgeneeskunde wel wordt gediend, zal met veel moeite tot stand moeten worden gebracht. Ons onderzoek kan daaraan een bijdrage leveren.

Summary. The 1972 morbidity analysis by the Ommoord group practice. A reclassification of illness and problem behaviour for general practice medicine (III). The two central sets of data in this study are compared by means of a complex statistical analysis. The dual purpose encompassed on the one hand background information about individuals and the families to which they belong and, on the other hand, the list of classification items describing illness and problem behaviour. The technique of canonic correlation analysis was used. It proved possible to evolve a clearly defined and readily interpretable structure in which at least six relevant factors can be distinguished. An important determinant of illness- and problem behaviour lies in the extent of „medical consumption” and in differentiation of the classification items used.

The presence of problem behaviour, and to a lesser extent also that of significant illness, characteristically influence the structure involved. The significance of problem behaviour for the substance of general practice medicine in particular stands out.

Age and sex — and therewith the family phase — of course have a place in the dependency structure. The influence of the family doctor's personality is conspicuous and proves to be of a differentiated nature. Type of insurance, professional prestige, living accommodation and the subjectively experienced contact are unobtrusive in the dependency structure evolved.

The imperfections which may beset a „diagnosis” are stressed, and emphasis is also placed on the need for evolvement of a conceptual system of relevance to general practice medicine.

Aakster, C. W. Socio-cultural variables in the etiology of health disturbances - a socio logical approach. Proefschrift, Groningen, 1972.

Aulbers, B. J. M. en F. de Waard (1970) huisarts en wetenschap 13, 171-177.

Aulbers, B. J. M., A. P. Oliemans, R. P. Philbert (1971) huisarts en wetenschap 14, 423-428.

Bahn, A. K. (1974) Amer. J. Orthopsychiat. 41, 830-837.

Bain, D. J. G., W. J. Bassett en A. J. Haines (1973) J. roy. Coll. gen. Practit. 23, 474-479.

Bakker, F. R. (1971) huisarts en wetenschap 14, 139-151.

Beaumont, J., Murphy, Mc Millan, Gringras & Seldrup (1972) Allgemein medizien International 4, 152-157.

Begelman, D. A. (1971) Psychiatry 34, 38.

Berkson, J. (1946) Biometrics Bulletin 2, 47-53.

