

# Onderzoek naar het verband tussen frequentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken (I)

## PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN GROOT- EN KLEIN-GEBRUIKERS

DOOR H. M. VAN DER PLOEG\*

### INLEIDING

Bij beschouwingen over gezondheid, ziekte en ziektegedrag worden soms uitspraken gedaan over het aantal aan artsen meegedeelde klachten, symptomen en ziektebeelden. Onderzoek heeft aangetoond dat slechts een op de vier individuen met een bepaalde klacht overgaat tot het consulteren van de huisarts. De overigen zouden om diverse redenen besluiten medische hulp niet in te roepen, hoewel bij navraag bleek dat objectieve en subjectieve klachten werden ervaren. Ten aanzien van dit „ijsberg” fenomeen (de gerapporteerde en daardoor „zichtbare” klachten vormen slechts een percentage van alle ervaren klachten) is reeds een aantal uitgebreide onderzoeken verricht. Bij deze studies wordt er op gewezen dat verschillende variabelen gerelateerd zijn met de medische consumptie. Enkele hiervan zijn: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociale status, consumptie-geneigdheid, -mogelijkheid en/of -noodzaak. Ook persoonlijkheidskenmerken worden genoemd als relevante variabelen, doch ten aanzien hiervan is slechts weinig onderzoek bekend. Voor uitgebreide bespreking van het hierboven aangegeven onderwerp moge onder meer worden verwezen naar *Aakster* (1972 en 1974); *Brouwer en Touw-Otten*; *Cassee*; *Folmer*; *Giel*; *Giel en Le Nobel*; *Goldberg*; *Oliemans*; *Philipsen*; *Van der Velden*.

Tijdens bijeenkomsten in het kader van een samenwerkingsverband tussen huisartsen en een psycholoog werd de vraag gesteld of en in welke mate persoonlijkheidskenmerken een rol spelen bij de medische consumptie. Het is denkbaar dat, afgezien van overige relevante factoren, individuen met een an-

ders gestructureerde persoonlijkheid in een nagenoeg gelijke situatie de beslissing om de huisarts te raadplegen met verschillende snelheid zullen nemen. Ook is denkbaar dat, gezien de relatieve constantie van iemands persoonlijkheid, een individu in verschillende situaties toch met een gelijksoortige snelheid zal beslissen al dan niet medische hulp in te roepen.

Aangezien zowel medische consumptie als kenmerken van de persoonlijkheid te objectiveren variabelen zijn (de frequentie van huisartsbezoek kan worden vastgesteld en de persoonlijkheid kan worden gemeten met een schriftelijke vragenlijst) kan op exploratieve wijze naar een antwoord op deze vraag worden gezocht en daardoor over de relatie tussen facetten van de persoonlijkheid en de medische consumptie van een individu meer bekend worden.

### ONDERZOEK 1 (1973) –METHODE

*Steekproefbepaling.* In verband met het exploratieve karakter zal worden getracht mogelijke betrekkingen te maximaliseren door twee groepen huisartspatiënten met elkaar te vergelijken. De eerste groep bestaat uit patiënten die vaak een bezoek aan de huisarts brengen; wij kozen het criterium: de laatste drie maanden drie maal of meer bij de huisarts (groot-gebruikers). De tweede groep wordt gevormd door patiënten die zelden de huisarts consulteren; wij kozen hier de laatste twaalf maanden geen huisartsbezoek (klein-gebruikers).

Wij beperken onze steekproef tot personen tussen 18 en 65 jaar, aangezien de medische consumptie duidelijk gerelateerd is aan de leeftijd. Met name kleine kinderen en personen boven 65 jaar vertonen een verhoogde medische consumptie, welke veeleer door andere factoren dan de persoonlijkheid zal worden bepaald.

Uitgaande van deze criteria heeft een Leidse huisarts\*\* in oktober 1973 elke vijfde (gezins-)kaart uit zijn dossier getrokken. Wanneer de patiënt voldeed

---

**Samenvatting.** Een groep patiënten met een in een bepaalde tijdsperiode vrij geregeld bezoek aan de huisarts (hoge medische consumptie, „groot-gebruikers”), alsmede een groep met lange tijd geen huisartsbezoek (lage medische consumptie, „klein-gebruikers”) zijn beide onderzocht met behulp van een persoonlijkheidsvragenlijst (ABV), een Klachtenvragenlijst en een schriftelijke Gezondheidsvragenlijst. Het blijkt dat frequente huisartsbezoekers als groep ten opzichte van niet-frequente bezoekers in dit onderzoek antwoordden met een hogere psychoneurotische en functioneel-neurotische labiliteitscore; zij hebben meer klachten ervaren in de voorafgaande week en vertonen enkele kenmerken die samenhangen met een redelijke of slechte gezondheidstoestand. Dezelfde patiënten zijn één jaar na dit onderzoek opnieuw benaderd met dezelfde persoonlijkheidsvragenlijst en Klachtenvragenlijst. Zowel de groot- als de klein-gebruikersgroep had toen een persoonlijkheids- en klachtenscore, die opmerkelijk identiek was aan die van het jaar daarvoor. Op deze stabiliteit van de resultaten is nader ingegaan.

