

dragslijn is er minder dan tien procent kans dat dit ongemerkt zal gebeuren. Als men geneigd is nog iets voorzichtiger te zijn, zou men de groep van 90 tot 99 mm Hg diastolische bloeddruk (en zeker de jongeren daaruit) bijvoorbeeld na twee jaar weer kunnen screenen en de jongeren uit de groep van 80 tot 89 mm Hg diastolische bloeddruk bijvoorbeeld na vier tot vijf jaar.

## CONCLUSIE

Indachtig het motto van *Freis* in het begin van dit artikel lijkt het mij een zinvolle en haalbare taak voor de huisarts, de hypertensie-patiënt in zijn praktijk op te sporen, te onderzoeken en te behandelen. Mocht een algehele screening te omvangrijk worden geacht, dan is een (initieële) beperking tot de mannen van 41 tot 50 en de vrouwen van 51 tot 60 jaar aan te bevelen.

*Summary. Hypertension and general practitioner; a challenge. Having emphasized the important task of the general practitioner in detecting hypertension among his practice population, some remarks are made about the behaviour of blood pressure, with brief reference to the principal factors which can in-*

*fluence it. The tasks and possibilities of the general practitioner in the diagnosis of hypertension are discussed on the basis of four questions: how high is the blood pressure; are there organic changes; is there a cause which is amenable to therapy; are there other serious diseases? Problems discussed in connection with therapy are: can therapy be effective; when should therapy be instituted; at which diastolic pressure should therapy aim; how is therapy to be applied?*

*— After determining the number of hypertensive patients in the practice concerned per 1st January 1974, all male and female patients aged 31-60 were screened for hypertension during 1974, using a screening system adapted to normal practice procedure; the number of previously unidentified hypertensive patients thus traced was then determined. The percentage of patients with hypertension and possible hypertension in age group 31-60 was found to be 16 for the women and nearly 12 for the men.*

*— After a proposal for re-screening of patients in the various risk groups, it is concluded that detection of hypertensive patients is a task par excellence for the general practitioner, who should focus special attention on men aged 41-50 and women aged 51-60.*

Bechgaard, P. (1946) Acta med.scand. Supplement 175, 312.

Birkenhäger, W. H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 304-305.

Birkenhäger, W. H. Hypertensie. In: P. G. Gerlings, W. H. Birkenhäger en J. C. van Es. Het medisch jaar 1975. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1975.

Bonjer, F. H. (1973) Hartbulletin 4, 71-76.

Dool, C. W. A. van den. (1970) huisarts en wetenschap 13, 3 en 59.

Freis, E. D. (1967) J. Amer. med. Ass. 202, 1028.

Ibidem (1970) J. Amer. med. Ass. 213, 1143.

Ibidem (1972) Clin. Pharmacol. Ther. 13, 627-632.

Ibidem (1972) Amer. J. Med. 52, 664-671.

Ibidem (1973) Patient Care, april, 22-24.

Hamilton, M. en anderen. (1964) Lancet I, 235.

Magnus, K. E. F. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1772-1776.

Ibidem (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 78.

Miall, W. E. & S. Chinn. (1974) Brit. med. J. III, 595-600.

Pickering, G. Hypertension, causes, consequences and management. J. & A. Churchill Livingstone, London, 1970.

Taguchi, J. & E. D. Freis (1974) New. Engl. J. Med. . . , 329.

Tudor Hart, J. (1971) Medicinae Scientia Donat. nummer 11, 7-13.

Ibidem (1974) J. roy Coll. Phycns Lond. 8, 299-314.

Ibidem (1974) Update, february, 515-528.

Ibidem (1974) Update, april, 981-987.

# Een vergelijkend onderzoek van het klachtenpatroon van Surinamers, Antillianen en Nederlanders in een stadspraktijk\*

DOOR DR. J. P. MUIZELAAR,\*\* P. H. BREEDVELD\*\*\* EN N. CEELIE\*\*

## INLEIDING

Het is bekend dat er in het Amsterdamse stadsdeel Bijlmermeer verhoudingsgewijs veel Surinamers en Antillianen wonen. Op 1 januari 1974 waren er op 26200 Bijlmermeerbewoners 3890 rijksgenoten (14,8%, Bureau voor Statistiek Gemeente Amsterdam). De huis-

artsen in dit stadsdeel worden derhalve veel met ziekten en problemen van deze rijksgenoten geconfronteerd. Om een indruk te krijgen over de omvang van deze problemen heeft een onzer (Breedveld) een enquête gehouden onder de negen overige, full- of part-time werkzame huisartsen in de Bijlmermeer. Tijdens de stage van twee co-assistenten in de praktijk van Breedveld is getracht enkele uit de enquête naar voren komende indrukken te objectiveren. Vooral is geprobeerd een antwoord te vinden op de volgende vragen:

