

kunnen de volgende gegevens van belang zijn:

a de leeftijd. De positieve gevallen werden uitsluitend gevonden in de leeftijdsklassen van 15-19 jaar en van 20-29 jaar;

b de woonplaats van de patiënt.

Alle positieve bevindingen van *N. gonorrhoea* waren afkomstig uit zes praktijken, die tezamen 32 procent van de inzendingen verzorgden. Deze praktijken verzorgen een over het algemeen zwakker sociaal milieu van de stad.

Ten aanzien van de infecties met *Trichomonas vaginalis* en *Candida*-soorten blijkt dat:

1 de groep met fluor albus ook voor deze micro-organismen een relatief groot aantal positieven oplevert;

2 in dezelfde groep de frequentie van *Candida albicans* hoger ligt dan die van de andere *Candida*-soorten, hetgeen op een lagere virulentie van deze laatste zou kunnen wijzen.

Wij stellen ons voor in de toekomst dit onderzoek te herhalen om een indruk te verkrijgen of er wijzigingen in de gevonden frequenties aantoonbaar zullen zijn om op die wijze het beloop van de gonorrhoe-

endemie in Rotterdam te kunnen vervolgen.

De auteurs danken de 27 Rotterdamse huisartsen die aan het welslagen van dit onderzoek medewerkten en mej. IJ. Hennekan voor haar enthousiaste medewerking bij het uitwerken van de vele gegevens.

Summary. A group of 2000 women, who were gynaecologically examined by their family physician, was screened for N. gonorrhoeae. The number of positive cases in the whole group (8) and in the largest subgroup (3) — i.e. the group using oral contraceptive drugs — does not justify routine screening at this moment for N. gonorrhoea in Rotterdam nor in the rest of the Netherlands. The routine bacteriological examination of patients with fluor albus seems however indicated. Some details are given about the frequency in which in this investigation Trichomonas vaginalis and Candida species were found.

Bijkerk, H. Het vóórkomen van geslachtsziekten in Nederland, 1967. Academisch proefschrift, Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage, 1969.

Diddle, A. W., W. H. Gardner, P. J. Williamson en K. A. O'Connor, (1969) *Obst. Gyn.* 34, 373-377.

Eimer, H., (1973) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 33, 790-792.

Guthe, T., R. R. Willcox en O. Idsoc. Geciteerd in (1969) *Today's V.D. Control Problem*, 37.

King, A. (1970) *Brit. med. J. L.*, 451-457. Meuwissen, J. H. J. M., (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1099.

Oriel, J. D., B. M. Partridge, M. J. Denny en J. C. Coleman, (1972) *Brit. med. J.* 1972-4, 761-764.

Ris, H. W. en R. W. Dodge, (1972) *Amer. J. Dis. Child.* 123, 185-189.

Ris, H. W. en R. W. Dodge, (1973) *Amer. J. Dis. Child.* 125, 206-209.

Schroeter, A. L. en J. B. Lucas (1972) *Obst & Gyn.* 39, 274-284.

Silverstone, P. I., C. A. Snodgrass en A. S. Wigfield, (1974) *Brit. J. vener. Dis.* 50, 53-56.

Stuart, R. D., S. R. Toshach en T. M. Patsula, (1954) *Canada J. Publ. Health* 45, 73-83.

Thayer, J. D. en J. E. Martin Jr. (1966) *Publ. Health Rep.* 81, 559-562.

Vener. Dis. Control Divison, Bureau of State Services, CDC, (1974) *Morbidity and Mortality*, 23, 165-168.

Verschoof, K. J. H., (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 2219-2221.

Wentworth, B. B., P. Bont, M. A. King, K. Holmes, L. Gutman, P. Weisner and E. Russell Alexander, (1973) *Health Lab. Serv.* 10, 75-80.

Yo Bwan Hie, *Vulvovaginitis mycotica in de zwangerschap.* Academisch proefschrift, Utrecht, 1954.

Zackler, J., H. Orbach, O. Brolnitsky en M. C. Brown, (1972) *Am. J. Obst. Gyn.* 112, 772-776.

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

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

DE MORBIDITEITSCLASSIFICATIE

Na de bespreking van de zogenaamde interveniërende variabelen in het eerste artikel is het moment gekomen meer aandacht te schenken aan de morbiditeitsclassificatie, welke in Ommoord is gebruikt om ziekte, ziektegedrag en probleemgedrag te benoemen. Het zou aantrekkelijk zijn

* Deel (I) verscheen in (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 455-473.

** Een volledige literatuurlijst wordt ter afsluiting van het derde en laatste artikel opgenomen.

om hier dan ook nog weer eens breed uit te meten waarom de bekende International Classification of Diseases (I.C.D.) volmaakt ongeschikt is om als basis te dienen bij de analyse van het werk van de huisarts. De zogenaamde E-lijst — welke later door *Oliemans*** een beetje aan de Nederlandse situatie is aangepast — is niet meer dan een schuchtere poging een grote reeks diagnose-nummers uit de I.C.D., die praktisch geen betekenis hebben voor de huisarts, kwijt te raken. Erg veel komt er niet

voor in de plaats. Classificatiemogelijkheden welke typerend zouden kunnen zijn voor de huisartsgeneeskunde zijn slechts sporadisch in de nu gangbare E-lijst ingevoerd.

In de classificatielijst welke voor ons onderzoek is samengesteld vindt men het resultaat van lange discussies binnen de groep, proefonderzoek, eindeloos herschrijven van de lijst, evaluatie van deel-projecten, werken binnen de doelstelling en de sfeer zoals deze in Ommoord bestaat, literatuurgegevens en wat al niet.

Toch is deze lijst geen willekeurig of min of meer toevallig tot stand gekomen momentopname. Drie punten hebben bij de constructie steeds vooropgestaan:

1 Er is uitgegaan van de classificatie volgens de E-lijst zoals deze door *Oliemans* is gebruikt. Diagnosen welke zeer weinig voorkomen of naar onze opvattingen niet relevant zijn voor onze vraagstelling, zijn wegge laten.

2 Classificatie van probleemgedrag moet mogelijk zijn.

3 In beginsel wordt van elk diagnosesnummer verwacht dat daarmee informatie verzameld wordt, welke relevant is voor de bedoelingen van ons onderzoek. Elke diagnose-mogelijkheid houdt op voorhand de hypothese in dat zij bruikbaar is voor het werk van de huisarts.

Het moet aan de lezer worden overgelaten de hier door ons voorgestelde classificatielijst* in detail te beoordelen. Op een aantal karakteristieke verschillen met hetgeen tot nu toe in de E-lijst gangbaar is, wordt hier apart gewezen.

1 Diagnosenummer 000 is van groot belang. Welke mensen doen gedurende een geheel jaar geen beroep op hun huisarts?

2 De groep der infectieziekten is beperkt tot die diagnosen waarvan wordt verwacht, dat zij zó vaak voorkomen dat aannemelijk is dat de huisarts er redelijk „professioneel” mee te maken heeft.

3 De groep tumoren is teruggebracht tot het onderscheid „maligne of niet”, gekoppeld aan de prognose. Dat neemt uiteraard niet weg dat er voor de huisarts een groot verschil kan liggen tussen de begeleiding van een patiënt met een amputatie na een melanosarcoom en de begeleiding van het sterfbed van een vrouw met een mammacarcinoom en levermetastasen. In statistisch opzicht zijn deze verschillen echter niet grijpbaar in het kader van een onderzoek zoals hier aan de orde is. Men introduceert

* De morbiditeitsclassificatie is op pagina 20 tot en met 39 afgedrukt.

Samenvatting. Er bestaan talrijke bezwaren tegen de beschikbare methoden om in de huisartspraktijk ziekte- en probleemgedrag te classificeren. Ook de zogenaamde E-lijst schiet tekort. Een reeks problemen welke zich voordoet bij het stellen van diagnosen en het definiëren van de inhoud van een diagnose komt aan de orde.

Voor de huisartsgeneeskunde moeten specifieke eisen aan een classificatielijst worden gesteld. Dit is vooral van belang waar het gaat om probleemgedrag en om ziektegedrag, dat niet berust op het bestaan van een duidelijk omschreven ziekte. De classificatielijst welke in Ommoord is ontwikkeld wordt gepresenteerd. Daarbij komt tevens aan de orde de relatie welke een twintigtal variabelen onderhoudt met de prevalentie voor elk der classificatiemogelijkheden.

De vergelijking van de uitkomsten in Ommoord met die van *Oliemans*, *Hodgkin* en de recente Engelse „Morbidity Survey” laat vooral grote verschillen zien waar het gaat om probleemgedrag en zogenaamde functionele klachten. Het is in Ommoord mogelijk gebleken een gewijzigde, gedifferentieerde en voor de huisartsgeneeskunde bruikbare classificatie voor ziekte- en probleemgedrag in de praktijk te hanteren.

De betekenis van „interdoctor”-variatie op de prevalentie is duidelijk en omvangrijk. De woonvorm blijkt weinig invloed op de omvang van het ziekte- en probleemgedrag te hebben. Wel duidelijk is de relatie met het bestaan van een belangrijke ziekte in het gezin, het

een groot deel schijn-exactheid wanneer dergelijke ziektebeelden, waarvan de prevalentie meestal slechts decimalen kent als een karakteristieke determinant voor het werk van de huisarts naar voren worden gebracht (*Moriyama*).

4 Bij het hoofdstuk „stofwisselings”ziekten is naast duidelijke ziekten en naast een duidelijke diagnose als manifeste adipositas ook de wens van de patiënt om magerder of dikker te zijn geïntroduceerd. Deze diagnosesnummers benadrukken nog eens dat in het „valuta-wisselverkeer” tussen huisarts en patiënt de gevoelens en de verlangens van de patiënt een rol spelen en ook kunnen worden gehonoreerd.

5 Het voorgaande geldt in veel sterker mate bij het hoofdstuk „psycho-sociale” problematiek. Ten eerste

subjectief ervaren contact zoals de huisarts dit beleeft, de leeftijd en het geslacht, het bestaan van problematiek, het pilgebruik en het aantal verrichtingen en diagnosen.

Ook de overige geïntroduceerde variabelen onderhouden een relatie met inhoud en omvang van het ziekte- en probleemgedrag. Als typerend voor de huisartsgeneeskunde wordt gezien de sterke onderlinge afhankelijkheid van de verschillende variabelen. Steeds weer blijken verscheidene variabelen tegelijkertijd betekenis te hebben voor de prevalentie van bepaalde diagnosesnummers.

De interpretatie van deze samengestelde situaties is meermalen wel mogelijk, maar blijft moeilijk. Om in deze afhankelijkheidsstructuur meer duidelijkheid te krijgen zal een nadere statistische analyse van het beschikbare materiaal nodig zijn. Deze zal in een derde artikel worden beschreven. Maar ook zonder deze nadere analyse is duidelijk gemaakt dat het mogelijk is probleemgedrag te onderscheiden van ziektegedrag.

Bij de classificatie van ziektegedrag zijn onderscheiden diagnosesnummers, die berusten op een omschreven ziekte en de classificatie-mogelijkheden, die als het ware het cement vormen tussen ziektegedrag, voortkomend uit een omschreven ziekte en probleemgedrag, gebaseerd op een expliciet leefprobleem. De gespletenheid in het referentiekader van de huisartsgeneeskunde wordt daarmee benadrukt.

is de „echte” psychiatrie eruit gehaald zoals schizofrenie, paranoïde psychose en oligofrenie (Respectievelijk diagnosesnummer 032 en 033). De rest van het hoofdstuk berust op twee uitgangspunten. Bij de benadering van mensen met problemen en van mensen die verdriet hebben of zich „rot” gevoelen, wordt er door ons vanuit gegaan dat onderscheid kan worden gemaakt tussen de wijze waarop iemand zijn problemen beleeft en de inhoud van de problematiek waarmee hij kampt. Daarom wordt er in dit onderzoek naar gestreefd steeds én de reactievorm of het toestandsbeeld én de probleeminhoud met een diagnosesnummer te karakteriseren.

Daarbij zijn naar onze mening de depressieve, de angstige geagiteerde, de neurotische en de neurasthene reactievorm voor de huisartspraktijk

relevante beschrijvingscategorieën. Benamingen als hysteric, asthene persoonlijkheid, psychopathie en dergelijke hebben voor onze groepspraktijk in elk geval geen inhoud welke in operationele zin de hulpverlening ten goede komen (*Szasz*). Anders gezegd, zulke termen betekenen voor onze huisartsgeneeskunde niets en kunnen in een classificatielijst achterwege blijven.

Sterk afwijkend van de E-lijst is onze classificatie van probleemsoorten. Dit is uiteraard een strijdpunt. Lang niet iedereen is ervan overtuigd dat de huisarts een omschreven taak heeft waar het gaat om problemen, zoals een verstoorde relatie tussen man en vrouw of emancipatiemoeilijkheden. Het behoort in Ommoord nu juist wel tot de taakopvatting van de huisarts om expliciet in te gaan op leefproblematiek. Daarom is het ook nodig de belangrijkste probleemsoorten waarmee de huisarts wordt of kan worden geconfronteerd, te kunnen classificeren.

6 Het hoofdstuk zenuwstelsel en zintuigen vormt de bekende verzameling groep afwijkingen, die door de geheiligde opvatting dat het centrale zenuwstelsel en de zintuigen meer bij elkaar behoren dan bijvoorbeeld het centrale zenuwstelsel en het bewegingsapparaat, vaak in combinatie worden gepresenteerd. Alleen om vergelijking van onze gegevens met die van anderen te vereenvoudigen volgen wij deze indeling.

Evenals bij de E-lijst, hebben wij op voorhand de mogelijkheid gecreëerd om de onduidelijke, niet-duidelijk wordende, niet omschreven klachten en beelden te classificeren. Het gaat hier om de etiketten met een „laag diagnostisch” niveau (*Brouwer; Oliemans*). Enerzijds heeft dit het voordeel dat de resterende classificatie-mogelijkheden op een relatief duidelijke diagnose berusten en niet al te zeer worden gecontamineerd met alles wat vaag en onduidelijk blijft, anderzijds is het reëel te accepteren dat in het verkeer tussen patiënt en huisarts nogal eens het een en ander vaag en onduidelijk blijft, niet in de laatste plaats omdat soms

de motivatie om meer duidelijkheid te krijgen ontbreekt of gewoon omdat het er weinig toe doet.

7 De indeling in het hoofdstuk tractus circulatorius spreekt voor zich. Afwijkend is dat een onderscheid wordt gemaakt tussen de coronairafwijkingen welke reeds vóór 1 januari 1972 bekend waren en die welke zich in 1972 openbaarden (incidentie). Het onderscheid tussen de duidelijk omschreven en de niet omschreven afwijkingen is ook hier weer aanwezig.

