

is. Het blijkt dat elk van de genoemde dimensies belangrijk is en dat veel situaties ontstaan waarbij tijdens het handelen van de praktijkcoördinator verschillende elementen gelijktijdig aan de orde zijn.

Summary. The function of a coordinator in a health centre. The function of a practice coordinator in the Ommoord health centre is described. His central task is to bridge the gap between the objectives formulated by the nuclear team and their actual execution. Together with a trainee, the practice coordinator's daily duties have been analysed. The hypothesis was advanced that the work of a practice coordinator should have a multidimensional character.

This was confirmed. The substantive features of management in the health centre are elucidated by means of a study based on six dimensions judged as follows; handling of information receives the heaviest emphasis; anticipation is closely related to this and ranks second, followed by personnel policy and internal guidance, which rank equally; if the term power is translated into influence, then it can be observed that the position in the organization and the function of the coordinator always gives him power. It appears that each of the abovementioned dimensions is important and that there are many situations in which the activities of the practice coordinator comprise several elements simultaneously.

- Drucker, P. F. Management in de praktijk. De Bussy, Amsterdam, 1966.
- Houtman, A. M. A. Machtsaspecten binnen de hulpverlening. Dekker en van de Vegt, Nijmegen, 1976.
- Jaarverslag Kernteam. Gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam, 1975 en 1976.
- Johanssen, J. en anderen. Management van morgen S.I.O.O.. Stenfort Kroese, Leiden, 1976.
- Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 15 (1975) Ibidem 18, 373. (1976) Ibidem 19, 181.
- Lievegoed, B. C. J. Organisaties in ontwikkeling. Lemniscaat, Rotterdam, 1972.
- McGregor, D. De professionele manager. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1973.
- Mintzberg, H. The nature of managerial work. Harper and Row, New York, 1973.
- Reddin, W. J. Managereffectiviteit. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1973.
- Sanders-Glasbergen, H. G. Gezondheidscentrum Ommoord. Werkstuk Hogere Opleiding, Hogere School voor Gezondheidszorg, 1977.
- Segers, J. H. G. Sociologische onderzoeksmethoden. Van Gorcum, Assen, 1975.
- Wiegersma, S. Sociale arbeidspsychologie. De Toorts, Haarlem, 1973.
- Wijvekate, M. L. Verklarende statistiek. Spectrum, Utrecht, 1969.

Van ziektegevoel tot klaaggedrag

Neurotische labiliteit en de presentatie van klachten aan de huisarts

A. W. MOLL VAN CHARANTE, HUISARTS TE ZEIST

Over de verborgen morbiditeit is nog weinig bekend. Met name zijn de factoren die de grens tussen de gepresenteerde en niet gepresenteerde morbiditeit bepalen nog niet duidelijk. Naast onder andere psychische, sociale en culturele invloeden blijkt een actuele evenwichtsverstoring, zoals verhuizing, tot een veranderd patroon van vragen om hulp te kunnen leiden. In het kort wordt beschreven dat de meting van klaagbehoefte zinvol is om tot detectie van bedreigde groepen met een latente of gemaskeerde vraag om hulp te komen.

Het is bekend dat slechts een deel van alle ervaren gezondheidsstoornissen ter kennis van de huisarts komt (Folmer; Van der Velden). Over de niet gepresenteerde morbiditeit, de zogenaamde verborgen morbiditeit, is nog weinig bekend. Om dit onzichtbare gedeelte van de ijsberg van morbiditeit in beeld te krijgen, kan men gebruikmaken van enquëtering of vragenlijst-onderzoek bij de desbetreffende populatie.

Een nauwkeuriger beeld verkrijgt men wellicht door het doen bijhouden van een klachtenkalender door bijvoorbeeld een representatieve steekproef uit de te onderzoeken populatie. Met een dergelijke registratie kan men gedurende een bepaalde periode alle ervaren stoornissen in gezondheid of welzijn in kaart brengen.