- Bremer, G. J. (1972) huisarts en wetenschap 15, 1-7.
- Brenkman, C. F. De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Proefschrift, Utrecht, 1963.
- Brouwer, W. Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk. Proefschrift, Groningen, 1962.
- Brouwer, W. en F. Touw-Otten (1974) huisarts en wetenschap 17, 3-15.
- Cappon, D. (1971) Canad. J. publ. Hlth 62, 426-431.
- Card, W. I. (1970) J. roy. Coll. Phycns. Lond. 4, 183-187.
- Cassee, E. I. Naar de dokter. Boon, Meppel, 1973.
- Chave, S. P. W. (1966) J. psychosom. Res. 10, 38-44.
- Cooper, B., J. Fry & G. Kalton (1969) Brit. J. prev. soc. Med. 23, 210-217.
- Cooley, W. W. & P. R. Lohnes Multivariate procedures for the behavioral sciences. J. Wiley and Sons, London, 1962.
- Crombie, D. L. (1969) J. roy. Coll. gen. Practit. 18, 219-225.
- Dempster, A. P. (1971) J. Multivariate Anal. 1, 316-346.
- Dombal, F. T. de, D. J. Leaper, J. R. Staniland, A. P. Mc Carn & J. C. Horrochs (1972) Brit. med. J. II, 9-13.
- Dombal, F. T. de, J. C. Horrochs, J. R. Staniland & P. J. Grillon (1972) Meth. Inform. Med. 11, 32-37.
- Doorn, J. A. A. van (1956) Sociologische gids 3, 152-157.
- Dudley, H. A. F. (1971) Lancet I, 35-37.
- Fanning, D. M. (1967) Brit. med. J. II, 382.
- Fleiss, R., L. Splitzer, J. Cohen & J. Endicott (1972) Arch. gen. Psychiat. 27, 643-649.
- Geïntegreerd milieuonderzoek - Interim Rapport Openbaar Lichaam Rijnmond, maart 1974.
- Giel, R. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 365-371.
- Giel, R. (1972) huisarts en wetenschap 15, 203-209.
- Gill, P. W., D. J. Leaper, P. J. Guillou en anderen (1973) Meth. Inform. Med. 12, 108-113.
- Greenwood, R. M. (1972) Biomedical Computing 3, 43-57.
- Groen, J. J. (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 1253-1263.
- Grolnick, L. (1972) Family Process 11, 457-485.
- Hallauer, D. S. (1972) J. chron. Dis. 25, 599-610.
- Hare, E. H. (1966) J. psychosom. Res. 10, 53-58.
- Hare, E. H. & G. K. Shaw Mental health on a new housing estate. London - Oxford University press, 1965.
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis - a guide to general practice. 3 editie, Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1973.
- Hooper, D. R., P. W. Gill, P. Powesland & B. Ineichen (1972) J. psychosom. Res. 16, 367-374.
- Horvath, W. J. (1964) Behav. Sci. 9, 334-340.
- Howie, J. G. R. (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. 22, 310-315.
- Hull, F. M. (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. 22, 241-258.
- Huygen, F. J. A. (1970) huisarts en wetenschap 13, 261-267.
- James, B. (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. 22, 197-202.
- Jesdinsky, H. J. (1972) Meth. Inform. Med. 11, 48-59.
- Kooy, S. A. (1971) T. Soc. Geneesk. 51, 8-13.
- Kuypers, C. A. (1966) huisarts en wetenschap 9, 42-58.
- Lamberts, H. Een psychosociaal, antropometrisch en arbeidsfysiologisch profiel van gewone en van geestelijk niet-stabiele dienstplichtigen. Proefschrift, Leiden, 1969.
- Lamberts, H. (1970) huisarts en wetenschap 13, 10-14.
- Lamberts, H. (1970) huisarts en wetenschap 13, 363-369.
- Lamberts, H. & J. de Vries (1971) huisarts en wetenschap 14, 373-384.
- Lamberts, H. (1972) huisarts en wetenschap 15, 285-293.
- Lamberts, H. (1972) huisarts en wetenschap 15, 369-385.
- Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 15-23.
- Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 56-62.
- Lamberts, H. & J. M. H. Op 't Root (1970) huisarts en wetenschap 13, 450-461.
- Lancee, F. J. & H. Lamberts (1971) huisarts en wetenschap 14, 65-69.
- Maas, P. J. van de & A. J. W. Vrijlandt Geïntegreerd milieu onderzoek, ziekte-ervaringen en milieu. Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam, 1973.
- Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death World Health Organization, Geneve, 1967.
- Martin, F. M., J. H. F. Brotherton & S. P. W. Chave (1957) Brit. J. prev. soc. Med. 11, 196-202.
- Maxwell, A. E. (1971) Brit. J. Psychiat. 119, 121-127.
- Mechanic, D. (1965) J. Hlth hum. Behav. 6, 253-257.
- Mechanic, D. Medical sociology: a selective view. The Free Press, New York, 1968.
- Mechanic, D. (1962) J. chron. Dis. 15, 189-194 .
- Monasso, J. (1972) huisarts en wetenschap 15, 175-181.
- Morbidity Statistics from general practice. Office of population censuses and surveys and the Royal College of General Practitioners, 1973.
- Morbidity statistics (1968) Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 389.
- Moriyama, J. M. (1960) J. chron. Dis. 11, 462-470.
- Morrell, D. C. (1972) J. roy. Coll. gen. Pract. 22, 297-309.
- Morrell, D. C. (1971) Brit. med. J. II, 454-458 .
- Newbrough, J. R. (1971) Amer. J. orthopsychiat. 41, 843-845.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.
- Oliemans, A. P. & F. de Waard (1969) huisarts en wetenschap 12, 309-315; (1970) idem 13, 24-31 en 354-369.
- Praag, B. M. S. van, J. v. d. Gaag & F. E. H. Rutten Vraag - aanbod relaties in de sector gezondheidszorg. Economisch Instituut R.U. Leiden, 1973.
- Philipsen, H. Afwezigheid wegens ziekte. Proefschrift, Leiden, 1968.
- Philips, D. L. & B. E. Segal Sekse en psychiatrische symptomen in: Hulpverlener en Veranderen. Handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.
- Present state and future needs of general practice. Report from general practice J. roy. Coll. gen. Practit., maart 1973.
- Rao, C. R. (1972) Biometrics 28, 3-22.
- Records and statistical unit. Report Research Committee of council (1963) J. roy. Coll. gen. Practit. 6, 195-224.
- Reverda, J. H. en M. J. Danz. Een onderzoek naar neurotische labiliteit bij bewoners van flats en eengezinswoningen. Psychol. Laboratorium Amsterdam, 1971.
- Riphagen, F. E., N. T. Buyten & H. Lamberts (1973) huisarts en wetenschap 16, 60-66.
- Roscam Abbing, F. W. (1973) huisarts en wetenschap 16, 327-331.
- Rümke, C. L. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 761-772.
- Sainsbury, P. & J. Collins (1966) J. Psychosomat. Res. 10, 45-51.
- Spicer, C. C., J. Hywel Jones & J. E. Lennard Jones (1973) Meth. Inform. Med. 12, 118-122.
- Spoelstra, W. & C. W. A. van den Dool (1971) huisarts en wetenschap 14, 92-100.
- Statistisch Zakboek. Centraal Bureau voor de Statistiek, 1972.
- Stille, W. T. (1971) Am. J. Epidemiol 94, 31-36.