8 De indeling van de afwijkingen der tractus respiratorius is voor de huisarts een steeds terugkerende „crime”. Enerzijds drukt op hem het schuldgevoel dat er toch sprake zou moeten zijn van het stellen van mooie, duidelijke diagnoses, gekarakteriseerd door verwekker en lokalisatie, anderzijds wordt hij geconfronteerd met vele hoestende en snotterende mensen, die al dan niet koorts, keelpijn, spierpijn en wat al niet toevoegen aan het geïndividualiseerde beeld van een luchtweginfectie. In onze indeling is geprobeerd het aantal diagnose-mogelijkheden in elk geval te beperken in aantal en zo te kiezen dat weinig onduidelijkheid ontstaat over de inhoud daarvan.

9 De tractus digestivus is lang en dat blijkt ook uit de heterogeniteit van afwijkingen welke in dit hoofdstuk staan gegroepeerd. Het is bekend dat met buikklasten meermalen „iets anders” wordt aangeboden. Het is in dit hoofdstuk goed te zien dat naar onze mening veel buikklasten en afwijkingen van de tractus digestivus een „aanbod”-functie kunnen hebben. Bedoelt iemand die een afte of een herpes labialis op het spreekuur komt laten zien, eigenlijk niet wat anders?

10 Ook de diagnosenummers van de tractus urogenitalis zijn aangepast. Vrouwen die bang zijn om borst- of baarmoederkanker te hebben verliezen hun rechten op een plaats in een classificatie voor de huisartsgeneeskunde niet wanneer nader onderzoek aantoonde dat er „niets” aan de hand

is en er „dus” ook niets valt te classificeren.

Datzelfde geldt voor de vrouw, die de huisarts vraagt of ze zwanger is. Op het eerste oog lijkt hier dan toch geen aanleiding te bestaan om van de E-lijst af te wijken. Het gaat hier toch om een heldere „ja of nee” - diagnose waarover weinig discussie kan ontstaan. In onze opvattingen is dat echter allerminst het geval. De bevestiging van een gewenste of van een ongewenste graviditeit verschillen voor de vrouw — en dus voor de huisarts — hemelsbreed. Maar ook het niet-bevestigen van een gewenste of van een ongewenste graviditeit verschillen van elkaar. Dat betekent dat er bij de simpele klinisch-medische vraag naar het bestaan van een graviditeit voor de huisarts in beginsel sprake is van een voor hem professioneel relevante differentiatie tussen vier verschillende classificatie-mogelijkheden en die mogelijkheden behoren dan ook in een classificatielijst te zijn opgenomen.

De intensieve bemoeiing welke de huisarts met de geboortenregeling heeft, maakt het nodig ook daarmee bij een classificatielijst duidelijk rekening te houden: het bespreken van de anticonceptie, het regelen van een sterilisatie en de bemoeiingen met pil, prik-pil en eventueel condoom, spiraaltje of pessarium behoren daartoe.

11 Huidafwijkingen worden nogal eens „gelegaliseerd” door er een mooie descriptie of diagnose op te plakken. De ene huisarts zal daar meer bedreven in zijn dan de andere. Wij hebben in onze indeling geprobeerd vooral huidafwijkingen van elkaar te onderscheiden die relatief vaak voorkomen. De indeling spreekt voor zich. Wij zijn benieuwd wat straks de mogelijke verschillen zullen blijken te zijn tussen de groep huidafwijkingen met (182) en zonder naam (183).

12 Bij de indeling van klachten en afwijkingen van het bewegingsapparaat is duidelijk afgeweken van de E-lijst. Wat de nek- en de lage rugklachten betreft wordt een onderscheid gemaakt tussen het al dan niet

bestaan van röntgenologische afwijkingen. Daarmee wordt een zeer arbitrair criterium ingevoerd. Ten eerste is het zeer de vraag of het röntgenologisch bestaan van osteochondrosis cervicalis of van spondylosis lumbalis wezenlijk veel met de ernst en de duur der klachten te maken heeft. In het algemeen zal men juist bij lang aanhoudende klachten een röntgenologisch onderzoek overwegen. Daarnaast spelen bij de verzekeringsaspecten van de verwijzing naar de fysiotherapeut — dat geldt zowel voor ziekenfonds- als voor particulier verzekerden — het bestaan van röntgenologische afwijkingen een rol. Daarom zal straks bekeken moeten worden of de samenstelling van de groepen met de diagnosenummers 188 en 189 en voorts de groepen met 190 en 191 duidelijk van elkaar verschillen.

13 Het hoofdstuk traumata is ook aangepast. Met name is een onderscheid gemaakt tussen „belangrijke” en „onbelangrijke” wonden, waarbij de laatste groep ons nieuwsgierig maakt naar de reden van het aanbod van een wondje, dat in onze ogen met gewone huishoudelijke verzorging adequaat zou zijn behandeld.

14 In de „rest”-groep is een aantal casenummers samengebracht, dat moeilijk bij de voorgaande hoofdstukken kan worden ondergebracht. De lijst spreekt goeddeels voor zich. De voorlichting door de huisarts wordt onderscheiden in seksuele en overige voorlichting. Afwijkend van de E-lijst is de opvoedingsproblematiek bij jonge kinderen, zoals deze vooral op de consultatiebureaus naar voren komt.

15 Een heel belangrijk verschil ten opzichte van de E-lijst is tenslotte de lengte van de lijst. Naar onze mening is een lijst met bijna 250 classificatiemogelijkheden voor de huisartsgeneeskunde in het huidige ontwikkelingsstadium al rijkelijk groot. Uit de verdergaande analyse zal trouwens ook blijken dat gemakkelijk een aantal diagnosenummers kan vervallen of kan worden gecombineerd.

Er is veel te zeggen voor de opvatting van *James*, die zich afvraagt of het zin heeft in de huisartsgeneeskunde voorlopig meer dan 130 diagnoses te hanteren. Overigens is het aantal van 130 arbitrair gekozen en is zijn argumentatie weliswaar zeer oorspronkelijk doch niet voldoende hecht.

DE GANG VAN ZAKEN BIJ DE MORBIDITEITSREGISTRATIE

Voordat wij in 1972 met de definitieve registratie begonnen, heeft een aantal proefregistraties plaatsgevonden. De resultaten daarvan en de moeilijkheden welke zich voordeden zijn uitvoerig in de groepspraktijk besproken opdat de classificatie — na aanpassing — zo uniform mogelijk zou worden gehanteerd. Een aantal afspraken werd gemaakt:

a Alleen hetgene dat de huisarts werkelijk zelf ziet wordt gescoord. Telefonische consulten, recepten voor een kind aan de moeder meegegeven, de „morning after-pill” buiten het spreekuur, verwijskaarten voor de oogarts, aan de balie afgegeven, komen in onze registratie niet aan de orde.

b In beginsel is gestreefd naar zoveel mogelijk enkelvoudige diagnoses, met uitzondering van de codering bij leefproblemen waar reactievorm en probleem-inhoud zoveel mogelijk beide worden genoteerd. Er is echter niet gearzeld om verschillende diagnosenummers te geven, bijvoorbeeld bij een vrouw die voor de pil komt en tevens platvoeten en acne als klachten presenteert.

c In beginsel gaat een diagnose vóór een symptoom of klacht en wanneer het tot een diagnose komt dan wordt het symptoom of de klacht niet apart gescoord. Iemand die zich moe voelt, slecht slaapt en huilbuien heeft wordt bijvoorbeeld als neurasthene reactie genoteerd en de diagnosenummers voor vermoeidheid en slaapprobleem blijven dan buiten beschouwing. Zo krijgt iemand met galstenen daarvoor een diagnosenummer en niet voor buikpijn. Wanneer bij een patiënt buikpijn als klacht is gescoord en later blijkt

dat er toch een galsteen of een ulcus duodeni als oorzaak kan worden aangegeven, dan wordt op de registratiekaart een correctie aangebracht en vervalt de classificatie „buikpijn”.

d Bij het geven van een diagnose-nummer moet er weinig of geen twijfel bestaan over de juistheid van de diagnose. Bij twijfel wordt de voorkeur gegeven aan een symptoom-classificatie of een diagnose-nummer met de inhoud „overige onduidelijke en niet nader omschreven afwijkingen”.

Dit laatste punt voert ons tot een beschouwing over de inhoud van het begrip diagnose, het diagnostisch niveau, de interdoctor-variatie en het diagnostisch denkproces. *Brouwer* heeft gewezen op de spreiding in diagnostisch niveau, welke door velen als een handicap voor de huisartsgeneeskunde wordt ervaren. Hij vond dat van 110 diagnoses (op 385 verichtingen!) er 47 op zogenaamd nosologisch niveau lagen en dus „zeker” waren, maar dat er aan 63 slechts een zekere mate van waarschijnlijkheid kon worden toegekend, waarbij differentieel diagnostische overwegingen werden onderscheiden van zogenaamde symptoomdiagnosen.

Naar mijn mening is het typerend voor de huisartsgeneeskunde „oude stijl” om aan deze verschillen in diagnostisch niveau een waarde-oordeel te verbinden, waarmee de huisarts tegelijkertijd wordt gedeclasseerd ten opzichte van de clinicus, die eigenlijk altijd wel tot een nosologische „diagnose” komt (Wanneer dat niet gelukt dan is de patiënt gewoon naar de verkeerde specialist verwezen). De laatste jaren echter komt een stroom artikelen ter beschikking waaruit blijkt dat het met de duidelijkheid en standvastigheid van tal van diagnoses op zogenaamd nosologisch niveau maar droevig gesteld staat. (*Crombie; De Dombal en anderen; Dudley; Fleiss en anderen, Greenwood; Horvath; Howie; Hull; Jesdinsky; Morrell; Napier en anderen; Strauss en anderen; Mc Whinney*).

Daarbij blijkt evenzeer hoe ingewikkeld en ook hoe subjectief vaak de diagnostische gedachtengang is. De huidige discussie over de toepasbaarheid van de discriminantanalyse, het theorema van Bayes en van „multiple tree”-besluitvorming bij het stellen van een diagnose benadrukt slechts de onbruikbaarheid van een differentiatie in diagnostische niveaus in de huisartspraktijk.

Wanneer een term bruikbaar en relevant is voor de huisartsgeneeskunde en wanneer de inhoud ervan tot reproduceerbare conclusies leidt en tevens overdraagbaar is aan anderen, dan is deze term een „diagnose” welke recht heeft op een plaats in een nosologie voor de huisarts.

Symptoom-diagnosen en differentieële- of uitsluitende diagnosen kunnen een harde en nauw omschreven functie vervullen in de huisartsgeneeskunde. Iemand die bang is voor mammacarcinoom, behoeft niet de „diagnose” fibroadenosis mammae opgeplakt te krijgen wanneer nader onderzoek duidelijk heeft gemaakt dat er geen carcinoom is, maar dat de borsten wat klonterig aanvoelen. Een en ander heeft te maken met de weerstanden van *Bain en anderen* tegen „classifying the unclassifiable or defining the vague”.

Extra sterk klemmt het probleem van de diagnose bij psychosociale problematiek. *Szasz* en ook *Begelman* hebben de diagnose als metafoor al ongenadig aan de kaak gesteld. Niet iedereen met verdriet om een moeilijk te verteren situatie in zijn leven is neurotisch, een asthene persoonlijkheid (wat dat dan ook maar mag zijn) of zelfs een „psychopaath”. Dat neemt echter niet weg dat er wel een sterke behoefte bestaat aan een classificatie van probleemgedrag (*Bahn; Bain en anderen*).

Deze classificatie dient er echter eerder toe voor de hulpverlener om inzicht in de problematiek van de hulpvrager, dan voor de hulpvrager — en diens omgeving in de wijdeste betekenis — om inzicht te krijgen in de overwegingen van de hulpgever.

Newbrough benadrukt drie C's

wanneer het gaat om een psychosociale classificatie:

a Communicatie op basis van de classificatie, zodat iedereen het over hetzelfde fenomeen heeft;

b „Comprehension” zodat de classificatie een beter begrip en onderzoeksmogelijkheden biedt;

c Controle in de zin van de behoefte om aan de hand van de classificatie tot een strategie voor gedragsverandering te komen.

Temerlin illustreert een en ander door de enorme „bias” welke hij tot stand brengt bij het stellen van „psychiatrische” diagnosen, door een groep „professionals” die door een autoriteit een etiket opgedrongen krijgen en dat dan ook vlot aan patiënten uitdelen. Maar ook zonder dat er expliciet iemand een diagnose opdringt, verschillen artsen sterk van elkaar wanneer zij voor hetzelfde probleem geplaatst worden (*Gill en anderen*). Daarbij komt dan nog dat de verschillen in opvatting tussen patiënt en arts, waar het de ernst en de aard van de afwijking betreft, groot zijn (*Beaumont en anderen; Napier en anderen*). Om al deze redenen is het goed in dit onderzoek diagnosesnummers te zien als voorlopige formuleringen waaraan voorlopig door de huisartsen uit onze groepspraktijk waarde is toegekend.

In welke mate stemmen de vier huisartsen A, B, C en D in hun notatie overeen? Er is een lijst met 50 spreekuur-situaties samengesteld, waarbij geprobeerd is zoveel mogelijk valkuilen en mogelijkheden tot vergissingen in te bouwen. Uiteindelijk zijn de huisartsen, nadat zij allen de lijst hebben ingevuld, 84 diagnosesnummers voor deze 50 situaties overeengekomen. Vervolgens is berekend hoeveel diagnosesnummers iedere arts teveel en hoeveel hij te weinig noteerde.

Arts	Te veel	Te weinig
A	17	17
B	15	19
C	23	17
D	8	10
Gemiddeld	15,8	15,8

De verschillen zijn dus niet onaanzienlijk en voor A, B en C ongeveer even groot. D blijkt het dichtst bij de opinio communis te staan.

Na alle voorafgaande waarschuwingen, beperkingen en preciseringen komt de grote *tabel met de morbiditeitsclassificatie en de interveniërende variabelen** aan de orde. Bij de presentatie van zo'n omvangrijke tabel doen zich problemen voor. In welke vorm is de tabel nog wel leesbaar maar net niet te veel uitgekleeft? Welke informatie moet de lezer zelfstandig kunnen nazoeken, welke informatie kan worden geselecteerd?

De volgende oplossing is gekozen. Voor elk diagnosesnummer is de prevalentie in 1972 berekend. Dit betekent het aantal keren dat per 1000 mensen een bepaalde diagnose is gesteld, los van de vraag of het een reeds bestaand geval was of een nieuw optreden van een ziekte of klacht (incidentie).