---

aan de selectie-criteria werd hij ingedeeld in een van de „consumptie”-groepen. Aldus zijn twee groepen van zestig patiënten (at random) samengesteld.

*Variabelen.* Als afhankelijke variabelen zijn gekozen:

a. De Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) (*Wilde*), een persoonlijkheidsvragenlijst, waarmee vier hoofdscores en zes toegevoegde reactie-scores worden verkregen. Deze vier hoofdscores zijn:

N: neurotische labiliteit, psychoneurotische klachten;

NS: neurotische labiliteit, functionele (lichamelijke) klachten;

E: sociale extraversie;

T: testattitude, zelf-defensieve versus zelf-kritische instelling bij de invulling van de vragenlijst.

De zes reactie-scores (omtrent de wijze van test-invulling) zijn:

MF: masculiniteit-feminiteit, het geven van antwoorden welke vaker door mannen respectievelijk vrouwen worden gegeven;

\* Klinisch psycholoog Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden, Jelgersma-kliniek te Oegstgeest (hoofd: Prof. Dr. J. Bastiaans)

\*\* De auteur is J. H. Pleiter, huisarts te Leiden, erkentelijk voor zijn omvangrijke medewerking bij het beschikbaar stellen van de steekproef en de bezoekfrequentie.

Vja: het geven van vulgaire, modale of populaire „ja” antwoorden in reactie op vragen, die door de meeste personen met „ja” worden beantwoord;  
 Vnee: idem, met betrekking tot het geven van „nee” antwoorden;  
 Vtotaal: het geven van vulgaire, modale of populaire antwoorden in totaal;  
 SW: de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden;  
 ??: het geven van vraagteken-antwoorden.

Bij de ABV wordt gebruik gemaakt van percentiel-scores, welke variëren tussen 1 en 100, met 50 als gemiddelde; de ruwe scores zijn, afhankelijk van leeftijd en sekse van de patiënt, omgezet in scores, welke zijn genormeerd aan de hand van een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Een lage percentiel-score betekent dat het kenmerk bij de patiënt weinig voorkomt; een hoge score dat het kenmerk in grote mate aanwezig is.

b. Een Klachtenvragenlijst, een Nederlandse bewerking van de Symptom Rating Test (Kellner en Sheffield; Van der Ploeg 1972 en 1975). Bij deze Klachtenvragenlijst kan een patiënt door middel van een kruisje zelf aangeven in welke mate hij de afgelopen week last of hinder heeft ondervonden van dertig op deze lijst geformuleerde klachten. Deze klachten kunnen in vier groepen worden verdeeld: somatische, depressieve, angst- en insufficiëntieklachten (respectievelijk S, D, A en I). De indeling van de klachten in de sub-schalen is identiek aan de door Kellner en Sheffield gehanteerde indeling. De S- en I-schaal bevatten elk zeven klachten, de D- en A-schaal acht. Per klacht kan de patiënt, afhankelijk van de mate waarin hij de afgelopen week last of hinder heeft gehad van de klacht, een score van 1-4 behalen. De „range” van de S- en I-schaal is derhalve 7-28; bij de D- en A-schaal is de „range” 8-32. De totaalscore (T) is de som van de vier sub-scores (range 30-120). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de ruwe scores.

c. Een Gezondheidsvragenlijst, een bewerking van de General Health Questionnaire-Screening Interview (Goldberg) waarmee enige schriftelijke informatie wordt verkregen omtrent medicijn-gebruik, arbeidsverzuim, spanningsklachten en algemene gezondheidstoestand.

Als onafhankelijke variabelen zijn ge-

Tabel 1. Sekse-verdeling steekproef 1973.

	Groot-gebruikers	Klein-gebruikers	Totaal
Man	23	47	70
Vrouw	37	13	50
Totaal	60	60	120

Tabel 2. Aantal respondenten en uitvallers.

	Uitvallers (geen respons, weigeringen, andere huisarts)	Terugontvangen	Onbruikbaar (foute leeftijd, door partner ingevuld, onvolledig)	Uiteindelijk bewerkt	
Groot-gebruikers	6	54	5	49	19 mannen 30 vrouwen
Klein-gebruikers	5	55	8	47	37 mannen 10 vrouwen

Tabel 3. ABV- en Klachtenvragenlijst-scores 1973.