1. Komen rijksgenoten even vaak op het spreekuur als Nederlanders?

**Samenvatting.** In een huisartspraktijk werd een onderzoek ingesteld naar de frequentie van spreekuurbezoek en het voorkomen van psychische en psychosomatische klachten bij Surinamers en Antillianen („rijksgenoten”) enerzijds en Nederlanders anderzijds. De rijksgenoten bleken vaker op het spreekuur te komen en ook meer psychosomatische klachten te hebben. Enkele mogelijke verklaringen hiervoor worden besproken.

2. Brengen rijksgenoten per bezoek evenveel klachten naar voren als Nederlanders?

3. Hebben rijksgenoten evenveel psychische of psychosomatische klachten als Nederlanders?

\* Uit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (Hoofd: B. S. Polak).

De auteurs danken Drs. H. Schouwenburg, psycholoog, voor het kritisch doornemen van het manuscript.

\*\* Destijds co-assistent huisartsgeneeskunde.

\*\*\* Huisarts te Amsterdam-Bijlmermeer.

4. Hebben rijksgenoten die hier korter dan een jaar zijn evenveel psychische of psychosomatische problemen als hun landgenoten die hier al langer wonen?

#### METHODEN

Het verzamelen der gegevens geschiedde door middel van morbiditeitsonderzoek (*Oliemans*, 1969). In het onderzoek werden patiënten betrokken die hetzij het vrije spreekuur hetzij het afspraakspreekuur bezochten, zowel voor eerste als voor eventuele volgende consulten. Telefonische consulten, huisbezoek en het speciale zuigelingen-zorgspreekuur werden buiten beschouwing gelaten.

De gegevens werden verzameld door twee co-assistenten die, met een tussenruimte van twee weken, ieder tien werkdagen in de praktijk te gast waren in de herfst van 1974.

Nationaliteit en verblijfsduur in Nederland waren op de patiëntenkaarten vermeld. Als rijksgenoten werden door ons beschouwd personen boven zestien jaar die in Suriname of op de Nederlandse Antillen waren geboren en kinderen beneden 16 jaar wier ouders daar waren geboren. Omdat ook rijksgenoten de Nederlandse nationaliteit bezitten moet het begrip „Nederlander” in dit artikel in sociografische en niet in staatsrechtelijke zin worden begrepen. Het schatten der percentages in de praktijk ingeschreven rijksgenoten, Nederlanders en buitenlanders geschiedde door het nemen van een steekproef, waarbij van elke tiende kaart in de administratie de betreffende gegevens werden genoteerd.

Het meest subjectieve deel van het onderzoek betrof het duiden der klachten als „psychosomatisch”. Wij hebben klachten als psychosomatisch geïnterpreteerd wanneer de patiënt primair een lichamelijke klacht naar voren bracht, zonder dat bij uitgebreid lichamelijk en laboratorium-onderzoek afwijkingen werden vastgesteld; bovendien gaven de wijze waarop de patiënt zijn klachten bracht en onze kennis van zijn voorgeschiedenis en sociale achtergrond ons be-

Tabel 1. Aantal aandoeningen in enkele categorieën bij rijksgenoten en Nederlanders. Tussen haakjes de percentages van het totale aantal klachten van de twee groepen.

Categorie aandoeningen	Rijksgenoten	Nederlanders
Psychische aandoeningen .....	34 ( 7,1)	25 ( 6,3)
Psychosomatische aandoeningen .....	98 (20,4)	52 (13,2)
Traumata en aandoeningen van het bewegingsapparaat .....	51 (10,6)	69 (17,5)
Aandoeningen van keel, neus en oren .....	43 ( 9,0)	44 (11,1)
Aandoeningen van de huid .....	36 ( 7,7)	28 ( 7,1)
Aandoeningen van de vrouwelijke genitaliën en zwangerschap .....	34 ( 7,1)	32 ( 8,2)
Aandoeningen van het maagdarmkanaal .....	30 ( 6,3)	15 ( 3,8)
Informatie, administratieve handelingen en dergelijke .....	31 ( 6,5)	37 ( 9,4)
Overige .....	123 (25,6)	92 (23,4)
Totaal .....	480 (100)	394 (100)

langrijke aanwijzingen. Als de patiënt zelf direct klachten formuleerde over bijvoorbeeld moeilijkheden in het gezin of op het werk, nervositas of druggebruik werd dit door ons als psychisch gescored. Bij alle statistische toetsen namen wij  $\alpha = 0,05$ .