Daarnaast is de invloed van het merendeel der interveniërende variabelen eveneens als een prevalentie weergegeven per 1000 mensen die tot een bepaalde klasse van een variabele behoren. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat voor alle mensen die behoren tot de groep met het beroepsprestige I de prevalentie in 1972 is berekend en dat geldt eveneens voor de mensen in de beroepsgroepen II, III, IV en V. Er is voor elke klasse berekend welke als het ware de kans is om in 1972 een bepaald diagnose-nummer te krijgen. Deze rekenwijze maakt het de lezer gemakkelijk de betekenis van elke variabele te bezien tegen de achtergrond van de „over-all” prevalentie per duizend mensen in 1972. Ook wordt de mate van variantie binnen een variabele op deze manier een duidelijk reliëf gegeven.

In beginsel levert deze gang van zaken dus voor elk diagnosesnummer een lange rij getallen op die alle gereleerd zijn aan de prevalentie voor de gehele populatie. Het spreekt voor zich dat lang niet alle getalletjes interessant zijn, omdat vele ervan niet

* Zie pagina 20 tot en met 39.

duidelijk afwijken van de verdeling voor de gehele onderzoekpopulatie. Daarom zijn in de grote tabel *alleen* die prevalenties per duizend mensen opgenomen welke een duidelijk afwijkende relatie met een bepaalde diagnose-mogelijkheid (diagnosenummer) onderhouden. Alle andere getallen zijn weggelaten.

Als criterium voor belangrijk of onbelangrijk is gekozen de χ^2 -waarde. Wanneer de χ^2 -toets aangeeft dat de kans dat de verschillen in de verdeling op toeval berusten kleiner is dan 1 op 100 (1% significantieniveau), zijn de prevalenties voor de klassen der variabelen in de tabel opgenomen. Dit is uiteraard een arbitraire grens en wanneer een getal nu in de tabel verschijnt betekent dat allerminst dat de lezer er alleen vanwege de „significantie” aandacht aan zou moeten schenken. Het gaat er steeds weer om te bezien welke en hoe grote betekenis een bepaalde variabele voor een bepaald diagnose-nummer heeft.

Om de toegankelijkheid van de tabel te vergroten volgt hieronder per interveniërende variabele een bespreking van de globale betekenis ervan voor de gehele verzameling diagnose-nummers. Tevens zal er — indien nodig — per variabele worden uiteengezet op welke wijze de presentatie afwijkt van de eerder beschreven gang van zaken.

VARIABELE I - VERGELIJKING MET NEDERLANDSE EN ENGELSE GEGEVENS KOLOM 1, 2 EN 3*

Er is getracht (*tabel 1*) twee referentie-punten in te voeren om de beoordeling van de prevalenties in Ommoord enig reliëf te geven. Daartoe dienen de door *Oliemans* verzamelde gegevens uit de C.M.R. (Continue Morbiditeits Registratie) (kolom 2) en de frequenties welke *Hodgkin* geeft in zijn boek „Towards

* Bij de correctie van het artikel zijn de zeer recente cijfers Engeland 1970-1971 onder 3b toegevoegd in de grote classificatielijst. Interpretatie hiervan blijft daarom achterwege. De cijfers van Hodgkin vindt men onder 3a.

Tabel 1. Referentie-punten om de beoordeling van de prevalenties in Ommoord enig reliëf te geven.

	Prevalentie per 1000 mensen per jaar			
	Ommoord 1	Oliemans 2	Hodgkin 3a	Engeland 1970-1971 3b
Reactievormen (depressief, angstig-geagiteerd, neurotisch, neurastheen)	173	72	99	83
Probleemsoorten (enuresis, seksuele problemen relatieproblemen, werkproblemen, ontplooiingsproblemen, crisis-situaties, levensfase-problemen, overige problemen)	183	5	30 (inclusief „maternal anxiety”)	± 8
Opvoedingsproblemen kleine kinderen (slaap-, eet- en zindelijkheidsproblemen en overige)	33	—	7 (exclusief „maternal anxiety”)	
„Psychosomatisch” (adipositas, migraine, hypertensie, coronairischemie, astma, ulcus pepticum, urticaria, eczeem)	144	101	117	133
„Functionele klachten” (cardiofobie, hartkloppingen, spastisch colon, carcinofobie, dysmenorroe + premenstruele klachten, alle nek- + rugklachten, alle myalgien, slaapstoornis, moe, malaise, hyperventilatie, hoofdpijn)	305	188	— moeilijk vergelijk- baar	152

earlier diagnosis” (kolom 3a). De cijfers uit het boek van *Oliemans* zijn zoveel mogelijk naast onze classificatie gezet. Soms is daarbij door ons een keuze gedaan waarover discussie mogelijk is (Er wordt dan meestal in kolom 2 verwezen naar het nummer van het betrokken ziektebeeld in de E-lijst). Waar het de gegevens van *Hodgkin* betreft wordt uitgegaan van de duidelijke („confirmed”) diagnoses per diagnosenummer en worden de „suspected cases” weggelaten. In de 1e kolom worden de frequenties weergegeven zoals deze in 1972 in Ommoord zijn vastgesteld.

Wanneer men de drie eerste kolommen bekijkt valt een aantal punten op:

a Er is vaak een duidelijke overeenkomst tussen de drie prevalenties waar het gaat om duidelijke, vooral somatische diagnoses zoals diabetes, maligniteit, „echte” psychiatrie, epilepsie, cerumen, omschreven hartafwijkingen, impetigo, wratten, acne en distorsies. Dit benadrukt tevens het feit dat het relatief geringe aantal

verrichtingen in Ommoord niet heeft geleid tot een „underreporting” van harde, somatische diagnoses.

b De verschillen tussen Nederland (Ommoord en *Oliemans*) en Engeland (*Hodgkin*) treden vooral op bij de kinderziekten, scabies, conjunctivitis, otitis media, hypertensie, rhinitis, tonsillitis, astmatische bronchitis, hoesten, herpes labialis, gastroënteritis, afwijkingen tractus uropoeticus en pilcontrole.

Bij *Hodgkin* en trouwens ook in de Engelse literatuur spelen de luchtweginfecties en de infectieziekten in het algemeen een grotere rol dan in Nederland. Deze verschillen zijn slechts zeer ten dele eventueel te verklaren door het feit dat de afgelopen jaren de gevolgen van vaccinaties (mazelen!) en antimicrobiële therapie de nogal recente Nederlandse gegevens flatteren ten opzichte van de Engelse gegevens die over een langere periode zijn verzameld.

c Zeer opvallend is dat in Ommoord de groep diagnosenummers welke te maken heeft met probleem-

gedrag, nerveuze of functionele beelden en psychosomatische afwijkingen hoge frequenties laat zien.

Geconcludeerd kan worden dat er in Ommoord duidelijk tastbaar gestalte is gegeven aan de behoefte om expliciet in te gaan op psychosociale problematiek en probleemgedrag. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat onze bijzondere belangstelling daarvoor niet ten koste is gegaan van het diagnostiseren binnen het deel van de cirkel van het ziektegedrag dat duidelijk op het bestaan van een ziekte berust. Wanneer men de tekening in het eerste artikel* bekijkt (figuur III) dan blijkt dat er in de huisartsgeneeskunde duidelijk van elkaar te onderscheiden en op omvangrijke schaal sprake kan zijn van:

- probleemgedrag
- ziektegedrag + omschreven ziekte
- ziektegedrag zonder omschreven ziekte
- combinatie van ziektegedrag en probleemgedrag, al dan niet met ziekte.

Er is in Ommoord, vergeleken met de gegevens van *Oliemans* en *Hodgkin* zeer actief en gedifferentieerd te werk gegaan. Dit oordeel betekent daarom nog niet dat het zonder meer op voorhand als wenselijk moet worden beschouwd op alle fronten tot een zo hoog en gedifferentieerd mogelijk classificatieniveau te komen. Het is sterk afhankelijk van de opvattingen over hulpverlening en over de inhoud van de huisartsgeneeskunde welke waarde men aan de tot nu toe gepresenteerde gegevens over ziekte- en probleemgedrag in Ommoord wil toekennen. Om aan de discussie hierover meer inhoud te geven is een nadere analyse van het beschikbare materiaal nodig.

VARIABELE II - VERSCHIL TUSSEN DE HUISARTSEN: KOLOM 4, 5, 6 EN 7

In kolom 4, 5, 6 en 7 staan per huisarts de prevalenties in die gevallen dat de verdeling ervan bij de

* (1974) huisarts en wetenschap 17, 461.

χ^2 -toets significant (10%) afwijkt van de verwachte verdeling. Het is al gebleken dat er belangrijke verschillen tussen de huisartsen bestaan waar het gaat om het aantal diagnoses en verrichtingen, het signaleren van probleemgedrag, pilgebruik en contact. Daarnaast is gebleken dat de samenstelling van de vier praktijken niet zulke grote verschillen te zien geeft, dat daardoor grote verschillen in „diagnose-gedrag” kunnen worden verklaard. De persoon van de huisarts is een belangrijke determinant van ziekte- en probleemgedrag. De grote tabel laat zien bij welke diagnosesnummers nu vooral de grote verschillen tussen de huisartsen optreden.

a Een aantal verschillen tussen de huisartsen wordt door de afspraken over de registratie beïnvloed. Het is bijvoorbeeld onwaarschijnlijk dat er in de praktijk van A vier keer zoveel mensen met oxyuren zijn dan bij B. Er is echter afgesproken dat slechts dan een diagnosesnummer wordt genoteerd wanneer er ook een consult plaatsvindt. A geeft consequent geen recepten voor anthelmintica af zonder het kind te hebben gezien. B doet dat wel (Iets soortgelijks geldt voor mensen met refractie-afwijkingen, voor wie vaak alleen een verwijskaart wordt gevraagd).

b A is duidelijk degene die de meeste diagnoses vastlegt. Daarbij valt de nadruk op probleemgedrag en op een aantal diagnosesnummers waarbij de persoon van de huisarts een grote rol zou kunnen spelen (bijvoorbeeld adipositas en wens tot afvallen, cardiofobie, bespreking anticonceptie en griepvaccinatie). Bij de psychische reactievormen is het niet A maar veeleer B die er — naar beneden toe — uitspringt. Wel hebben A, C en D duidelijk hun voorkeurclassificaties bij psychische reacties.

c De overeenkomsten tussen de vier huisartsen zijn vooral te vinden waar het gaat om betrekkelijk harde, somatische diagnoses (niersteen, cystitis, epilepsie, reumatoïde artritis, ulcus duodeni, graviditeit, fracturen, conjunctivitis en peri-arthritis humeroscapularis).

De tabel overziend kan het diagnose-gedrag van de vier huisartsen op dit moment als volgt worden gekarakteriseerd.

A is een (over)ijverige en psychasthene huisarts die weliswaar veel differentieert, maar waarschijnlijk ook veel „trekt” aan de mensen om tot een duidelijke classificatie en mogelijk ook tot een in zijn ogen gewenst ziekte- en probleemgedrag te komen (bijvoorbeeld explicitering leefproblemen, anticonceptie, seksuele problematiek, griepvaccinatie en voorlichting). A lijkt ook voor weinig indrukwekkende beelden als de hoge luchtweginfecties en tal van vage beelden en klachten nogal toegankelijk te zijn.

B is bijna tegenovergesteld aan A. Hij heeft relatief weinig verrichtingen en stelt relatief weinig diagnoses, vooral waar het gaat om probleemgedrag. Het lijkt of hij met name relationele en seksuele problematiek met moeite aan de orde brengt. Ook waar het om de anticonceptie gaat is er een zeker, „laissez faire” te zien. Tijdens het zuigelingen- en kleuterbureau is hij minder probleemgericht dan de anderen. Wederom moet worden benadrukt dat het onjuist is aan het verschil tussen A en B zonder meer een waarde-oordeel te verbinden. Dit geldt temeer omdat B waar het om dat deel van het ziektegedrag gaat dat op het bestaan van een ziekte berust zeker niet achterblijft.

C heeft een meer wispelturig diagnose-gedrag. Hij heeft relatief weinig verrichtingen en stelt relatief weinig diagnoses maar daarbij heeft hij bepaalde diagnosesnummers, die hij opvallend vaak (neurose, eczemen) en opvallend weinig gebruikt (anemie, antistollingstherapie, griepvaccinatie, portio-erosie, bijwerkingen geneesmiddelen, bespreking anticonceptie en klachten over de pil).

D komt in zijn diagnosegedrag het meest overeen met A maar dan op een niveau dat minder wordt ge-

kleurd door de grote „illness-diversity” bij A. D is duidelijk ook nogal psychastheen en doet zijn best om niet teveel „te laten lopen” (oxyuren, bespreking anticonceptie, cervixcytologie, probleemgedrag, sinusitis en influenza).

Het is de bedoeling om bij de verdergaande analyse meer inzicht in de „inter-doctor-variation” te krijgen.

VARIABELE III - BEROEPSPRESTIGE: KOLOM 8, 9, 10, 11 EN 12

De relatie tussen diagnosenummer en de klassen van het beroepsprestige is eveneens gegoten in de vorm van de prevalentie per duizend mensen die tot een bepaalde klasse van de beroepsprestige-schaal behoren. Het valt op hoe weinig relatie er bestaat tussen de verdeling der diagnosenummers en verschillen in beroepsprestige. De hogere groepen doen over de gehele linie iets minder vaak een beroep op de huisarts.

Een aantal relaties met de lagere beroepsgroepen (bijvoorbeeld bij maligne aandoeningen, diabetes en gewrichtsafwijkingen) gaat samen met een relatief hoge leeftijd (in Ommoord veel bejaarden uit lagere beroepsgroepen in bejaardenflats).

Beroepsprestige heeft bij het scoren van probleemgedrag nauwelijks invloed. Wanneer men het idee zou accepteren dat bij mensen met een hoger niveau de kans om problemen te verwoorden en aan de huisarts te verduidelijken groter zou zijn, dan levert dit onderzoek geen enkele steun aan dat idee. Wel dient men zich te realiseren dat de vulling van groep I wel erg klein is, omdat de werkgroep in Ommoord praktisch niet is vertegenwoordigd.

De vraag waarom de groep met academisch niveau zoveel otitis media en adenoïditis in zijn ziektegedrag heeft is moeilijk te beantwoorden. Waarschijnlijk berust het vooral op het relatief grote aantal kleine kinderen in de jonge gezinnen, waarvoor ook pleit het vrijwel ontbreken van hypertensie en dysbasia in deze groep en de grote aandacht welke de anticonceptie krijgt.