	Groot-gebruikers N=49		Klein-gebruikers N=47		Significante p ≤
	gemiddeld	standaarddeviatie	gemiddeld	standaarddeviatie	
ABV N	68,9	27,4	40,2	29,1	.005
NS	70,2	27,8	46,7	27,9	.005
E	49,6	33,5	47,7	31,5	n.s.
T	40,8	29,5	40,0	32,6	n.s.
MF	32,8	27,7	52,3	28,5	.005
Vja	44,4	29,7	51,9	29,2	n.s.
Vnee	33,6	29,5	61,0	31,0	.005
Vtotaal	33,6	32,1	57,9	29,5	.005
SW	31,8	30,3	52,3	32,9	.005
??	59,6	27,5	55,8	26,9	n.s.
Klachtenvragenlijst					
Totaal	52,2	14,5	36,3	7,5	.005
Somatisch	11,5	3,4	8,4	2,0	.005
Depressie	13,0	4,7	9,2	1,8	.005
Angst	15,5	4,5	10,1	2,8	.005
Insufficiëntie	12,2	4,1	8,7	1,9	.005

kozen sekse en leeftijd van de patiënt.

*Materiaal-verzameling en -bewerking.* De vragenlijsten zijn medio november 1973 met een begeleidend schrijven aan de geselecteerde patiënten toegezonden. Daarna zijn de lijsten thuis opgehaald, waarbij is gepoogd een zo groot mogelijk percentage respondenten te verkrijgen. De lijsten zijn hierna bewerkt en de scores zijn op ponskaarten overgebracht voor statistische bewerking.

## RESULTATEN

*Steekproef.* Het bleek sneller mogelijk te zijn een groep van zestig klein-gebruikers samen te stellen dan een groep van zestig groot-gebruikers. Opvallend is dat in beide groepen de sekse-verdeling niet gelijk is; ook bestaat de indruk dat de sociale klasse (milieu) verdeling niet gelijk is (de klein-gebruikers zouden vaker tot een hogere milieugroep behoren). De leeftijdsverdeling is wel gelijk (gemiddeld 46 jaar en 44 jaar). De

sekse-verdeling is in tabel 1 samengevat. Het aantal mannen in de groep klein-gebruikers is (statistisch significant) te hoog (overigens wordt ook in ander onderzoek aangetoond dat vrouwen de huisarts vaker consulteren).

*Responsie.* In totaal zijn er van de 120 enquêtes 109 terugontvangen, waarvan er 96 bruikbaar waren voor statistische bewerking. In tabel 2 is het aantal respondenten en uitvallers samengevat. De gemiddelde leeftijd is in beide uiteindelijk bewerkte groepen identiek: 44 jaar.

*Persoonlijkheidsscores en klachtengegevens.* In tabel 3 zijn de ABV- en Klachtenvragenlijst-gemiddelden vermeld. Het vergelijken van de resultaten geeft aan dat frequente huisartsbezoekers significant (t-toetsen, Spitz) hogere scores behalen voor de variabelen psychoneuroticisme en functioneel (lichamelijk) neuroticisme. Men ziet dat in samenhang met veelvuldig bezoek aan de huisarts de patiënten als groep een duidelijk boven het landelijk gemiddelde gelegen psychoneurotische labiliteits-

score hebben verkregen. Ten opzichte van de klein-gebruikers is het verschil nog groter, aangezien de laatsten als groep beneden het landelijk gemiddelde antwoordden.

De groot-gebruikers (als groep) vertonen dus een met de vragenlijst gemeten verhoogde tendens tot klagen, welke enerzijds kan voortkomen uit hun „medische” problematiek, waarvoor men frequent de arts raadpleegde; door het hebben van medische klachten en het „ziek” zijn, gaat men ook op „psychologisch” gebied klagen en klachten ontwikkelen. Anderzijds kan men een neurotische dispositie veronderstellen, waardoor een individu tendeert naar het ervaren van meer klachten in zijn algemeenheid en daardoor naar een verhoogde medische consumptie.

Het merendeel van de ABV-reactiescores (welke negatief gecorreleerd zijn met de N-score) is in de groot-gebruikers-groep aanzienlijk verlaagd. Voor sociale extraversie en test-attitude behalen beide groepen nagenoeg identieke scores.

Frequente huisartsbezoekers hebben volgens de Klachtenvragenlijst in de voorafgaande week aanzienlijk meer klachten ervaren dan personen die reeds een jaar geen huisarts bezochten. De relatieve klachtenverdeling in de voorafgaande week is in beide categorieën huisartsbezoekers identiek (van meeste naar minste klachten steeds: angst, depressie, insufficiëntie en somatische klachten).

De ABV-scores van de groot-gebruikers blijken het midden te houden tussen de ABV-scores van een groep poliklinische psychiatrische patiënten en die van hun huwelijkspartners (*Van Dijk* en *Van der Ploeg*) en vertonen enige gelijkenis met de ABV-scores van een groep klinische psychiatrische patiënten bij ontslag (*Van der Ploeg* 1975).

De scores van de klein-gebruikers zijn doorgaans lager dan de ABV-gemiddelden van partners van ambulante psychiatrische patiënten (*Van Dijk* en *Van der Ploeg*) en hebben waarden nabij het (theoretisch) landelijk gemiddelde.