#### RESULTATEN

Wij zagen gedurende de onderzoeksperiode totaal 848 patiënten, van wie 376 rijksgenoten, 343 Nederlanders en 129 buitenlanders. Omdat het aantal ingeschrevenen in de praktijk respectievelijk ongeveer 26,8, ongeveer 60,4 en ongeveer 12,8 procent bedraagt zouden deze 848 patiënten eigenlijk als respectievelijk 227, 512 en 109 over de verschillende groepen moeten zijn verdeeld. Het verschil tussen de verwachte verdeling van rijksgenoten en Nederlanders en de gevonden verdeling is significant ( $p < 0,0005$ ,  $\chi^2$ -toets); rijksgenoten kwamen dus vaker op het spreekuur dan Nederlanders.

Rijksgenoten brachten 480 en Nederlanders 394 klachten ter sprake; gemiddeld respectievelijk 1,28 en 1,14. Op grond van het aantal patiënten dat het spreekuur bezocht, is de te verwachten verdeling der aantallen klachten 459 respectievelijk 415. Het verschil tussen de verwachte aantallen klachten en de gevonden aantallen is significant ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ -toets); rijksgenoten brachten per bezoek dus meer klachten naar voren dan Nederlanders.

In tabel 1 is te zien dat het aantal door rijksgenoten geuite psychische en psy-

chosomatische klachten 132 bedraagt (27,5 procent van het totale aantal van 480), tegen 77 (19,5%) van Nederlanders. Het blijkt dat bij rijksgenoten het aandeel van psychische en psychosomatische klachten in het totale klachtenpatroon groter is dan bij Nederlanders ( $p < 0,0005$ ,  $\chi^2$ -toets). Dit verschil komt voornamelijk voort uit het grotere percentage psychosomatische klachten (20,4 procent tegenover 13,2 procent; verschil significant,  $p < 0,005$ ,  $\chi^2$ -toets), terwijl het percentage zuiver psychische klachten ongeveer gelijk was (7,1 procent tegenover 6,3 procent; verschil niet significant).

De rijksgenoten die hier korter dan een jaar wonen hadden 68 klachten waarvan 18 psychisch of psychosomatisch (26,5%), voor de overige rijksgenoten waren deze getallen 412, waarvan 114 psychisch (27,7%). Deze verschillen zijn niet significant.

#### BESPREKING

Het feit dat de gegevens door twee co-assistenten werden verzameld, heeft het voordeel dat een groot aantal patiënten kon worden beschouwd en het onderzoek zich over een lange periode kon uitstrekken, maar het nadeel dat verschillen konden optreden in de subjectieve waardering der klachten (*Oliemans*, 1970). Echter, zowel bij rijksgenoten als bij Nederlanders, waren de door de beide co-assistenten gevonden verschillen in percentages van elke categorie klachten klein en niet significant ( $\chi^2$ -toetsen).

Er dient op te worden gewezen dat de door ons gevonden resultaten alleen gelden voor patiënten, die het spreekuur bezochten, zoals onder METHODEN vermeld. Dat wij patiënten die de huisarts op een andere manier consulteerden niet hebben opgenomen, komt voornamelijk voort uit het feit dat de co-assistenten niet altijd op het zuigelingen-spreekuur aanwezig waren en ook niet alle – schaarse – huisbezoeken meemaakten.

Klachtenpatronen worden ook sterk beïnvloed door leeftijd en geslacht der onderzochte patiënten, wat a fortiori geldt voor psychiatrische en andere psychische stoornissen (Oliemans, 1969). In ons onderzoek was de gemiddelde leeftijd der rijksgenoten 28,1 jaar (Standaarddeviatie (SD) 16,3) en van de Nederlanders 29,3 jaar (SD 20,1). Dit verschil bleek, ondanks de grote aantallen patiënten, niet significant te zijn ( $0,05 < p < 0,10$ , Student-t-toets). Van de 376 rijksgenoten waren 208 (55,3%) vrouwen; van 343 Nederlanders waren 232 (67,7%) vrouwen. Dit verschil is significant ( $p < 0,0005$ ,  $\chi^2$ -toets), maar kan zeker niet verklaren dat rijksgenoten meer psychosomatische klachten hadden: juist bij vrouwen, die bij de rijksgenoten minder sterk zijn vertegenwoordigd, komen meer psychisch bepaalde klachten voor dan bij mannen (Oliemans, 1969).