Het is in elk geval duidelijk dat het beroepsprestige weinig voor ons onderzoek relevante informatie inhoudt en het is de vraag of — na de beoordeling van de betekenis van de verzekeringsvorm — deze variabele in Ommoord bij nieuw onderzoek behoeft te worden gehanteerd.

VARIABELE IV EN V - KINDERTAL EN GEZINSSTRUCTUUR: KOLOM 13, 14 EN 15

Voor elk diagnosenummer is het gemiddelde kindertal in het gezin en de standaarddeviatie berekend. Met de T-toets is uitgezocht in welke gevallen het gemiddelde kindertal duidelijk van dat voor de gehele populatie afwijkt. Alleen in de gevallen waar het verschil significant is op 1%-niveau, is deze variabele opgenomen in de tabel. Het valt op hoe snel iets „significant” is en hoe weinig praktische betekenis aan deze verschillen vaak kan worden toegeschreven.

De gezinsstructuur is in de tabel beperkt tot het onderscheid tussen gezinnen met jonge en gezinnen met oudere kinderen. De prevalenties zijn op de bekende manier per klasse per diagnosenummer berekend en alleen genoteerd als het verschil met de verdeling der gehele populatie duidelijk is. Men dient zich te realiseren dat de som van de leden van jonge en oude gezinnen ongelijk is aan de gehele populatie ($n=10794$) doch dat deze som $n=8224$ bedraagt (op deze basis is de X^2 -toets toegepast).

De beoordeling van kindertal en gezinssamenstelling benadrukt het feit dat de leeftijd met beide variabelen een duidelijke relatie onderhoudt. De cijfers in kolom 13, 14 en 15 spreken goeddeels voor zich. De gezinnen met oudere kinderen tellen de meeste mensen die in 1972 geen contact met de huisarts hebben gehad.

Manifeste adipositas komt vooral bij het oudere gezin voor; de wens af te vallen juist bij het jongere gezin. De depressieve, de angstige geagiteerde en de neurasthene reactie komen in het jongere gezin relatief weinig voor

evenals relationele problematiek in het gezin, werkproblemen, crisis-situaties en levensfase-problematiek. Verwonderlijk is dit niet.

VARIABELE VI - WOONVORM: KOLOM 16, 17 EN 18

De woonvorm is in drie klassen onderscheiden: eengezinswoning, de flats tot en met de zevende woonlaag en de flats boven de zevende woonlaag (8e tot en met 20e). De bejaardenwoningen zijn toegevoegd aan de groep flats tot de achtste verdieping.

De verdeling is weer in de verworpen vorm gegoten. In het eerste artikel is duidelijk geworden dat er een tastbare correlatie bestaat tussen de woonvorm en het kindertal, de verzekeringsvorm, de leeftijd en het al dan niet werken. Desondanks valt het op hoe weinig variantie in ziektegedrag in de tabel met de woonvorm blijkt samen te hangen.

De flatbewoners behoren relatief weinig tot de groep die in 1972 geen contact met de huisarts had. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de kleinere gezinsomvang en de hogere leeftijd in de flats. Op deze wijze zal waarschijnlijk ook de samenhang met bijvoorbeeld adipositas, neurasthene reactie, seksuele problematiek enzovoort kunnen worden verklaard. Later zal daarop meer in detail worden teruggekomen.

Met een zekere spanning zagen wij natuurlijk uit naar de verschillen tussen de „lage” en de „hoge” flats. In geen enkel geval kon ten aanzien van de woonhoogte een significant verband worden aangetoond bij de prevalentie van één der classificatiemogelijkheden. Wij hebben evenmin enige aanwijzing kunnen vinden dat het ziekte- en probleemgedrag, zoals wij dat in 1972 hebben geregistreerd, direct wordt beïnvloed door de woonhoogte. De vraag, of het al dan niet in een flat wonen in tegenstelling tot het wonen in een huisje met een tuintje voor en achter op het ziektegedrag invloed heeft, is hier niet te beantwoorden.

VARIABELE VII EN VIII:
PROBLEMATIEK EN ZIEKTE IN
HET GEZIN: KOLOM 19 TOT EN
MET 22

Voor alle gezinnen is beoordeeld of een lid ervan in 1972 manifest probleemgedrag vertoonde of een belangrijke ziekte had, zoals in het eerste artikel is beschreven. Voor die gezinnen waar dit het geval is — exclusief de mensen met het probleem of de ziekte — de prevalentie berekend voor de diagnosenummers. Dit betekent dat er twee subpopulaties zijn: de groep exclusief de mensen met probleemgedrag (n=8884) en de groep exclusief de mensen met een belangrijke ziekte (n=9990). Uitgaande van deze populaties is de bekende procedure gevolgd en de prevalentie berekend voor de gezinsleden die wel en die niet in contact kwamen met probleemgedrag en ziekte.

De tabel laat zien dat de twee variabelen in een aantal gevallen een relatie onderhouden met de prevalenties de diagnosenummers, maar dat deze relatie vaak niet direct is te verklaren, doch ook berusten kan op bijvoorbeeld de leeftijdsinvloed.

Nu behoeft men ook weer niet al te dramatisch over deze interpretatiemoeilijkheden te doen. In de eerste plaats komt deze moeilijkheid bij bijna elk onderzoek naar ziektegedrag naar voren, echter wordt de lezer er meestal niet zo bij voortdrijving met de neus opgedrukt. Daarnaast biedt de reeks prevalenties per diagnosenummer de lezer de mogelijkheid om zelf steeds weer uit te maken welke factoren al dan niet van invloed zouden kunnen zijn bij het optreden van belangrijke associaties tussen een interveniërende variabele en de prevalentie van een classificatie-mogelijkheid. Het is alleen niet doenlijk in een beschrijvende tekst op al deze punten te wijzen.

Een aantal casenummers, waarbij het al dan niet voorkomen van psychosociale problematiek in het gezin een reële invloed lijkt te

hebben, is aan te wijzen. In een gezin met problemen zijn meer:

- oxyuren (aanbodfunctie?)
- adenoiditis-klachten
- wratten
- acne
- distorsies
- traumata
- „overige” opvoedingsproblemen

In een gezin met probleemgedrag zijn minder:

- diabetici (leeftijdsinvloed?)
- coronairafwijkingen en hypertensie-patiënten (leeftijdsinvloed?)
- pilgebruik
- gewenste zwangerschappen
- gewrichtsafwijkingen (leeftijdsinvloed?)

Tenslotte is opvallend dat het aantal niet-komers in 1972 niet door beide variabelen wordt beïnvloed. Alles bij elkaar lijkt het erop dat de invloed van het vóórkomen van probleemgedrag vooral is gekoppeld aan de gezinsfase met kinderen in huis (jong en oud). Het eventueel in „clusters” optreden van probleemgedrag bij verscheidene gezinsleden is hier uiteraard niet aan de orde omdat in dat geval deze gezinsleden worden uitgesloten voor de variabele zoals deze hier wordt gehanteerd.

Wanneer men de verwachting zou hebben dat het bestaan van probleemgedrag bij een gezinslid invloed heeft op het ziektegedrag van de andere gezinsleden, dan wordt deze verwachting praktisch de grond ingeboord door de uitkomsten van ons onderzoek. Wel is er de mogelijkheid dat er sprake is van een zekere onderschatting van deze invloed gezien de betrekkelijk korte registratieperiode (1 jaar) en gezien het feit dat het gehele jaar probleemgedrag tot stand kwam waardoor de tijd dat daarvan invloed kan uitgaan beperkt is.

Het vóórkomen van een belangrijke ziekte in het gezin heeft wel degelijk betekenis voor in het bijzonder het probleemgedrag van de gezinsleden. Er is duidelijk sprake van een toename van het aantal neurasthene reacties, relationele proble-

men, crisissituaties (onder andere ook dóór de ziekte) en overige problemen terwijl griep-pharyngitis, overige kneuzingen en griep-vaccinaties een grotere prevalentie laten zien. De relatieve onderrepresentatie van otitis media, adenoïditis en consultatiebureaubezoek hangen duidelijk samen met de gezinsfase met jonge kinderen waarin zich nu eenmaal weinig belangrijke ziekten voordoen. Het is duidelijk dat ziekte in het gezin invloed heeft in de psychosociale sfeer, de invloed op het ziektegedrag is praktisch te verwaarlozen en daarnaast ook nog slecht te interpreteren.

VARIABELE IX - CONTACT:
KOLOM 23 TOT EN MET 26

Ook de klassen van het subjectief ervaren contact met het gezin zijn gegoten in de vorm van prevalenties voor alle diagnosenummers. Lang hebben wij erover getwijfeld of het niet beter zou zijn de groep „indifferent of onbekend” weg te laten, omdat juist in die groep het aantal diagnoses laag ligt, wat direct gevolgen heeft voor de prevalentie. Nadere beschouwing van de tabel laat echter zien dat voor het merendeel der classificatie-mogelijkheden de verdeling van het contact in de oorspronkelijke vorm (inclusief indifferent - onbekend) geen duidelijke (significante) verschillen te zien geeft. Tevens maakt de verdeling over de gehele populatie — met een zwaartepunt bij het positieve oordeel — het onaan-trekkelijk iets wat niet expliciet positief is weg te laten. Wel is naast de bekende procedure met de χ^2 — toets voor vier klassen, ook nog bekeken in welke gevallen met weglating van de groep indifferent — onbekend, er een duidelijke invloed (significant op 1%-niveau) op de prevalentie der casenummers optreedt.

Deze laatste toetsing (exclusief de indifferente groep) laat verschillen zien voor:

- geen contact in 1972 (uit het oog, uit het hart)
- „grande of echte” psychiatrie
- neurose

- relatieproblematiek man-vrouw
- relatieproblematiek gezin

In al deze gevallen zijn de prevalenties voor de „slechte contact”-groep het hoogst.

Duidelijk het omgekeerde is te zien bij:

- tubaircatarrhe
- cerumen
- hypertensie
- pilcontrole
- griepvaccinatie
- consultatiebureau-bezoek
- cervixcytologie

Hier is een heel interessant verschijnsel zichtbaar geworden. Probleemgedrag beperkt zich duidelijk niet tot conflicten in de gezinssfeer maar ook de huisarts betreft zichzelf of wordt betrokken in een gepolariseerde gevoelston en doet kennelijk mee aan het conflict. Opvallend positieve gevoelens worden aangetroffen bij een aantal diagnosenummers dat een zeker service-element in zich draagt of het karakter heeft van hulp zonder ziektegedrag (pil, consultatiebureau-bezoek).

Wanneer nu de verschillen worden bekeken voor de diagnosenummers van de gehele verdeling van het contact, dan komen globaal de reeds gesignaleerde invloeden naar voren. Wel valt op dat de indifferente groep vrijwel over de gehele linie lage prevalenties laat zien. Dat is het meest opvallend waar het gaat om psychosociale problematiek. Als een probleem wordt aangeboden, ontstaat er kennelijk een duidelijke positieve of negatieve toon in het gevoel van de arts, maar evenzeer is het mogelijk dat problematiek pas aan de orde komt wanneer er een bepaalde gevoelston is. Tegen dit laatste pleit het opmerkelijke feit dat de groep waarmee een slechte relatie bestaat allerminst minder aan zijn trekken komt voorzover dat uit de prevalenties kan blijken. Het bestaan van belangrijke ziekten met veel verrichtingen gaat vaak samen met een positief gevoel bij de huisarts.

De hoge luchtweginfecties vormen een hoofdstuk apart. Via snotterig-

heid, hoesten en keelpijn wordt er op het eerste oog nogal ondoorzichtig gecommuniceerd tussen gezin en huisarts. Indifferent is het oordeel van de huisarts relatief weinig. Datzelfde geldt voor de verschillende vormen van buikpijn (spastisch colon, gastroënteritis, gastritis en overige buikpijn).

Bij de anticonceptie valt op dat de huisarts een relatief sterke positieve gevoelston ten aanzien van het gezin heeft.

Opmerkelijk is dat afwijkingen van de huid praktisch geen duidelijke verschillen in het contact te zien geven. Dit wordt bij het bewegingsapparaat weer ingehaald bij pijn in de nek en in de rug. Ook hier weer het beeld, dat de negatieve relatie de prevalentie allerminst drukt, maar dat de indifferente groep een uitgesproken lage prevalentie te zien geeft, hetgeen vooral bij deze afwijkingen wel kan samenhangen met een kleiner verrichtingengetal.

Samenvattend is het belangrijkste, dat er duidelijk een groep gezinnen is met wie de huisarts een negatief getinte relatie meent te hebben, waarbij de gezinsleden er wat de prevalenties betreft voor verscheidene diagnosenummers — met name waar het probleemgedrag geldt — allerminst bekaaid afkomen.

VARIABELE X - LEEFTIJD: KOLOM 27

Na de gezinsvariabelen komen de individuele gegevens aan de beurt. De leeftijd is een van de belangrijkste daarvan. Voor elk diagnosenummer is de gemiddelde leeftijd en de standaarddeviatie uitgerekend en weergegeven. De verschillen spreken meestal voor zich (voor de gehele populatie was de gemiddelde leeftijd 30,6 jaar (SD 20,8 jaar).

Alvorens in te gaan op de betekenis van de leeftijd voor ziekte- en probleemgedrag moet iets gezegd worden over de verdeling van deze variabele. Voor alle diagnosenummers is apart een verdeling van de leeftijd in twintig 5-jaars klassen ge-

maakt en is er gezocht naar die gevallen dat de leeftjidsverdeling duidelijk meertoppig is. Dit komt slechts enkele malen voor, namelijk bij:

- relatieproblematiek gezin (logisch: de ouders én hun kinderen);
- cerumen (top 21-25 jaar en een top rond 50 jaar);
- acute bronchitis (jonge kinderen en bejaarden);
- epistaxis (tieners en bejaarden);
- overige eczemen (jonge kinderen, 31-35 jaar, en ouder dan 60 jaar);
- fracturen (6-20 jaar en ouderen);
- febris e causa ignota (jonge kinderen en bejaarden).

Dit wetend is het mijns inziens volkomen verantwoord in deze tabel de gemiddelde leeftijd te hanteren.

Veel verrassende leeftjidsinvloeden doen zich niet voor. De groep met een depressieve reactie is duidelijk ouder dan de groepen met andere reactievormen. De meeste probleemsoorten laten met uitzondering van de seksuele problematiek (exclusief impotentie) een hogere gemiddelde leeftijd zien, vergeleken met de gemiddelde leeftijd van de gehele populatie. Dit kan worden verklaard door het feit dat kinderen nu eenmaal betrekkelijk zelden tot een expliciet probleemgedrag komen, dat in deze classificatienummers aan de orde komt (Dit geldt uiteraard niet voor de opvoedingsproblematiek bij diagnosenummers 245 tot en met 248).