Speculatief kan men zich voorstellen dat in een aantal gevallen een zeer frequent bezoek aan de huisarts, waarbij geen duidelijk omschreven klachtenbeeld is te diagnosticeren, een indicatie vormt tot verwijzing naar een specialisme. Bijvoorbeeld een verwijzing naar een

psychiatrische polikliniek kan een gevolg zijn van zeer frequente consulten zonder dat de bezoekredenen „psychiatrisch” waren. De onmacht of de onmogelijkheid van de huisarts om het regelmatig gepresenteerde klachtenbeeld te doen wijzigen kan wellicht bijdragen tot het besluit de patiënt te verwijzen. Nader onderzoek met onder meer persoonlijkheidsvragenlijsten bij „somatische” en „psychiatrische” poliklinische specialismen is derhalve gewenst om na te gaan of in dit soort „vage” situaties de neurotische labiliteitsscores meer verhoogd zijn dan in gevallen, waarbij verwijzing plaatsvond op grond van een duidelijk omschreven ziekte- of klachtenbeeld.

#### *Gezondheidsvragenlijst-gegevens.*

Bewerking van de gezondheidsvragenlijsten geeft het volgende patroon:

1 Patiënten, die vaak naar de huisarts gaan, zeggen eerder een redelijke of slechte dan een goede gezondheid te bezitten. Zij die een jaar de huisarts niet bezoeken, rapporteren vaker over een goede gezondheid te beschikken.

2 Regelmatig medicijn-gebruik op voorschrift van een arts komt in de groot-gebruikersgroep aanzienlijk meer voor (76 procent) dan bij de klein-gebruikers (9 procent).

3 Arbeidsverzuim komt vaker voor in de groep die frequent een huisarts consulteert.

4 Het ervaren van beperkingen in het gedrag en dagelijks functioneren en het moeten nalaten van bepaalde activiteiten op grond van de gezondheidstoestand komt in de groot-gebruikersgroep vaker voor.

5 Groot-gebruikers ervaren meer spannings- en angstklachten en zij hebben meer last van (regelmatige) slape-loosheid dan de klein-gebruikers.

*Samenvatting.* Het criterium „frequentie van bezoek aan de huisarts” blijkt relatief bruikbaar voor de selectie van zogenaamd zieke en zogenaamd gezonde individuen. De klein-gebruikers bijvoorbeeld scoren op de persoonlijkheidsvragenlijsten als groep nagenoeg conform het landelijk gemiddelde. De groot-gebruikers gelijken in hun antwoordpatroon enigszins op poliklinische en klinische psychiatrische patiënten.

Frequente huisarts-bezoekers (ten opzichte van laag frequente huisarts-bezoekers): zijn vaker vrouwen dan mannen; verschillen niet in leeftijd; heb-

ben waarschijnlijk een iets lagere sociale status; antwoorden meer psychoneurotisch labiel; antwoorden meer functioneel-neurotisch labiel; verschillen niet in sociale extraversie; hebben meer klachten ervaren in de afgelopen week; rapporteren eerder een redelijke of slechte dan een goede gezondheid te bezitten; gebruiken meer medicijnen; hebben meer arbeidsverzuim; ervaren meer beperkingen in hun functioneren; ervaren meer spannings- en angstklachten en hebben meer slape-loosheid.

#### ONDERZOEK 2 (1974) – INLEIDING

Bij bewerking van de in 1973 verkregen resultaten is de vraag opgekomen in welke mate een verhoogde neuroticisme-score mogelijkerwijs was beïnvloed door een recente periode van „somatische” ziekte. Met andere woorden: in welke mate zou men kunnen spreken van een als gevolg van ziekte en klachtenperiode verhoogde N- en NS-score? Is de neurotische antwoordtendientie nu oorzaak of gevolg van frequent huisartsbezoek? *Van der Velden* meent dat de neurotische antwoordtendientie (een verhoogde N- en NS-score) in samenhang waarmee men meer klachten ervaart, mede aanleiding is voor het frequenter consulteren van de huisarts.

Om inzicht te verkrijgen in een mogelijk antwoord op deze vraag en uit exploratieve overwegingen is besloten de respondenten van 1973 in 1974 (precies een jaar later) nogmaals te verzoeken de persoonlijkheidsvragenlijsten in te vullen; tevens kunnen dan relaties worden nagegaan met de bezoekfrequentie in het jaar na het eerste onderzoek. In het tweede deel van dit artikel zal op deze bezoekfrequenties en -relaties daarmee uitgebreid worden ingegaan.

#### METHODE

Aan 90 van de 96 statistisch bewerkbare respondenten uit 1973 is precies een jaar na de eerste test-invulling schriftelijk het verzoek gericht nogmaals twee van de drie vragenlijsten te beantwoorden. De ABV en Klachtenvragenlijst zijn met een begeleidend schrijven en een antwoord-enveloppe toegezonden. Een deel van de respondenten (34 procent) is éénmaal met een rappèl-brief benaderd.