- Strauss, J. S., J. J. Bartho & W. T. Carpenter (1973) *Brit. J. Psychiat.* 122, 531-540.
- Struktuurnota Rotterdam. Dienst van stadsontwikkeling Gemeente Rotterdam, 1972.
- Szazs, T. S. (1973) *Nature* 242, 305-307.
- Tan, T. B. Drie wijken in Rotterdam verzekeringsgeneeskundig gezien. *Scriptie cursus sociale geneeskunde*, Utrecht, 1973.
- Taylor, L. & S. Chave. *Mental health and environment*. Longmans, London, 1964.
- Temerlin, M. K. (1970) *Community Mental Health J.* 2, 110-117.
- Tulden, J. J. M. van. *De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919 t/m 1954*. Proefschrift, Leiden, 1962.
- Velden, H. G. M. van der. *Huisvrouw, huisarts, huisgezin*. Proefschrift, Nijmegen, 1971.
- Vries, A. E. M. de. *Gezin en hulpverlening in dorpbijstad*. Proefschrift, Nijmegen, 1973.
- Warner, M. *Family physicians and patients: is the contract changing? Presented at the fifth World Conference on General Practice*. Melbourne, oktober 1972.
- Whinney, J. R. Mc. (1972) *Proc. roy. Soc. Med.* 65, 34-38.
- Wilson, R. M. *Patient - Practitioner relationships in: Handbook of Medical sociology*. Editor H. E. Freeman e.a. Prentice Hall Inc., New York, 1965.

Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis (III)*; welke hulpverlener bij welk probleem kiest de patiënt van het Withuis?

DOOR H. F. J. M. CREBOLDER, HUISARTS TE VENLO

Het is al vaak gezegd en geschreven dat de huisarts zo dikwijls met klachten en problemen wordt geconfronteerd, die — naar zijn mening — niet bij hem thuis horen. Dat zou een van de oorzaken zijn van de onvrede die bij vele huisartsen leeft; het gevoel van: daar ben ik toch niet voor opgeleid en daar kan best — zo niet beter — iemand anders voor zorgen.

Deze gevoelens en gedachten zijn belangrijke prikkels (geweest) om tot samenwerkingsverbanden met onder andere wijkverpleging en maatschappelijk werk te komen en over te gaan tot het oprichten van een gezondheidscentrum.

Ook bij de totstandkoming van het Withuis hebben deze overwegingen gespeeld. Wij hebben ons afgevraagd of het mogelijk zou zijn dat de patiënt na verloop van tijd (jaren!) zelf zou gaan beseffen dat hij voor vele vragen waarvoor hij nu nog al te vaak zijn huisarts raadpleegt, beter bij een van de andere hulpverleners van het multidisciplinaire team zou kunnen aankloppen.

Om een uitgangspunt te hebben, is in de vragenlijst** die aan de

* Voor I en II zie respectievelijk (1974) huisarts en wetenschap 17, 423 en (1975) huisarts en wetenschap 18, 40.

** (1974) huisarts en wetenschap 17, 423.

patiënten werd voorgelegd, voordat het gezondheidscentrum werd geopend, een reeks concrete problemen opgenomen waarbij niet zonder meer duidelijk is wie de meest aangewezen hulpverlener is. De reeks is in die zin nogal willekeurig gekozen, dat de voorgelegde casuïstiek geen volledige lijst is van problemen waarbij je je als huisarts afvraagt: „Waarom bij mij?“. Het is een — grotendeels uit eigen ervaring — geputte lijst van veel voorkomende problemen waarbij een verschuiving van de keuze der hulpverlener, mede door het functioneren van het gezondheidscentrum denkbaar is.

De volgende problemen werden voorgelegd:

Tabel 1. Lijst van onderwerpen, welke in een vragenlijst aan de patiënten werd voorgelegd.

1. Opvoedingsprobleem
2. Huwelijksprobleem
3. Niet-ernstig ziek kind
4. Huisvestingsprobleem
5. Grote eenzaamheid
6. Beroepskeuze
7. Gewetensbezwaren om de „pil“
8. Inlichten van ongeneeslijk zieke
9. Begeleiding van stervende
10. Abortus provocatus of niet?
11. Hulp in de huishouding
12. Gesomatiseerd relatieprobleem in arbeidssituatie
13. Seksuele voorlichting

Samenvatting. In deze derde en laatste bijdrage wordt ingegaan — met behulp van dertien aan de patiënten voorgelegde concrete problemen — op de vraag bij welk probleem welke hulpverlener van het gezondheidscentrum het beste kan helpen. Voorts wordt aan de hand van de gevonden cijfers een hulpverleningsprofiel van huisarts, maatschappelijk werk(st)er, wijkverpleegkundige en pastor samengesteld en besproken.

Het meest opvallende is dat de wijkverpleegkundige over de gehele linie laag scoort, zowel bij psychosociale als bij existentiële en meer somatische problemen.

De patiënten konden uit de volgende hulpverleners een keuze maken: huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige, assistente, priester, iemand anders.

De feitelijke vragen en hun beantwoording zijn weergegeven in *tabel 2*.

Met behulp van deze cijfers kunnen wij nagaan wie van de hulpverleners in elk apart geval de hoogste score behaalt (*tabel 3*).

De wijkverpleegkundige, assistente en „iemand anders“ behalen geen enkele keer de hoogste score.

Als wij *tabel 3* bekijken, valt ons op dat de patiënten alle problemen waaraan een somatisch aspect zit, bij de huisarts onderbrengen. Ook de