De leeftjiden bij de pil-groep en de groep met klachten over de pil lopen nauwelijks uiteen. De betrekkelijk hoge leeftijd bij mensen die gesteriliseerd worden, valt wel op. Hetzelfde geldt voor de bevestigde graviditeiten (De groep met een ongewenste graviditeit is duidelijk iets ouder dan de groep met een gewenste graviditeit).

Omvangrijk is het leeftjidsverschil bij de groepen die nek- en rugklachten hebben met of zonder röntgenologische afwijkingen.

Knie- en enkeldistorsies zijn kennelijk aan een veel jongere groep voorbehouden dan de hand- en polscontusies.

VARIABELE XI - GESLACHT:
KOLOM 28 EN 29

Ook het geslachtsverschil is een belangrijke determinant van ziektegedrag. Voor deze variabele is weer de bekende gang van zaken gevolgd: voor mannen en voor vrouwen is de prevalentie voor elk diagnosenummer berekend. Daar waar de χ^2 -toets significant uitpakt zijn de prevalenties in de tabel weergegeven. De meerderheid der verschillen is vanzelfsprekend.

Het valt op dat de man veel vaker tot de niet-komers-groep behoort dan de vrouw (pilgebruik!). De neurasthenie is — zoals *Kuypers* en *Van der Velden* al vaststelden — een vooral bij vrouwen voorkomend reactietype. Tevens bieden vooral de vrouwen de relationele problematiek en de crisissituaties aan; de mannen de werkproblematiek (*Kuypers*).

Moeilijker te begrijpen is het geslachtsverschil (meer vrouwen) bij duizeligheid, decompensatio cordis en hypertensie. De hogere consumptie door vrouwen baant zich duidelijk een weg via het griepje, het spastisch colon, buikpijn, spanningshoofdpijn, malaise en de hele reeks vormen van ziektegedrag die geheel — of gedeels — aan vrouwen zijn voorbehouden.

VARIABELE XII - WERKEN:
KOLOM 30 TOT EN MET 34

De variabele „werken” is ingewikkeld samengesteld omdat het geslacht, het al dan niet werken en iets van de gezinssituatie (werkende kinderen) erin aan de orde komen. Het gaat hier om de groep mensen van 16 tot en met 65 jaar ($n=6713$). De vertrouwde vorm is weer gehanteerd waarbij per diagnosenummer de prevalenties voor alle klassen zijn berekend. Bij de beoordeling kan men dus interpretatiemoeilijkheden verwachten. Er moet rekening met de leeftijds- en geslachtsverdeling worden gehouden.

Het valt op dat van de groep niet-werkende mannen (studerenden maar ook invaliden en werklozen) niet minder dan 44 procent in 1972 geen

contact met de huisarts had. Bij de vrouwen is dit slechts 16.5 procent, maar bij hen moet rekening worden gehouden met pilgebruik bij 34 procent van de groep. Bij de werkende mannen en bij de werkende vrouwen liggen over de hele linie de prevalenties wat hoger dan bij de niet-werkenden. Hier wreekt zich mede wellicht het feit dat de groep werkende kinderen niet onderverdeeld is in mannen en vrouwen. Opvallend is tevens het hoge aantal neurasthene reacties bij werkende mannen en vrouwen en het feit dat bijna 10 procent van de werkende mannen (exclusief werkende kinderen) in 1972 werkproblemen met de huisarts besprak.

Griep-pharyngitis wordt duidelijk wat vaker door werkende volwassenen naar voren gebracht. Voor het grote aantal neusbloedingen en hooikoorts bij de niet werkende mannen dient zich niet direct een verklaring aan. De leeftijd verklaart waarschijnlijk de overmaat aan wratten, acne en „overige traumata” in deze groep.

De spanningshoofdpijn heeft een waarschijnlijk niet door leeftijdsverschillen veroorzaakte associatie met werken.

De vraag in hoeverre er sprake is van ziektegedrag, dat eigenlijk ziektegedrag is en dat te maken heeft met wat wel „grijs-verzuim” of „maatschappelijk verzuim” is genoemd, is hier niet te beantwoorden. Wel is bekend dat het „ziektewetgedrag” in Ommoord sterk afwijkt van dat elders in Rotterdam en dat de duur der ziekteperioden korter is — bijna een derde deel — dan in een met Ommoord goed te vergelijken nieuwbouwwijk (*Tan*).

VARIABELE XIII - DE PIL EN DE PRIK:
KOLOM 35 EN 36

De prevalentie van alle diagnose-nummers is berekend voor de groep vrouwen van 14 tot en met 50 jaar ($n=3054$) die wel en die niet de pil of de prik gebruiken. Het gaat hier om de vraag of er sprake is van kansconcurrentie (zie het eerste artikel). Hiervan lijkt vooral sprake te

zijn bij het uiten van de wens om af te vallen (niet minder dan 11 procent van de pilgebruiksters), bij de neurasthene reacties, seksuele problematiek, relationele problematiek man-vrouw, cystitis, fibroadenosis mammae, erosie van de portio en fluor vaginalis, overige eczemen, jeuk, spanningshoofdpijn en malaise klachten. Het gaat hier stuk voor stuk om diagnoses waarvan men zich een koppeling aan het cultuurpatroon van de pilcontrole goed kan voorstellen. Als er niet wordt gevraagd of gekeken, wordt er ook veel minder gevonden. Wanneer iemand niet voor een pilcontrole moet gaan, is de drempel naar de huisarts hoger.

VARIABELE XIV - INDIVIDUELE
ACTUELE LEEFPROBLEMATIEK:
KOLOM 37 EN 38

Bij deze variabele is geen leeftijdsbeperking ingevoerd, wat de beoordeling der uitkomsten bemoeilijkt. In de eerste plaats is het belangrijk te zien welke reactievormen en probleemsoorten aan de orde komen bij de mensen met problematiek en probleemgedrag:

— depressieve reactie	10%
— angstig geagiteerde reactie	4%
— „neurotisch”	11%
— neurasthene reactie	58%
— „echte” psychiatrie + oligofrenie	3%

De grote meerderheid heeft dus in elk geval een psychische reactievorm aangeboden.

De probleemsoorten zijn voor de probleemgroep:

— seksuele problematiek	10%
— relationele problematiek man-vrouw	18%
— relationele problematiek gezin	12%
— relationele problematiek familie	4%
— werkproblemen	17%
— ontplooiing, school, emancipatie	4%
— crisissituatie	9%
— levensfase-problematiek	4%
— overige omschreven problematiek	15%

Het blijkt dat — geen rekening houdend met dubbelstellingen — een grote meerderheid van de mensen in deze groep tot expliciet probleemgedrag komt. Dit is van wezenlijk belang voor de opvattingen over de inhoud van de huisartsgeneeskunde. Wanneer men meent dat de huisarts professioneel een bijdrage kan leveren aan de hulpverlening bij bovengenoemde probleemsoorten dan zullen daaruit voor de opleiding van de huisarts en voor zijn werkomsstandigheden nogal wat gevolgen voortkomen.

De grote reeks — vooral functioneel gekleurde — diagnose-mogelijkheden welke een relatie met het bestaan van probleemgedrag onderhouden, is op dit moment slecht te interpreteren. Overduidelijk is echter de aanbodfunctie van

- te dik en wens tot afvallen
- migraine
- cardiofobie
- hartkloppingen
- hypertensie
- spastisch colon
- nek- en rugklachten
- alle vormen van spierpijn
- malaise, moeheid

Over de betekenis van de overige diagnosenummers kan pas later worden geoordeeld wanneer aan de veelvormige onderlinge afhankelijkheid der variabelen adequaat tegemoet wordt gekomen.

VARIABELE XV - BELANGRIJKE ZIEKTE IN 1972: KOLOM 39 TOT EN MET 41

De groep met een ziektegedrag in 1972 dat beruiste op het bestaan van een „belangrijke” ziekte, welke al dan niet het dagelijks leven beïnvloedt (geen invloed = 1, wel invloed = 2) is klein. De tabel laat vooral de ziekten zien welke voor deze groep van belang zijn: Tuberculose, maligne tumoren, diabetes, hyperthyreoïdie, overige goed omschreven stofwisselingsstoornissen, „echte” psychiatrie en oligofrenie, epilepsie, cerebrovasculair accident,

overige omschreven afwijkingen centraal zenuwstelsel, overige omschreven oogafwijkingen, doofheid, coronairafwijkingen, decompensatio cordis, overige omschreven hartafwijkingen, hypertensie, dysbasia, overige omschreven afwijkingen tractus circulatorius, astmatische bronchitis, chronische bronchitis + emfyseem, overige omschreven afwijkingen tractus uropoëticus, arthrose perifere gewrichten, reumatoïde arthritis, omschreven afwijkingen bewegingsapparaat en fractuur.

Deze lijst spreekt voor zich - het gaat om duidelijke somatische diagnoses waarvan de betekenis voor de patiënt meestal duidelijk in het oog springt.

Deze vorm van ziektegedrag wordt begeleid door een reeks diagnosenummers welke er logisch mee samenhangt: antistollingstherapie, depressieve reactie (in mindere mate de neurasthene reactie), crisissituatie, overige omschreven problematiek en griepvaccinatie.

Tenslotte is er een associatie met een aantal diagnosenummers dat niet voldoende duidelijk is (bijvoorbeeld duizeligheid, spastisch colon, buikpijn, cystitis, nek- en rugklachten, moe, febris e causa ignota).

Wanneer men ziet welke diagnosenummers het probleemgedrag en welke het „belangrijke” ziektegedrag karakteriseren dan ziet men de gespletenheid in de huisartsgeneeskunde geïllustreerd. Een duidelijk onderscheid tussen beide gedragsvormen is gemaakt. De professionele inbreng van de huisarts behoort van oudsher in elk geval op het ziektegedrag te zijn afgestemd. Naar onze mening geldt dat evenzeer voor probleemgedrag. Om alles nog ingewikkelder te maken bevindt zich tussen de bouwstenen van beide gedragsvormen een soort cement van classificatie-mogelijkheden van ziekte/probleemgedrag dat naar beide kanten betekenis blijkt te hebben en dat in wisselende mate samenhangt met een hele reeks achtergrondvariabelen. Belangrijk daarbij is het aantal verrichtingen en diagnoses welke in 1972 is geteld.

VARIABELEN XVI EN XVII - AANTAL DIAGNOSEN EN VERRICHTINGEN: KOLOM 42 EN 43

Bij deze variabelen doet zich een probleem voor wanneer men wil beoordelen in welke mate er een relatie bestaat tussen de prevalentie van een diagnosenummer en het aantal verrichtingen of diagnoses in 1972. Het is duidelijk dat het gemiddeld aantal diagnoses en verrichtingen voor elk der diagnosenummers hoger ligt dan voor de totale onderzoekpopulatie. Immers, de mensen met een groot aantal diagnoses hebben ook als er geen relatie zou bestaan met bepaalde diagnosenummers, in beginsel alle diagnosenummers vaker op hun registratiekaart staan.

Er is sprake van in totaal 27683 diagnoses (en 29813 verrichtingen) maar deze zijn vooral te vinden op de kaarten van mensen met een hoge consumptie, terwijl de groep mensen die in 1972 geen contact met de huisarts had daarbij buiten beschouwing blijft. Van de diagnoses komt 40 procent voor bij mensen met vijf of meer diagnoses in 1972. Daarom is per diagnosenummer het gemiddeld aantal diagnoses — en verrichtingen — berekend zoals dat in de kop van de registratiekaart staat. Tevens is de correlatie berekend tussen de prevalentie en het aantal diagnoses respectievelijk het aantal verrichtingen. In die gevallen dat de correlatie-coëfficiënt $r \geq |0,10|$, is in kolom 41 en 42 het gemiddeld aantal diagnoses of verrichtingen (afgerond op gehele getallen) weergegeven (De standaarddeviatie is weggelaten). Wanneer er dus in kolom 41 of 42 een getal staat dan betekent dat in elk geval dat er een correlatie bestaat die minstens 1 procent van de variantie voor dat bepaalde diagnosenummer voor zijn rekening neemt en tevens wordt aangegeven met gemiddeld hoeveel diagnoses of verrichtingen dat bepaalde diagnosenummer samengaat.

De psychische reactievormen en de probleemcategorieën zijn duidelijk gekoppeld aan een hoog verrichtingengetal en een grote „illness-diversity”.

De arbeidsintensieve benadering van probleemgedrag — gekarakteriseerd door het gemiddeld aantal verrichtingen — treedt daarbij niet in het bijzonder op de voorgrond. Er is ook wel degelijk sprake van een groot aantal diagnosesnummers.

Het valt trouwens op dat er slechts zelden — en dan nog in geringe mate — een discrepantie tussen het gemiddeld aantal diagnoses en het gemiddeld aantal verrichtingen bestaat. Tal van diagnoses — zoals de wens tot afvallen en adipositas, migraine hypertensie, rhinitis, cystitis, climacteriële klachten, nek- en rugklachten en bijwerkingen van geneesmiddelen zijn gekoppeld én aan een groot aantal verrichtingen én aan een grote diversiteit in het ziekte- en probleemgedrag.

Het is te verwachten dat bij een nadere analyse eerst de invloed van deze variabelen op het ziektegedrag als het ware moet worden verwijderd, alvorens de betekenis van de overige variabelen verduidelijkt kan worden.

VARIABELE XVIII - VERZEKERINGSVORM: KOLOM 44 EN 45

De verzekeringsvorm — ziekenfonds of particulier — is op de vertrouwde manier in de tabel ingevoerd. Meermalen is er ook een duidelijk verschil in het beroepsprestige wanneer de verzekeringsvorm een duidelijk verschil in prevalentie voor een diagnosesnummer te zien geeft.

Bij de particulier verzekerden is het aantal mensen dat in 1972 geen contact met de huisarts had, relatief groot (31%). In de sfeer van het probleemgedrag speelt de verzekeringsvorm praktisch geen rol. Alleen de ziekenfondsverzekerde laat vaker een neurasthene reactie zien en biedt vaker „overige omschreven” problematiek aan.

Wanneer er zich verschillen voordoen en dat is slechts zelden het geval, dan blijft de particulier verzekerde meestal achter bij de ziekenfondsverzekerde. Een aantal van de verschillen is te verklaren door de

koppeling met de leeftijd en de verzekeringsvorm (bejaarden in ziekenfonds): diabetes, doofheid, nabehandeling coronairischemie en decompensatio cordis, hypertensie, dysbasia, chronische bronchitis, perifere arthrose, reumatoïde artritis en griepvaccinatie.