Uiteindelijk zijn van de 90 lijsten 81 bruikbare lijsten retour ontvangen. Er was een lichte tendentie tot snellere retournering in de groep groot-gebruikers. De gezondheidsvragenlijst was niet mee-

gezonden in verband met het schriftelijke karakter van dit tweede onderzoek. In 1973 bleek een aantal respondenten vrij veel toelichting nodig te hebben voordat men deze lijst kon beantwoorden.

In *tabel 4* is de steekproef 1974 samengevat. De 81 responsies zijn bewerkt en de resultaten zijn eveneens op ponskaart overgebracht voor statistische bewerking. De gemiddelde leeftijd van de twee groepen respondenten blijkt ook in 1974 niet verschillend van elkaar. Het verschil in sekse-verdeling is niet gewijzigd. Als afhankelijke variabele is toegevoegd de bezoekfrequentie aan de huisarts in de periode tussen de twee enquêtes (november 1973 tot en met oktober 1974).

#### RESULTATEN

*Persoonlijkheidsscores en klachtengegevens 1974.* De gemiddelden 1974 kunnen het best worden gezien wanneer ook de in 1973 behaalde scores van dezelfde individuen daarbij worden vermeld. Een en ander is samengevat in *tabel 5*. Zeer opvallend is dat de scores met tussentijd van één jaar zowel op de (relatief) stabiele en betrouwbare ABV als ook op de Klachtenvragenlijst (welke klachten van de voorafgaande week meet) nagenoeg identiek zijn. Zowel de groep laag als de groep hoog frequente huisartsbezoekers heeft bij aanbieding van de test nauwelijks wijziging ondergaan in persoonlijkheidsprofiel en in klachtenprofiel. De psychoneurotische en functioneel (lichamelijk) neurotische-labiliteitsscores, welke in de groot-gebruikersgroep duidelijk boven het landelijke gemiddelde lagen, zijn op hetzelfde niveau gebleven. De klein-gebruikers hebben de iets beneden het landelijk gemiddelde gelegen scores op deze kenmerken van de persoonlijkheid behouden.

Het verwachten van grote verschillen na één jaar is niet gerechtvaardigd, omdat persoonlijkheidskenmerken in de loop der tijd niet al te zeer veranderen. Dat echter deze sterke overeenkomst in de scores werd verkregen is opmerkelijk. Nog opmerkelijker is het dat ook op de Klachtenvragenlijst (ten aanzien van in de afgelopen week ervaren klachten) vrijwel identieke scores zijn verkregen. Dit impliceert enerzijds dat de patiënten er een vrijwel dezelfde klachtenpresentatie op na houden, onafhankelijk van het moment van enquête, anderzijds dat de „werkelijke” klachten (of die nu somatisch zijn getint dan wel te maken hebben

*Tabel 4. Steekproef 1974, aantallen.*

	In aanmerking komend	Bij voorbaat niet benaderd (te oud, te ziek, andere huisarts)	Wel benaderd	Geen respons (of weigering)	Bewerkingsmogelijk	
Groot-gebruikers	49	4	45	4	41	17 mannen 24 vrouwen
Klein-gebruikers	47	2	45	5	40	32 mannen 8 vrouwen

*Tabel 5. Resultaten 1973 en 1974 van groot- en klein-gebruikers.*

Variabele	Groot-gebruikers (N=41)		Klein-gebruikers (N=40)	
	1973	Gemiddelden 1974	1973	Gemiddelden 1974
ABV N	68.1	73.7	41.0	44.3
NS	70.2	72.8	48.1	45.7
E	50.5	49.9	47.7	45.8
T	39.1	37.6	38.9	36.4
MF	34.0	31.8	51.1	54.1
Vja	45.4	44.2	51.0	46.9
Vnee	33.7	28.8	59.3	56.7
Vtot	33.6	31.5	54.8	51.1
SW	31.5	30.4	49.2	45.5
??	61.1	61.2	58.9	65.4
Klachtenvragenlijst				
Totaal	51.5	52.4	36.7	37.9
Somatisch	11.5	12.0	8.5	8.8
Depressie	12.7	13.3	9.2	9.5
Angst	15.4	15.5	10.2	10.7
Insufficiëntie	12.0	12.1	8.8	9.3

*Tabel 6. Correlaties 1973 met 1974 resultaten.*

Variabele	Groot-gebruikers (N=41)		Klein-gebruikers (N=40)	
	r =	p ≤	r =	p ≤
ABV N	.78	.001	.80	.001
NS	.70	.001	.82	.001
E	.83	.001	.86	.001
T	.68	.001	.53	.001
MF	.06	.001	.45	.002
Vja	.71	.001	.77	.001
Vnee	.83	.001	.75	.001
Vtotaal	.84	.001	.82	.001
SW	.88	.001	.80	.001
??	.59	.001	.68	.001
Klachtenvragenlijst				
Totaal	.64	.001	.70	.001
Somatisch	.78	.001	.57	.001
Depressie	.63	.001	.70	.001
Angst	.56	.001	.71	.001
Insufficiëntie	.64	.001	.71	.001

met depressie-, angst- of insufficiëntiegevoelens) niet zijn veranderd in één jaar tijd.