Wij hebben getracht enkele verklaringen te vinden voor de verschillen die in de enquête van Breedveld naar voren kwamen en in ons onderzoek werden bevestigd. Sommige van deze verklaringen werden reeds eerder door Biervliet (1974) genoemd. Wij moeten er hierbij nogmaals op wijzen dat harde criteria voor het onderscheid tussen „soma-tisch” en „psychosomatisch” ontbreken. Mochten wij het aantal psychosomatische klachten bij rijksgenoten hebben overschat, dan zou het interessant zijn te onderzoeken waarom wij dit deden (zie ook punt 1).

1. *Cultuurverschillen en taalproblemen.* Zola heeft aangetoond dat mensen van verschillende culturen klachten van eenzelfde lichamelijke afwijking op geheel verschillende wijze uiten en dat artsen de neiging hebben klachten die omstandig en – taalkundig gezien – gebrekkig worden gebracht als psychisch te bestempelen. Het is zeer wel mogelijk dat dit ook in ons onderzoek een grote rol heeft gespeeld, hoewel het niet de objectieve waarneming kan verklaren dat rijksgenoten vaker op het spreekuur komen dan Nederlanders.

2. *Lager opleidingsniveau.* Vele rijksgenoten ondervinden dat de opleiding die zij in hun vaderland hebben genoten naar Nederlandse maatstaven onvoldoende is, wat frustrerend op hen werkt.

3. *Hogere werkloosheid.* Dit is op zichzelf reeds een frustrerende factor, terwijl ook bij de hierdoor noodzakelijke sollicitaties discriminatie wordt ondervonden.

4. *Huisvestingsproblemen.* Financiële overwegingen en verplichtingen tegenover familieleden noodzaken de rijksgenoten vaak met veel personen één flat te bewonen, hetgeen tot spanningen aanleiding kan geven.

5. *Ontworteling en heimwee.* Deze kunnen wel een oorzaak van psychische klachten zijn, maar de uit de enquête naar voren komende indruk dat rijksgenoten zich vooral in het begin van hun verblijf in Nederland ontheemd gevoelen en daardoor meer psychische of psychosomatische klachten hebben, kon door ons onderzoek niet worden bevestigd.

Of het door ons besproken patiëntenmateriaal representatief is voor de Bijlmermeer is niet zeker. Bij de door Breedveld geënquêteerde huisartsen varieerden de geschatte percentages in de praktijk ingeschreven rijksgenoten van 5 tot 35 procent. Waarschijnlijk is er door

de vestigingsplaats van de huisarts een zekere selectie: ook de eenvormig opgezette Bijlmermeer kent reeds buurtvorming!

In dit onderzoek kon worden aangetoond dat rijksgenoten vaker bij de huisarts op het spreekuur komen, terwijl het aantal psychosomatische klachten bij deze bevolkingsgroep relatief talrijk was. Dit laatste betekent waarschijnlijk dat meer aandacht van de huisarts nodig is, omdat juist deze klachten vaak eerst een uitgebreid lichamelijk onderzoek van de patiënt en vervolgens een uitvoerige bespreking over de onderliggende psychische problematiek vereisen. Dat de Bijlmer huisartsen deze vraag naar extra aandacht ook subjectief zo ervaren blijkt wellicht uit het volgende: uit de door hen in de enquête van Breedveld opgegeven – geschatte – percentages in hun praktijk ingeschreven rijksgenoten kan een gewogen gemiddelde berekend worden van 24 procent, terwijl dit, gezien het aantal in de Bijlmermeer wonende rijksgenoten, in werkelijkheid de 15 procent nauwelijks te boven kan gaan.

*Summary. Some differences in complaint patterns of coloured immigrants and native Dutch people in a general practice in Amsterdam (Bijlmermeer). A study was made concerning the frequency of visits to the consulting-hours and the occurrence of psychic and psychosomatic complaints from people from Surinam and the Dutch Antilles on the one hand and native Dutch people on the other. It was found that people from Surinam and the Antilles more frequently call upon their doctor and have more psychosomatic complaints. We discuss some of the possible explanations for these phenomena.*

Biervliet, W. Nederland ziet Suriname door vergrootglas. NRC-Handelsblad, 12 oktober 1974.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift, H. E. Stenfert Kroese, Leiden 1969.

Oliemans, A. P. (1970) huisarts en wetenschap 13, 354.

Zola, I. K. (1966) Amer. Sociol. Rev. 31, 615.