Daarnaast is er een groep classificatie-mogelijkheden, die vager en „functioneler” van aard is, die verschillen toont. Bijna steeds heeft de ziekenfondsverzekerde daarbij de hoogste prevalentie. De verschillen zijn klein en gering in aantal. De vraag of er sprake is van een zekere drempelvrees voor de particulier verzekerde („eigen risico”) is hier niet goed te beantwoorden. Het grote aantal niet-komers wijst wel in die richting evenzeer als het kleinere aantal mensen met griep, hoesten, spastisch colon en buikpijn, nek- en

Summary. The 1972 morbidity analysis in the Ommoord group practice: a new classification of illness and problem behaviour in general practice (II). There are numerous objections to the available methods of classifying illness and problem behaviour in general practice. The so-called E-list is inadequate. A series of problems encountered in establishing diagnoses and defining the import of a diagnosis, are discussed.

For general practice purposes a classification list must meet specific requirements. This is of importance in particular in cases involving problem behaviour and illness behaviour not based on the existence of a clearly defined disease. The classification list evolved in Ommoord is presented. The relation between some twenty variables and the prevalence of each of the possibilities of classification is also discussed.

Comparison of the Ommoord results with those reported by Oliemans, Hodgkin and the recent „Morbidity Survey 1970-1971” reveals marked differences chiefly in terms of problem behaviour and so-called functional symptoms. In Ommoord it proved feasible to use in practice a modified, differentiated classification of illness and problem behaviour, valid for general practice medicine.

The significance of the „inter-doctor” variation in prevalence is unmistakable and extensive. Home accommodation proves to exert little effect on the extent of illness and problem behaviour. There

is a distinct relation, however, with the presence of an important disease in the family, the contact as subjectively experienced by the family doctor, age and sex, the existence of problems, use of oral contraceptives, and the number of consultations and diagnoses.

Wanneer wij de tabel in haar geheel overzien is duidelijk, dat de verzamelde informatie omvangrijk, maar onderling vaak niet onafhankelijk is. Dat is volkomen in overeenstemming met de dagelijkse praktijk van de huisartsgeneeskunde. Toch bestaan er mogelijkheden om met moderne statistische technieken de structuur welke in de tabel naar voren is gekomen verder te ontwikkelen en te verduidelijken. In een derde artikel zullen de resultaten daarvan worden gepresenteerd.

The other variables introduced are likewise related to the import and extent of illness and problem behaviour. The marked interdependence of the various variables is regarded as characteristic of general practice medicine. Again and again, several variables simultaneously prove to be of significance for the prevalence of certain diagnosis numbers. Interpretation of this complex situation is often possible but always difficult. For clarification of this dependency structure, further statistical analysis of the available material will be necessary. This will be described in a third publication. Even without further analysis, however, it has been demonstrated that problem behaviour can be differentiated from illness behaviour.

In the classification of illness behaviour, diagnosis numbers based on a defined disease are distinguished from classification possibilities which may be described as the cement between illness behaviour resulting from a defined disease, and problem behaviour based on an explicit problem of life. The dichotomy in the frame of reference of general practice medicine is thus emphasized.

In the classification of illness behaviour, diagnosis numbers based on a defined disease are distinguished from classification possibilities which may be described as the cement between illness behaviour resulting from a defined disease, and problem behaviour based on an explicit problem of life. The dichotomy in the frame of reference of general practice medicine is thus emphasized.

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins- struc- tuur		Woonvorm			Problemen in gezin		
	I		II		III				IV	V		VI			VII						
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel
000 geen contact in 1972	269	—	—	328	—	—	—	—	202	241	293	309	275	2(2)	251	342	333	248	243	—	—
I INFECTIEZIEKTEN																					
002 mazelen	4	7	40	5	3	1	2	8	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	—
			max.																		
003 scarlatina	1	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
004 rubeola	5	1	60	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—	—	—
			max.																		
005 varicella	4	8	33	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3	—	—	—	—	—
			max.																		
006 parotitis	9	7	50	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	3	—	—	—	—	—
			max.																		
007 exanthema infectiosum et subitum	4	4	—	—	7	5	1	3	—	—	—	—	—	—	8	1	—	—	—	—	—
008 mononucleosis infectiosa	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
009 salmonellosis	1	<1	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
010 tuberculose (regelmatige controle bijvoorbeeld PAS en INH)	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
011 oxyuriasis	12	3	3	1	20	5	6	14	—	—	—	—	—	2(1)	20	6	—	—	—	—	8 17
012 overige wormen	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
013 scabies, pediculosis pubis	1	<1	19	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
014 gonorrhoe	1	1	<1	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
015 herpes zoster	1	3	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
016 overige specifieke infectieziekten zoals lues, toxoplasmose ..	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II TUMOREN																					
018 maligniteit met slechte prognose	3	—	—	—	—	—	—	—	8	4	<1	4	3	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
019 maligniteit welke redelijkerwijze 5 jaren overleven doet verwachten	3	6	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
020 fibroom, lipoom	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
III STOFWISSELINGSZIEKTEN																					
021 diabetes	9	8	5	6	—	—	—	—	20	13	5	8	0	1(1)	—	—	—	—	—	—	10 3
022 andere glucosurie	<1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
023 hypercholesterolemie hyperlipemie	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
024 manifeste adipositas	20	14	20	17	42	14	17	8	—	—	—	—	—	—	16	25	15	22	29	—	—
025 wens tot afvallen exclusief 024	20	—	—	—	22	17	12	27	—	—	—	—	—	—	24	17	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek			Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen-getal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII		
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2					
—	—	292	271	447	207	28(18)	350	190	440	165	389	119	352	257	0	327	0	291	0	0	0	0	222	314	
—	—	—	—	—	—	4(2)	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	6(2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	7(7)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	9(11)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	10(12)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	3(3)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	18(10)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	7(10)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	46(20)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	7	4	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	16(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	14	
—	—	—	—	—	—	28(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	26(13)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	32(5)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	38(24)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	32(25)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	61(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	7	0	22	75	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	58(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	24	23	—	—	4	1	
—	—	—	—	—	—	39(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	13	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	64(17)	—	—	—	—	—	—	—	5	0	—	—	2	112	75	—	—	13	5	
—	—	—	—	—	—	51(11)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	45(14)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	9	8	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	41(16)	12	29	12	39	19	48	13	31	50	15	45	19	50	15	6	6	—	—	
—	—	—	—	—	—	33(10)	4	36	0	55	7	61	30	31	113	15	42	—	—	—	6	6	—	—	

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur		Woonvorm			Problemen in gezin		
	I		II		III		IV	V		VI		VII									
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	gemiddeld voor-gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel
026 wens dikker te worden	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
027 hyperthyreoidie	2	1	<1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
028 overige goed omschreven afwijkingen stofwisseling	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV BLOED																					
029 anemie (hypochroom)	13	23	11	9	14	16	2	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
030 antistollings-therapie	5	—	—	—	7	6	<1	7	—	—	—	—	—	1(1)	1	5	—	—	—	—	—
031 overige goed omschreven afwijkingen bloed ..	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK																					
032 „grande of echte” psychiatrie	5	4	5	8	3	9	5	3	—	—	—	—	—	1(1)	<1	5	—	—	—	—	—
033 oligofrenie (alle vormen inclusief mongolisme, debilitas enzovoort)	2	<1	2	<1	1	4	0	3	—	—	—	—	—	1(2)	—	—	—	—	—	—	—
034 depressieve reactie (alle vormen)	18	11	39	36	22	12	12	27	—	—	—	—	—	1(2)	7	21	—	—	—	—	—
035 angstig geagiteerde reactie	8	3	—	—	19	2	1	8	—	—	—	—	—	—	5	10	—	—	—	—	—
036 „neurose” (duidelijke intrapsychische problematiek)	20	58	4	45	15	3	52	16	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	13	23	31	—	—
037 neurasthene reactie, surménage	127	—	56	—	140	96	155	123	—	—	—	—	—	2(1)	95	142	105	136	149	—	—
038 enuresis	4	2	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3(1)	—	—	—	—	—	—	—
039 impotentie	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
040 anorgasmie	2	<1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
041 libidoverlies	6	—	—	—	13	4	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
042 homoseksualiteit	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
043 overige seksuele problemen	10	<1	—	—	26	5	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	7	12	17	—	—
044 relationele problemen man - vrouw	33	—	9	—	54	16	33	29	—	—	—	—	—	2(1)	—	—	—	—	—	0	7
045 relationele problemen gezin	24	—	13	—	45	9	14	26	—	—	—	—	—	3(1)	17	47	—	—	—	1	7
			„maternal anxiety”																		
046 relationele problemen familie	7	—	—	—	15	3	8	24	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
047 werkproblemen	31	—	—	—	49	20	28	27	—	—	—	—	—	2(2)	21	40	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen-geraal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	32(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	46(20)	1	3	—	—	—	—	—	—	—	1	6	1	19	0	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	41(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	32	15	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	39(22)	3	22	3	30	2	16	10	—	—	10	26	11	28	49	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	63(12)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	10	1	41	83	6	6	—	—
—	—	—	—	—	—	45(24)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	11	11	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	51(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	23	2	39	23	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	59(33)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	9	1	9	45	—	—	—	—
—	—	16	17	4	24	53(16)	10	26	12	36	14	27	4	—	—	2	99	12	84	109	7	8	—	—
—	—	—	—	—	—	40(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	40	7	20	8	7	8	—	—
—	—	54	29	4	20	37(14)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	105	19	37	23	6	8	—	—
119	166	135	141	48	148	40(16)	87	165	55	221	142	284	108	200	258	29	580	123	190	139	6	6	143	111
—	—	—	—	—	—	9(6)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	16	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	49(10)	5	0	6	0	8	0	—	—	—	<1	12	2	4	11	—	—	—	—
—	—	9	2	1	3	30(11)	0	5	0	8	0	8	4	4	17	<1	12	—	—	—	9	—	—	—
—	—	—	—	—	—	34(9)	1	11	0	17	2	19	2	8	37	2	21	—	—	—	7	—	—	—
—	—	—	—	—	—	34(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	6	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	35(13)	6	14	3	17	11	27	17	15	30	2	49	—	—	—	7	7	—	—
30	51	52	51	6	36	39(13)	23	43	9	64	40	76	25	46	94	2	176	—	—	—	6	6	—	—
21	48	52	29	4	27	34(17)	15	32	20	49	15	31	44	—	—	3	119	23	41	11	7	6	—	—
—	—	—	—	—	—	42(15)	2	13	0	22	3	14	0	—	—	<1	39	6	19	15	8	8	—	—
—	—	34	37	9	37	41(12)	50	13	18	4	94	57	32	—	—	2	168	30	54	30	6	6	—	—

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur			Woonvorm			Problemen in gezin		
	I		II		III		IV	V		VI		VII										
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	gemiddeld voor-gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel	
048	ontplooiing, emancipatie, school, cursus	8	—	—	—	16	3	7	6	4	5	10	15	13	—	—	—	—	—	—	—	—
049	crisisituatie (tenzij elders, zoals angst voor graviditeit etc.)	17	—	—	—	32	7	12	18	—	—	—	—	—	1(1)	10	22	—	—	—	—	—
050	levensfaseproblemen adolescentie, climacterium, senium	8	—	—	—	19	5	3	5	—	—	—	—	—	—	1	19	—	—	—	—	—
051	overige omschreven problemen	30	—	—	—	70	13	14	20	42	36	25	23	34	2(2)	—	—	—	—	—	—	—
052	„in de knijp” voor rijexamen, schoolexamen etc. ..	3	—	—	—	7	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI ZENUWSTELSEL EN ZINTUIGEN																						
053	epilepsie	4	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	7
054	cerebrovasculair accident exclusief de passagère cerebrale ischemie	2	4	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0(0)	—	—	—	—	—	—	—
			alle cerebrovasculaire stoornissen																			
055	koortsstuipen	1	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
056	commotio	3	9	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	1	—	—	
			schedelletsels																			
057	migraine	13	3	5	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
058	overige omschreven afwijkingen centrale zenuwstelsel	7	3	—	—	—	—	—	—	26	9	3	3	0	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
059	overige omschreven afwijkingen perifere zenuwstelsel	4	4	—	—	7	3	4	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
060	conjunctivitis	11	10	21	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	6	—	—	—	—	—
061	blefaritis + hordeolum	5	3	10	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
062	refractieafwijkingen ..	11	27	10	7	21	10	4	8	—	—	—	—	—	—	6	14	—	—	—	—	—
063	corpus alienum oog	1	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
064	strabisme	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	5	1	—	—	—	—	—
065	overige omschreven oogafwijkingen (zoals glaucoom, iridocyclitis)	8	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
066	overige niet duidelijke afwijkingen oog (mouches volantes, waas, etc.)	5	—	—	—	12	3	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
067	otitis media acuta ..	25	25	44	34	31	29	18	20	12	23	26	26	59	2(1)	47	9	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leef-tijd	Ge-slacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrich-tingen-getal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	31(15)	4	12	15	18	2	17	4	—	—	1	41	—	—	—	6	—	—	—
11	49	23	21	5	20	43(16)	12	23	6	32	17	37	13	—	—	3	86	14	60	49	7	8	—	—
—	—	—	—	—	—	40(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	42	—	—	—	7	7	—	—
21	76	40	37	11	34	44(18)	18	42	23	55	23	61	17	—	—	5	146	25	74	105	7	6	35	25
—	—	—	—	—	—	29(11)	2	5	—	—	—	—	—	—	—	2	9	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	34	34	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	69(9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	<1	6	45	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	2(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	24(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	40(13)	6	20	0	27	10	47	2	—	—	8	36	—	—	—	6	6	—	—
—	—	—	—	—	—	52(27)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	20	124	—	—	10	4
—	—	—	—	—	—	46(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	13	11	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	25(24)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(24)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(22)	—	—	15	7	7	23	6	—	—	—	—	10	24	15	—	—	13	8
—	—	—	—	—	—	29(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	4(5)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	46(25)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	17	6	30	56	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	40(19)	3	7	—	—	—	—	—	—	—	4	11	—	—	—	7	—	—	—
27	13	36	30	12	27	8(12)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	17	—	—	—	—	—	—	—