Tussen de score 1973 en de score 1974 zijn per groot- en per klein-gebruikersgroep geen significante verschillen. De correlaties (statistische maat van samenhang) van de resultaten uit 1973 met die uit 1974 zijn derhalve per subgroep zeer hoog (*tabel 6*). De statistisch significante verschillen tussen de twee consumptiegroepen welke in 1973

gevonden werden, zijn derhalve ook in het 1974 materiaal aanwezig.

Resumerend kan worden gezegd dat de resultaten van het onderzoek uit 1973 in 1974 vrijwel identiek zijn teruggevonden (hoewel de patiënten was verzocht de huidige, actuele situatie weer te geven). Het selectie-criterium „frequentie van huisarts-bezoek” blijkt derhalve in deze steekproef (bij deze Leidse huisarts) een betrouwbare maatstaf voor de selectie van meer en minder psycho- en func-

tioneel neurotisch antwoordende, alsmede meer en minder (actueel) klagende personen. Hierdoor lijkt het niet waarschijnlijk dat de verhoogde klaagtendie op de vragenlijst een direct gevolg is van een bepaalde periode van „ziekte” of veelheid aan klachten, doch veeleer een relatief permanente factor, waaruit een bepaalde toeneming in het ervaren van klachten kan ontstaan, welke kan resulteren in een verhoogde medische consumptie. Maar aangezien de groep groot-gebruikers nogal wat klachten rapporteert op de Klachtenvragenlijst is de mogelijkheid weer niet uit te sluiten, dat toch op grond van het hebben van veel klachten een klaagtendie op de persoonlijkheidsvragenlijst wordt gemeten. Tevens blijkt ook de bezoekfrequentie van de groep groot-gebruikers in het jaar tussen de twee enquêtes aan de hoge kant te zijn gebleven. Een antwoord op de vraag naar oorzaak en gevolg omtrent neurotische labiliteit en verhoogde medische consumptie kan derhalve vooralsnog niet worden gegeven. In de discussie zal hierop nader worden ingegaan.

#### DISCUSSIE

Het bezien van de neuroticisme-scores van de patiënten uit de groot- en klein-gebruikersgroep leert dat deze scores nogal veel overstrijken. Er zijn klein-gebruikers met een maximale N-score en er zijn groot-gebruikers met een minimale klaagtendie. Evenwel kan men toch spreken van een twee-topfige verdeling; het merendeel van de klein-gebruikers heeft een lage N-score en het merendeel van de groot-gebruikers heeft een hoge N-score. Wanneer wij de midden-„range” van de neuroticisme-scores (30 tot en met 70) weglaten vinden wij in 1973 bij de groot-gebruikers slechts vijf patiënten met een N-score beneden 30 (bij de klein-gebruikers zijn dat er 29); boven de 70 bevinden zich 25 groot-gebruikers en toch nog acht klein-gebruikers. In 1974 vinden wij beneden de 30 weer vijf groot-gebruikers en veertien klein-gebruikers; boven de 70 vinden wij weer 25 groot-gebruikers en zeven klein-gebruikers.

Verondersteld kan worden dat bij een beperkt aantal patiënten de neurotische klaagtendie niet al te veel bijdraagt tot de beslissing om de huisarts te raadplegen. Andere factoren zullen een hoofdrol spelen, de persoonlijkheid speelt een bijrol. Verder onderzoek zou

zich bijvoorbeeld kunnen richten op laag- en hoog-neurotische groot-gebruikers versus laag- en hoog-neurotische klein-gebruikers. Laag-neurotische groot-gebruikers en hoog-neurotische klein-gebruikers zijn als het ware individuen die op grond van andere variabelen dan de persoonlijkheid overgaan tot medisch consumptief gedrag.

Overigens zijn in dit onderzoek bepaalde relaties en samenhangen gevonden tussen huisartsbezoek en de persoonlijkheid (zoals werd gemeten met de ABV). Wellicht is het mogelijk met andere persoonlijkheidsvragenlijsten (Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst – NPV, *Luteijn*; Edwards Personal Preference Schedule – EPPS, Nederlandse versie, *Tjoa*) een onderzoek als dit te repliceren. Het is waarschijnlijk dat dan soortgelijke relaties zullen worden gevonden en dat nieuwe relaties kunnen worden toegevoegd.

Het door ons gehanteerde criterium voor groot- en klein-gebruikers is uiteraard discutabel. Men kan zich voorstellen dat een gering aantal bezoeken per jaar toch klein-gebruik impliceert en dat voor groot-gebruik een hogere frequentie moet worden bereikt. Ook is uitsluiting van de verzekeringsfactor (ziekenfonds-versus particuliere verzekering, al dan niet met vergoeding voor huisarts-onkosten) het overwegen waard. In sommig onderzoek vindt men een hogere consumptie wanneer de medische hulp gratis zou zijn; in ander onderzoek wordt dit ontkent.