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur		Woonvorm			Problemen in gezin					
	I				II				III					IV	V		VI			VII				
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kinderraal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel			
068 tubair catarre, otitis serosa	20	6	13	—	19	14	15	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
069 otitis externa	12	8	12	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(1)	—	—	—	—	—	—	—			
070 cerumen	25	21	27	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—			
071 doofheid, duidelijk gehoorverlies	6	3	4	—	—	—	—	—	17	9	4	3	0	1(2)	—	—	—	—	—	—	—			
072 ziekte van Ménière ..	3	2	<1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—			
073 duizeligheid	12	11	—	—	7	23	12	5	43	16	5	4	9	1(2)	4	9	—	—	—	—	—			
074 overige omschreven oorafwijkingen	3	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
075 overige niet duidelijke oorafwijkingen	3	3	—	—	7	4	2	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
VII TRACTUS CIRCULATORIUS																								
077 zekere coronairischemie vers in 1972	6	10	11	15	4	7	3	9	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—			
078 zekere coronairischemie nabehandeling	11				10	11	15	10	6	11	17	34	13	8	6	0	0(1)	1	5	2	10	10	13	5
079 decompensatio cordis	9				6	9	8	1	10	6	18	30	16	3	0	0	0(0)	—	—	0	5	2	10	2
080 overige omschreven hartafwijkingen (klepgebreken, ritmestoornissen)	7	6	6	5	7	3	7	13	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—			
081 cardiofobie	11	7	—	—	23	3	7	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		E-book 231, 214																						
082 hartkloppingen, paroxysmale tachycardie	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
083 hypertensie (controle of behandeling)	29	23	9	23	19	40	22	35	60	37	22	21	9	1(1)	5	27	—	—	—	29	13			
		≥200/110																						
084 dysbasia, basilaris- insufficiëntie, omschreven perifere arteriële afwijkingen	8	7	3	6	5	5	5	16	22	14	3	0	0	0(1)	—	—	1	5	4	—	—			
085 spataderen	13	4	13	10	20	8	16	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
086 orthostatische klachten	6	—	—	—	9	4	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
087 collaps	5	4	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
088 overige duidelijke afwijkingen tractus circulatorius zoals trombose, embolie ..	8	4	—	—	5	22	2	3	28	11	5	4	0	1(1)	2	6	—	—	—	9	3			
089 overige niet duidelijke afwijkingen tractus circulatorius	6	—	—	—	10	6	1	5	—	—	—	—	—	1(1)	2	6	—	—	—	—	—			

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pijl		Persoonlijke actuele problematiek			Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen-getal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII		
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2					
—	—	9	14	12	26	24(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	28	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	39(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	25	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	20	17	—	30	43(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	36	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	56(26)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	20	53	—	—	9	3	
—	—	—	—	—	—	55(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	11	11	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	57(21)	7	16	0	11	7	22	8	—	—	10	19	10	35	30	—	—	19	5	
—	—	—	—	—	—	29(26)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	31(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	7	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	5	3	2	8	66(12)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	13	2	50	45	—	7	—	—	
—	—	14	5	4	15	66(11)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	108	113	—	—	15	8	
—	—	5	8	3	11	73(9)	4	14	—	—	—	—	—	—	—	8	14	3	52	158	—	—	16	2	
—	—	—	—	—	—	54(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	13	3	58	64	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	40(11)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	44	—	—	—	6	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	45(16)	5	9	—	—	—	—	—	—	—	4	23	—	—	—	6	—	—	—	
—	—	18	17	19	38	61(15)	19	39	6	37	23	27	2	—	—	24	52	19	184	120	5	6	34	25	
—	—	11	7	1	10	71(9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	14	3	45	109	—	—	13	3	
—	—	—	—	—	—	47(16)	4	22	0	33	6	27	4	—	—	10	27	—	—	—	6	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	38(20)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	13	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	37(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	14	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	62(20)	4	13	0	10	3	7	0	—	—	—	—	6	30	53	—	—	12	5	
—	—	—	—	—	—	49(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	15	5	24	19	—	—	—	—	

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur			Woonvorm			Problemen in gezin		
	I				II				III					IV	V		VI			VII		
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel	
VIII TRACTUS																						
RESPIRATORIUS																						
090 rhinitis, „snotterig” ..	21	28	68	24	28	21	29	7	—	—	—	—	—	—	—	—	16	22	30	—	—	
091 „griepje”, pharyngitis	78	53	54	} 161	115	80	49	61	100	84	73	62	56	2(2)	68	85	—	—	—	—	—	
092 tonsillitis	31	32	76		39	38	15	29	—	—	—	—	—	—	2(1)	50	23	—	—	—	—	—
093 sinusitis	28	12	16		14	17	22	19	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
094 „post nasal drip”	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
095 influenza, „echte” griep	10	9	5	6	9	2	8	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
096 adenoiditis	30	7	18	2	41	28	24	27	14	30	30	37	63	—	62	6	19	40	42	30	43	
097 astmatische bronchitis	7	7	15	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
098 bronchitis acut	34	34	40	70	—	—	—	—	58	30	33	44	28	—	—	—	—	—	—	—	—	
099 chronische bronchitis, emfyseem	8	10	—	15	5	5	6	14	26	10	4	5	3	1(1)	2	5	—	—	—	—	—	
100 bronchopneumonie ..	3	6	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
101 epistaxis	5	3	6	3	10	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
102 hoesten voorzover hierboven niet gescored	28	33	133	29	32	35	30	14	26	35	24	22	9	—	—	—	—	—	—	—	—	
103 keelpijn voorzover hierboven niet gescored	4	10	—	—	1	4	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
104 allergische rhinitis, hooikoorts	11	4	13	11	15	8	14	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
105 overige omschreven afwijkingen tractus respiratorius	7	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
106 overige niet omschreven afwijkingen tractus respiratorius .	6	7	—	—	14	3	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
107 pseudocroup	5	—	—	—	3	2	<1	15	—	—	—	—	—	—	11	1	—	—	—	—	—	
IX TRACTUS																						
DIGESTIVUS																						
108 aften	6	—	11	—	5	4	5	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
109 afwijkingen gebit	11	8	23	9	16	7	9	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
110 herpes labialis	2	1	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
111 overige mondafwijkingen	7	11	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		inclusief aften																				
112 ulcus duodeni + ventriculi	5	3	7	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	6	—	—	—	—	—	
113 overige afwijkingen maag inclusief gastritis	19	7	30	15	7	26	24	18	35	23	15	12	9	1(1)	—	—	—	—	—	—	—	

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrijkingen-geal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2				
—	—	23	19	10	25	26(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	34	—	—	—	6	6	—	—
72	109	67	74	49	89	35(20)	62	93	61	99	74	141	106	—	—	63	148	76	121	68	6	6	89	66
—	—	34	32	19	35	14(14)	—	—	20	15	18	10	38	—	—	—	—	33	11	8	—	—	—	—
—	—	16	29	10	34	34(17)	23	33	26	42	29	48	36	—	—	23	53	—	—	—	5	6	—	—
—	—	—	—	—	—	39(17)	4	8	—	—	—	—	—	—	—	4	15	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	38(20)	—	—	—	—	—	—	—	9	20	8	16	—	—	—	—	—	—	—
33	14	27	23	16	37	3(4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33	15	32	7	19	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	14	5	37	30	—	—	—	—
—	—	25	41	20	38	32(26)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	48	32	65	56	5	5	—	—
—	—	—	—	—	—	61(15)	10	5	—	—	—	—	—	—	—	6	13	3	58	68	—	—	10	5
—	—	—	—	—	—	38(27)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	23	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(22)	7	2	32	3	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	25	36	16	29	31(24)	—	—	9	29	17	23	21	—	—	24	44	—	—	—	5	5	34	22
—	—	—	—	—	—	31(14)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(16)	—	—	26	16	9	19	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	34(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	16	6	13	23	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	29(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	7	4	1	7	5(6)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	31(21)	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	34(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	17	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	35(26)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	36(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	16	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	52(15)	6	3	3	2	10	5	2	—	—	3	11	4	17	19	—	—	—	—
—	—	14	20	8	22	43(18)	—	—	18	16	31	27	27	—	—	12	50	18	34	30	6	6	25	13

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur		Woonvorm			Problemen in gezin		
	I		II		III				IV	V		VI			VII						
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel
114 cholelithiasis cholecystitis	3	3	2	5	—	—	—	—	13	4	2	0	0	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
115 hepatitis	<1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
116 spastisch colon	41	zie 128	1	—	64	40	25	31	—	—	—	—	—	2(1)	32	48	—	—	—	—	—
117 gastroënteritis	24	16	78	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	18	—	—	—	—	—
119 appendicitis	2	2	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
120 obstipatie	11	4	12	8	17	10	12	6	20	16	7	11	6	1(1)	—	—	4	13	17	—	—
121 braken, indien niet hierboven gescored ..	4	zie 128	—	—	2	9	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
122 hernia diafragmatica	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0(1)	—	—	—	—	—	—	—
123 hernia inguinalis en femoralis	3	3	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
124 buikpijn, indien niet hierboven vermeld ..	21	zie 128	—	—	14	19	23	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
125 hemorrhoiden	14	7	9	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
126 periaanaal en perivulvair jeuk en eczeem	6	—	5	—	12	3	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
127 overige omschreven afwijkingen tractus intestinalis	9	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
128 overige niet omschreven afwijkingen tractus intestinalis ..	7	49 (vergelijk 116)	—	—	14	5	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X TRACTUS UROGENITALIS																					
129 cystitis	26	18	15	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(2)	17	27	—	—	—	—	—
130 nephrolithiasis	6	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
131 prostaathypertrofie ..	2	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0(1)	—	—	—	—	—	—	—
132 overige omschreven afwijkingen tractus uropoeticus	8	5	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(2)	—	—	—	—	—	—	—
133 overige niet omschreven afwijkingen tractus uropoeticus	4			—	—	9	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
134 alle mamma- afwijkingen exclusief mastitis puerperalis, exclusief fibroadenosis	5	4	—	—	7	6	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
135 fibroadenosis	7	—	—	2	11	3	3	12	4	5	11	3	9	—	—	—	—	—	—	—	—
136 angst voor mammacarcinoom ..	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
137 dysmenorroe, premenstruele klachten	4	3	6	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	6	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen- getal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	57(18)	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	19	11	—	—	5	1
—	—	—	—	—	—	57(14)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	45	48	23	44	37(18)	22	59	29	68	29	86	59	—	—	26	109	39	71	34	6	6	46	35
—	—	16	25	12	28	25(24)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	39	—	—	—	5	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(18)	—	—	3	11	4	32	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	38(24)	5	17	—	—	—	—	—	—	—	8	23	10	11	34	6	—	16	7
—	—	—	—	—	—	34(30)	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	13	8	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	67(9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	15	8	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	42(28)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	18	22	9	25	33(23)	14	27	6	24	12	31	21	—	—	17	37	19	50	19	5	6	26	16
—	—	16	13	7	17	40(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	31	13	30	26	6	—	—	—
—	—	—	—	—	—	40(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	12	5	15	0	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	44(25)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	16	7	52	19	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	35(22)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	13	—	—	—	—	—	—	—
—	—	20	28	15	29	42(19)	6	45	0	51	9	68	32	43	72	20	55	23	69	41	7	7	—	—
—	—	—	—	—	—	44(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	11	5	20	11	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	62(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	15	4	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	43(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	13	5	47	53	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	38(20)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	9	4	11	11	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	29(14)	2	8	0	10	<1	14	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(9)	0	15	0	22	0	25	13	18	36	5	17	—	—	—	7	—	—	—
—	—	—	—	—	—	38(11)	0	6	0	8	0	12	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	25(10)	0	7	0	7	0	13	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur		Woonvorm			Problemen in gezin		
	I				II				III					IV	V		VI			VII	
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel
138 meno-metrorragieën .	8	9	10	12	7	12	12	3	—	—	—	—	—	—	6	13	—	—	—	—	—
139 overig vaginaal bloedverlies (exclusief graviditeit)	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
140 angst kanker van de baarmoeder	<1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
141 climacteriële klachten vrouw	10	6	6	11	17	7	6	11	—	—	—	—	—	1(1)	1	18	7	12	16	—	—
142 prolaps vagina	7	6	2	4	12	5	5	4	—	—	—	—	—	1(2)	—	—	—	—	—	6	2
143 fluor vagina exclusief 144	28	10	2	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
144 erosie van de portio	10		7	3	23	2	<1	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
145 pilcontrole	109	30	—	59	115	89	117	116	—	—	—	—	—	—	140	81	92	126	144	102	70
146 „prik-pil”	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
147 condoom	2	2	—	—	3	<1	<1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
148 sterilisatie van de vrouw	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3(2)	—	—	—	—	—	—	—
149 sterilisatie van de man	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
150 bespreking van de anticonceptie	26	—	—	—	44	18	11	30	9	24	29	25	63	2(1)	—	—	—	—	—	—	—
151 klachten over pil of prik	19	—	—	—	29	15	8	23	—	—	—	—	—	—	28	12	—	—	—	—	—
152 overige omschreven afwijkingen vrouwelijk genitaal	10	13	—	—	10	9	5	17	—	—	—	—	—	2(2)	—	—	—	—	—	—	—
153 overige niet omschreven afwijkingen vrouwelijk genitaal	5		—	—	16	2	<1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
154 alle afwijkingen mannelijk genitaal ..	7	5	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
155 bevestigde ongewenste graviditeit	2	24	38	49	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
156 bevestigde gewenste graviditeit	12				—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	14	<1	2	18
157 kindrewens	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0(1)	—	—	1	8	6	—	—
158 niet bevestigde wens graviditeit	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0(0)	—	—	0	4	4	—	—
159 niet bevestigde angst graviditeit	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
160 abortus provocatus ..	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3(1)	—	—	—	—	—	—	—
161 abortus imminens ..	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	1	4	4	—	—
162 overige omschreven problemen graviditeit	5	6	—	—	7	2	3	10	—	—	—	—	—	1(1)	8	<1	2	8	9	—	—
163 overige niet omschreven problemen graviditeit	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leef-tijd	Ge-slacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrich-tingen-ge-tal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nec	ja	nec	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	37(10)	0	16	0	27	0	22	6	31	17	6	18	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	41(15)	0	7	0	10	0	13	2	—	—	3	8	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	35(12)	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	52(5)	0	20	0	30	0	47	0	22	3	6	31	9	34	4	6	7	—	—
—	—	—	—	—	—	56(17)	0	13	0	17	0	7	0	—	—	5	14	6	20	11	—	—	—	—
—	—	43	28	16	30	32(10)	0	54	0	83	0	97	34	56	158	21	57	—	—	—	6	6	—	—
—	—	—	—	—	—	35(8)	0	20	0	36	0	25	2	12	76	9	16	—	—	—	6	—	—	—
—	—	90	97	68	127	31(8)	0	215	0	340	0	358	153	62	973	93	182	113	74	19	5	5	125	93
—	—	2	12	1	8	33(7)	0	14	0	24	0	25	2	5	62	5	15	—	—	—	—	7	—	—
—	—	—	—	—	—	30(7)	0	3	0	4	0	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	37(5)	0	4	0	7	0	7	0	—	—	1	6	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	37(7)	6	0	0	0	12	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	23	24	16	31	31(9)	4	48	3	79	7	66	38	67	117	21	53	—	—	—	6	6	—	—
—	—	9	16	8	25	31(8)	0	38	0	64	0	60	13	15	164	14	44	—	—	—	7	6	—	—
—	—	11	6	4	14	36(15)	0	20	0	27	0	37	10	—	—	7	25	10	26	8	7	—	—	—
—	—	—	—	—	—	34(14)	0	10	0	12	0	17	13	—	—	3	15	—	—	—	7	—	—	—
—	—	—	—	—	—	25(19)	14	0	9	0	13	0	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	30(6)	0	4	0	8	0	0	2	—	—	1	5	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(4)	0	24	0	29	0	75	0	50	30	—	—	—	—	—	—	—	17	8
—	—	—	—	—	—	30(6)	0	8	0	9	0	27	0	19	5	3	11	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(3)	0	4	0	4	0	19	0	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(9)	0	16	0	26	0	27	13	21	43	7	17	—	—	—	7	7	—	—
—	—	—	—	—	—	32(7)	0	3	0	7	0	0	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(5)	0	5	0	5	0	14	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	28(5)	0	11	0	16	0	24	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	29(4)	0	2	0	4	0	5	0	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur		Woonvorm			Problemen in gezin		
	I		II		III		IV	V		VI			VII								
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	2	1	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel
164 zwangerschaps- controle	12	—	—	—	8	14	9	17	—	—	—	—	—	1(1)	19	1	3	17	23	14	7
165 normaal kraambed ..	4	8	—	—	3	1	6	6	—	—	—	—	—	—	8	1	1	6	8	—	—
166 mastitis puerperalis ..	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
167 gestoord kraambed ..	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
168 stoppen borstvoeding	2	—	—	—	2	2	<1	5	—	—	—	—	—	—	4	0	0	4	5	—	—
169 abortus completus ..	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI HUIDAFWIJKINGEN																					
170 urticaria	12	17	4	9	14	17	9	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
171 impetigo	9	12	8	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3(1)	16	6	—	—	—	—	—
172 furunkel, folliculitis ..	7	6	24	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
173 panaritium, paronychium	6	5	12																		
174 wratten	18	10	13	12	22	16	22	12	—	—	—	—	—	2(1)	—	—	—	—	—	15	23
175 clavus	3	3	2	1	6	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
176 acne	10	11	9	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	21	—	—	—	8	17
177 haaruitval, roos	7	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
178 atheroomcyste	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
179 handeczeem	10	26	36	45	15	7	13	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
180 overige eczemen	31				25	33	45	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
181 mycosen huid	7	5	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
182 overige omschreven huidafwijkingen	19	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
183 overige niet omschreven huidafwijkingen	17	—	—	—	36	6	3	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
184 jeuk zonder zichtbare huidafwijkingen	5	5	—	7	9	4	<1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
185 geïnfecteerde wonden	7	—	—	—	14	6	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
186 overige huidinfecties, tenzij hierboven gescored	10	18	—	16	15	14	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
187 ulcus cruris	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
XII BEWEGINGSAPPARAAT																					
188 cervicale arthrose	14	15	5	8	18	12	7	18	29	19	9	12	9	1(2)	4	15	—	—	—	—	—
189 spanningshoofdpijn, hypertone nekspieren (exclusief 188)	32		—	5	56	8	45	24	—	—	—	—	—	—	—	22	40	—	—	—	—
190 spondylosis lumbalis	19	9	18	6	26	19	12	18	38	23	14	14	25	1(1)	8	26	—	—	—	—	—
191 low back pain (exclusief 190)	35	26	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(1)	25	38	—	—	—	—	—
192 intercostaal pijn, thoracale myalgieën	27	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pil		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen-getal	Ziektenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nec	ja	nec	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	27(4)	0	23	0	39	0	44	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	9
—	—	—	—	—	—	27(4)	0	8	0	16	0	8	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	20(6)	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	28(4)	0	1	0	1	0	5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	26(5)	0	5	0	9	0	5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	29(5)	0	3	0	3	0	8	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(19)	7	17	3	16	5	26	21	—	—	10	20	—	—	—	6	6	—	—
—	—	—	—	—	—	7(6)	—	—	12	<1	<1	1	0	—	—	10	3	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	31(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	20(16)	13	23	41	13	4	17	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	26(24)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	22(9)	—	—	58	16	2	14	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	31(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	12	—	—	—	—	—	9	5
—	—	—	—	—	—	41(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	11	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	36(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	25	—	—	—	6	—	—	—
—	—	16	32	17	36	30(23)	25	36	—	—	—	—	—	26	49	6	13	—	—	—	—	—	37	25
—	—	—	—	—	—	34(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	31(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	27	—	—	—	—	—	23	15
—	—	—	—	—	—	29(22)	14	21	6	22	9	29	17	—	—	16	26	—	—	—	6	—	—	—
—	—	—	—	—	—	41(19)	3	7	—	—	—	—	—	5	17	3	15	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	26(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	11	—	—	—	—	—	—	—
—	—	7	13	3	11	33(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	21	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	62(17)	<1	4	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	9	11	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	57(14)	8	20	3	22	12	19	2	—	—	8	41	11	50	45	6	7	18	11
—	—	52	38	20	33	38(16)	21	43	15	52	33	80	36	49	74	17	101	31	63	23	6	6	37	28
—	—	25	26	8	20	52(15)	—	—	6	29	25	30	4	—	—	13	50	15	76	53	6	6	23	15
—	—	43	34	21	39	41(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	70	33	60	26	5	5	—	—
—	—	29	26	14	32	42(16)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	65	25	45	49	6	6	—	—