Het verkrijgen van de gegevens voor dit onderzoek vond steeds plaats in november tot januari. Voortgezet onderzoek zou zich, om seizoens-invloeden uit te sluiten, over alle maanden van het jaar moeten uitstrekken. Ook bestaat de mogelijkheid dat de nu gevonden constantie van de gegevens vermindert indien het onderzoek (longitudoonaal) over vele jaren gaat lopen. Dat de grootte van de begin-steekproef in dat geval omvangrijk moet zijn, leert dit onderzoek (met één jaar viel reeds een derde af als onbruikbaar).

De samenstelling van de steekproef vond plaats doordat de huisarts van de gezinskaart steeds de man als eerste las, daarna de vrouw, daarna de thuiswonende kinderen. Hierdoor is een geringe verhoging van het aantal mannen in de steekproef ontstaan. Tevens zal een deel van de bezoek-frequentie zijn bepaald door huisarts-specifieke factoren. Men kan zich voorstellen dat een idiosyncra-

tisch patroon aanwezig is, waarbij iemand met bepaalde klachten sneller wordt gevraagd op het spreekuur terug te komen dan iemand met andere klachten; ook persoonlijke voorkeur zal een zekere rol spelen. De snelheid waarmee een arts verwijst en de hoeveelheid energie die wordt geïnvesteerd in een groot-gebruiker zal van geval tot geval verschillen. Wellicht komt het voor dat op grond van specifieke huisarts-variabelen iemand uit de ene gebruikersgroep voor bepaalde tijd in de andere consumptie-groep terecht komt. Bepaalde patiënten zullen regelmatig een bezoek aan de huisarts brengen omdat de geboden hulp zeer effectief is en zeer op prijs wordt gesteld; ook zullen sommige bezoeken worden afgelegd om daarmee de arts te confronteren met de nog steeds aanwezige klacht, enerzijds als verwijt, anderzijds als wens tot verwijzing.

Dat de in het voorgaande beschreven relaties en veronderstellingen betrekking hebben op één bepaalde praktijk in één bepaalde wijk van één bepaalde stad behoeft geen verder betoog. Dat maakt generaliseren vrijwel onmogelijk. Wanneer bijvoorbeeld plotseling de werk-situatie van een deel van de onderzochte patiënten zou wegvallen, kunnen ziekte-gedrag en de medische consumptie diensengevolge veranderen.

In dit onderzoek werd de huisarts geconfronteerd met nogal wat psychosociale problematiek. Een deel van de bezoeken zal meer van psychosociale dan strikt „somatische” aard zijn geweest. Uiteraard moet de huisarts in staat zijn een bepaalde psychosomatische geneeskunst te bedrijven en moet hij oog hebben voor deze problematiek. Gezien de resultaten van dit en ander onderzoek worden veel bezoeken gebracht door patiënten met hoge neuroticisme-scores. Derhalve dient in de opleiding van de huisarts uitgebreid aandacht te worden besteed aan neurotische kenmerken en aan individuen met neurotische problematiek. De huisarts zal in beperkte mate in staat moeten zijn psychotherapie te bedrijven en excessief klagende patiënten te begeleiden.

In het tweede deel van dit artikel, waarin de bezoekfrequenties centraal staan, zal in de discussie nog nader worden ingegaan op een aantal aspecten van de persoonlijkheid in relatie tot huisartsbezoek.

*Summary. A study of the relation between the frequency of consulting the family doctor,*

and personality traits (1). A group of patients who fairly regularly consulted the family doctor during a given period („high-rate patients”) and a group of patients who did not consult the family doctor over a long period („low-rate patients”) were both studied with the aid of a personality questionnaire (ABV), a complaints questionnaire and a health questionnaire. It was found that the group of the high-rate patients had a higher psychoneurotic and functional neurotic instability score than the group of the low-rate patients: they had experienced more symptoms in the preceding week and showed some characteristic features related to fair or poor health. One year later the same groups of patients were again approached with the same personality questionnaire and complaints questionnaire. At that time both groups had personality and complaints scores which were strikingly identical to the scores on the preceding occasion. This stability of the results is discussed.

Aakster, C. W. Socio-cultural variables in the etiology of health disturbances - A socio-

logical approach. Academisch proefschrift, Groningen, 1972.  
 Aakster, C. W. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 194-199 en 199-203.  
 Brouwer, W. en F. Touw-Otten (1974) huisarts en wetenschap, 17, 3-15.  
 Cassee, E. Th. Naar de dokter (enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg). Boom, Meppel, 1973.  
 Van Dijk, R. en H. M. van der Ploeg (1976) T. Psychiat., 18, 291-312 en 355-363.  
 Folmer, H. R. Huisarts en IJsborg. Academisch proefschrift, Utrecht, 1968.  
 Giel, R. (1972) T. Soc. Geneesk. 50, 365-371.  
 Giel, R. en C. P. J. Le Nobel (1971) Ned. T. Geneesk. 115, 949-954.  
 Goldberg, D. P., The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London, 1972.  
 Kellner, R. en B. F. Sheffield, Abridged manual of the Symptom Rating Test, University of Liverpool (ongepubliceerd), 1972.  
 Luteijn, F., De constructie van een persoonlijkheidsvragenlijst (De NPV). Aca-

demisch proefschrift, Groningen, 1974.  
 Oliemans, A. P., Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.  
 Philipsen, H. Afwezigheid wegens ziekte. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1969.  
 Van der Ploeg, H. M., De Klachtenvragenlijst, bewerking van de Symptom Rating Test door Kellner en Sheffield (ongepubliceerd), 1972.  
 Van der Ploeg, H. M. (1975) T. Psychiat., 17, 501-513.  
 Spitz, J. C., Statistiek voor psychologen, pedagogen, sociologen. Noord-Hollandische Uitgeversmaatschappij, Amsterdam, 1965.  
 Tjoa, A. S. H., De Edwards Personal Preference Schedule. Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1973.  
 Velden, H. G. M. van der, Huisvrouw - Huisarts - Huisgezin. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1971.  
 Wilde, G. J. S., Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst-methode. F. van Rossen, Amsterdam, 1970, tweede vermeerderde druk.

## Een nieuwe huisarts in het team\*

DOOR DR. J. D. MULDER, B. DE BEER EN H. D. M. JANSEN, HUISARTSEN

Toen onlangs een nieuwe partner moest worden gezocht voor de huisartsengroepspraktijk werd een nieuwe procedure gekozen, die alle betrokkenen goed is bevallen. Door onze methodiek wat gedetailleerder weer te geven dan V. Dubois onlangs deed - (1976) huisarts en wetenschap 19, 178 - hopen wij een nuttige aanvulling op zijn publikatie te geven.

### FASE 1

Sollicitatiebrieven kunnen worden vergaard via:

A. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het voordeel hiervan is dat de sollicitanten meteen iets weten over de financiële mogelijkheden, die de praktijk heeft te bieden en dat er op bonafide grondslag wordt onderhandeld. Overigens moet in een latere fase de Maatschappij het contract toch goedkeuren.  
 B. Door middel van een advertentie, bijvoorbeeld de tekst van Maarssebroek of Randweg, Rotterdam. Het duurt dan echter een maand langer voordat de procedure kan beginnen.  
 C. Door persoonlijke relaties aan te boren. De keus is dan veel kleiner.

\* Uit het Gezondheidscentrum „Wantveld” te Noordwijk aan Zee.

De blijvende huisartsen bekijken de sollicitatiebrieven afzonderlijk op een aantal voor ieder van hen persoonlijk relevante criteria, zoals ervaring in een groepspraktijk, beroepsopleiding enzovoort. Zij verdelen de brieven daarna in drie groepen: ja/nee/misschien. Vrijwel dagelijks maakten wij samen uit de groep „ja” en „misschien” een lijst op van de potentieel op te roepen sollicitanten. Deze groep kreeg vervolgens uitvoerige documentatie over het Gezondheidscentrum en de groepspraktijk in de vorm van een artikel (1974) huisarts en wetenschap 17, 299, een jaarverslag over de episode 1974-1976 en een curriculum vitae van de huisartsen. Enkelen haakten hierop af omdat dit niet het type praktijk was dat zij zochten.

### FASE 2

Drie sollicitanten werden - zonder partner - op hetzelfde tijdstip opgeroepen. Ieder van hen had eerst een gesprek met één van de drie huisartsen, die informatie gaf over de reden van het ontstaan van de vacature en over de procedure. Na een half uur en vervolgens na een uur rouleerden de sollicitanten naar een andere huisarts. De laatste liet hen na het gesprek het gebouw zien en beantwoordde hun vragen onder andere naar

**Samenvatting. Verschillende fasen van de selectie-procedure voor een nieuwe huisarts in een groepspraktijk en gezondheidscentrum worden beschreven.**

aanleiding van de toegezonden documentatie.

In de eerste drie maal een half uur was er tussen de drie huisartsen een verdeling afgesproken betreffende vragen over:

1. Jeugd, opleiding en werk tot nu toe.
2. Ervaring en visie op diverse gebieden van de huisartsgeneeskunde.
3. Ervaring in het samenwerken met artsen en andere hulpverleners onder andere ook tijdens de studie, en visie op het onderwijs.

In een *bijlage* is deze vragenlijst, die vooral als leidraad diende, opgenomen.

Direct na afloop van deze twee uur kwamen de drie huisartsen bij elkaar om de tijdens de gesprekken ingewonnen informatie uit te wisselen en hun zeer persoonlijke indruk weer te geven. Vervolgens gaven zij de kandidaten gemeenschappelijk een rangnummer voor zover zij tenminste niet meteen afvielen. Na elke zitting werden de nieuwe kandidaten in de ranglijst ingepast. Wij gingen niet uit elkaar voordat unanimiteit over de volgorde bestond. Mede door alle sollicitanten binnen enkele dagen te zien, gelukte het ons de verschillende sollici-