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur		Woonvorm			Problemen in gezin		
	I		II		III		IV	V		VI		VII									
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel
193 brachialgie (exclusief 188)	10	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)	—	—	—	—	—	—	—
194 myalgieën elders	21	32	22	—	27	25	23	9	—	—	—	—	—	2(2)	—	—	—	—	—	—	—
195 peri-arthritis humeroscapularis	9	<1	1	2	—	—	—	—	26	11	6	4	3	1(2)	—	—	—	—	—	—	—
196 epicondylitis	5	—	1	—	9	5	1	5	—	—	—	—	—	—	3	9	—	—	—	—	—
197 tendinitis, tendovaginitis	3	9	12	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
198 houdingsafwijking wervelkolom inclusief morbus Scheuermann	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
199 platvoeten	13	8	2	1	20	7	7	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
200 genua valga	3	<1	<1	—	7	2	<1	2	—	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—
201 arthrose perifere gewrichten	14	14	23	20	8	25	7	15	42	23	6	1	0	0(1)	<1	6	—	—	—	16	3
202 reumatoïde artritis ..	4	3	6	6	—	—	—	—	22	4	2	0	0	0(1)	—	—	—	—	—	5	1
203 overige omschreven afwijkingen bewegingsapparaat ..	18	7	—	—	16	25	10	17	—	—	—	—	—	—	12	22	—	—	—	—	—
204 overige, niet omschreven afwijkingen bewegingsapparaat ..	21	17	—	—	35	12	18	18	41	20	19	22	9	—	16	25	—	—	—	—	—
XIII TRAUMATA																					
205 posttraumatische skeletafwijkingen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
210 enkeldistorsie	9	14	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	14
		alle distorsies																			
211 kniedistorsie	5	—	—	—	2	10	3	5	—	—	—	—	—	—	4	9	—	—	—	4	8
212 hematoom	5	zie 216	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	8	—	—	—	—	—
213 overige kneuzingen ..	14	zie 216	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	22	—	—	—	—	—
214 fractuur	10	7	14	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
215 onbelangrijke wond (welke op zich geen medisch ingrijpen behoeft)	9	zie 216	zie 216	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	6	—	—	—	—	—
216 overige traumata	24	64	32	—	26	29	13	27	—	—	—	—	—	2(1)	—	—	35	19	17	20	36
		alle traumata																			
217 brandwonden	3	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
219 overige omschreven traumata en posttraumatische afwijkingen	10	zie 216	—	—	7	20	9	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pijl		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen-getal	Ziekenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	44(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	26	9	26	11	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	41(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	52	—	—	—	6	6	25	17
—	—	—	—	—	—	54(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	18	8	22	19	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	46(9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	13	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	45(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	28(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	34(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	21	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	4(2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	71(11)	6	22	—	—	—	—	—	—	—	12	24	9	61	105	—	—	22	6
—	—	—	—	—	—	66(12)	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	9	71	—	—	7	1
—	—	27	16	8	21	40(21)	12	23	—	—	—	—	—	—	—	15	30	14	39	102	—	—	—	—
19	34	—	—	—	—	36(19)	15	26	—	—	—	—	—	—	—	16	44	—	—	—	5	—	—	—
—	—	—	—	—	—	37(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	28(17)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	3
—	—	—	—	—	—	37(22)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	26	—	—	—	—	30(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	29(25)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	22	19	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	17(20)	—	—	—	—	—	—	—	1	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	20	30	11	27	19(18)	31	18	32	10	12	7	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	28(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1
—	—	—	—	—	—	27(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Morbiditeitsclassificatie — 1972 in Ommoord en de interveniërende variabelen groepspraktijk Ommoord

Diagnosenummer	Prevalentie				Huisarts				Beroepsprestige					Gezins-structuur			Woonvorm			Problemen in gezin			
	I		II		III					IV	V		VI			VII							
	1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	gemiddeld voor- gekomen 1972 per duizend	Oliemans	Hodgkin	Engeland 1970-1971	A	B	C	D	1	2	3	4	5	kindertal gezin	jong	oud	huisje	flat 1e t/m 7e etage	flat hoger dan 7e etage	niet	wel		
220 alle niet omschreven traumata en posttraumatische klachten	7	zie 216	—	—	16	4	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
221 hand- en pols-contusie	4	zie 210	6	—	7	2	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
XIV REST																							
222 slaapstoornis, tenzij 034, 035, 036 of 037	13	4	10	10	16	17	15	5	—	—	—	—	—	1(2)	—	—	—	—	—	—	—		
223 moe, malaise, tenzij 034, 035, 036 of 037 .	25	21	—	—	31	31	32	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
224 hyperventilatie	4	—	—	—	8	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
225 hoofdpijn, exclusief alle voornoemde vormen	11	—	—	4	9	19	12	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
226 febris e causa ignota	9	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	7	—	—	—	—	—		
227 bijwerkingen geneesmiddelen	10	6	—	2	14	10	3	11	—	—	—	—	—	1(1)	4	12	—	—	—	—	—		
228 allergie exclusief 170, 180, 104 en 097 .	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
229 morning after pill (op spreekuur)	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
230 overige symptomen ..	13	7	—	—	25	20	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
231 griepvaccinatie	57	—	—	—	111	70	13	27	77	64	49	52	75	1(1)	28	53	37	59	69	—	—		
232 verwijzing	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
233 louter administratief .	12	27	—	—	11	8	6	23	—	—	—	—	—	2(2)	—	—	—	—	—	—	—		
234 consultatiebureau zuigelingen en kleuters	78	49	—	—	87	54	92	85	32	74	83	91	141	2(1)	164	9	66	92	105	—	—		
235 check-up, periodiek geneeskundig onderzoek, keuringen .	8	16	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
236 seksuele voorlichting .	2	} 7 } 20	}	22	7	<1	1	0	—	—	—	—	—	—	<1	5	—	—	—	—	—		
237 overige voorlichting ..	7				24	2	<1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
238 cervix-cytologie	14				—	—	22	18	5	13	20	3	10	18	21	16	—	—	—	—	—	—	—
239 overige preventie	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
245 slaapproblemen jonge kinderen	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	0	—	—	—	—	—		
246 eetproblemen jonge kinderen	7	—	3	—	11	7	8	3	—	—	—	—	—	—	15	<1	—	—	—	—	—		
247 zindelijkheid- trainingsproblemen ..	4	—	—	—	5	2	1	5	—	—	—	—	—	—	7	<1	—	—	—	—	—		
248 overige opvoedingsproblemen jonge kinderen	18	—	—	—	26	9	18	21	—	—	—	—	—	—	37	4	—	—	—	10	22		

Ziekte in gezin		Contact				Leeftijd	Geslacht		Werkend					Pijl		Persoonlijke actuele problematiek		Belangrijke ziekte			Aantal diagnoses	Verrichtingen-getal	Ziektenfonds	Particulier
VIII		IX				X	XI		XII					XIII		XIV		XV			XVI	XVII	XVIII	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
niet	wel	matig / slecht	wisselend	indifferent	goed		man	vrouw	niet werkende mannen	niet werkende vrouwen	werkende mannen	werkende vrouwen	werkende kinderen	nee	ja	nee	ja	geen	1	2				
—	—	—	—	—	—	25(19)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	49(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	36(21)	7	19	9	19	7	30	4	—	—	9	32	12	26	23	—	—	18	9
—	—	18	33	12	27	36(22)	14	35	12	41	12	47	19	30	62	19	54	23	56	26	6	6	—	—
—	—	—	—	—	—	35(15)	2	5	—	—	—	—	—	—	—	1	15	—	—	—	8	9	—	—
—	—	9	18	4	11	35(20)	8	14	—	—	—	—	—	—	—	9	19	—	—	—	—	—	14	8
—	—	—	—	—	—	13(18)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	50(20)	6	14	9	17	6	16	0	—	—	6	27	7	56	30	7	8	—	—
—	—	—	—	—	—	33(22)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	10	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	35(13)	0	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	32(22)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	22	—	—	—	—	—	—	—
38	86	61	45	46	65	48(21)	49	66	53	65	51	83	30	—	—	48	99	42	257	226	6	6	66	49
—	—	—	—	—	—	34(21)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	19	—	—	—	—	40(23)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	25	10	34	34	—	—	—	—
86	51	65	72	41	94	3(2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	87	39	83	20	19	—	3	71	85
—	—	—	—	—	—	42(21)	—	—	6	3	16	8	2	—	—	7	13	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	21(8)	<1	4	0	4	<1	2	11	—	—	1	7	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	33(14)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	20	6	17	19	8	—	—	—
—	—	5	8	7	19	39(8)	0	27	0	51	0	35	0	24	81	12	25	—	—	—	6	6	8	19
—	—	—	—	—	—	32(15)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	17	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	3(2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	8	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	3(2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	3(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	34	17	7	21	5(6)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	41	—	—	—	—	—	—	—