Meting van klaagbehoefte

Om de mogelijkheden van een dergelijke methode nader te onderzoeken, deden wij een exploratief onderzoek bij een aantal huisvrouwen. Omdat wij ons hierbij niet zozeer op individuen dan wel op gezinnen wilden richten, kozen wij huisvrouwen als rapporteurs over hun gezin. De huisvrouw heeft immers het beste inzicht in hetgeen zich in haar gezin aan ziekte en onwelzijn afspeelt; zij ook vervult voor haar gezin een brugfunctie in het contact met de hulpverlener (Van der Velden).

Bij een dergelijk onderzoek naar aan het blikveld van de arts onttrokken stoornissen in gezondheid en welzijn doen zich tal van vragen voor. Het is bekend dat de top van de ijsberg, maar ook het onzichtbare

gedeelte, kwantitatieve en kwalitatieve verschillen vertonen naar leeftijd, geslacht, psychologische en sociale variabelen alsmede naar de aard en de ernst van de aandoening (Folmer; Van der Velden).

Voor het bijhouden van een klachtenkalender geldt wellicht dat de nauwkeurigheid van de rapportage kan wisselen naar allerlei interveniërende factoren waaronder de tijdsduur waarover moet worden gerapporteerd.

Ziekte en ziektegedrag tonen een sterke gezinsmatigheid en men kan zich de vraag stellen of in gezinnen het optreden van ziekten of ziektegedragingen van de verschillende gezinsleden onderlinge samenhang vertonen. Hiervoor bestaan aanwijzingen uit diverse onderzoeken onder andere van Huygen (1968, 1970). Een belangrijk onderwerp van studie vormt de naar allerlei psychologische en maatschappelijke factoren wisselende klaagbehoefte. Voor zover deze klaagbehoefte wordt weerspiegeld in ziektegedrag, in casu het presenteren van klachten aan de huisarts, is het een belangrijke vraag of deze klaagbehoefte ook op andere wijze meetbaar is. Met name uit een oogpunt van preventie lijkt het zinvol te kunnen beschikken over een ander meetinstrument dan de geregistreerde morbiditeit alléén.

In deze bijdrage wordt verslag gedaan van het onderzoek naar de bruikbaarheid van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (A.B.V.) wat betreft het opsporen van een verhoogde klaagbehoefte. De vraag derhalve of het klagen dat zich onder andere door middel van ziektegedrag manifes-

teert, meetbaar is met behulp van dit reeds gevalideerde meetinstrument.

In 1970 werd gedurende negen maanden een vooronderzoek gedaan waarbij wij ons op met name deze vraagstelling hebben gericht. Ten aanzien van de verzameling onderzoekgegevens kozen wij voor een simpele en weinig tijd vergende wijze van registreren door een aantal huisvrouwen. Op daartoe speciaal ontworpen enquêteformulieren rapporteerden de desbetreffende huisvrouwen telkens over een periode van veertien dagen en dat gedurende twee jaar over alle in het gezin ervaren stoornissen in de gezondheid. De formulieren werden na elke periode van veertien dagen verzameld.

De ziektegedragingen waarover de huisvrouw werd uitgenodigd te rapporteren waren:

1. aantal dagen te bed
2. aantal dagen binnen gebleven
3. aantal dagen „niet de oude”
4. aantal malen zelfmedicatie (welke)
5. aantal malen (buren)hulp
6. aantal malen telefonisch overleg met huisarts
7. aantal malen spreekuurbezoek
8. aantal malen visite aan huis
9. aantal malen poliklinisch bezoek
10. aantal dagen opname in een ziekenhuis
11. aantal malen geneesmiddelengebruik (recept)

De instelling tot het onderzoek evenals de coöperatie maken een sterke discrepantie mogelijk tussen het bewust gepercipieerde ziek-zijn en de registratie ervan (*Kosa*). Wij hebben daarom parameters ontwikkeld om de „invul-getrouwheid” en de coöperatie doorlopend te kunnen meten.

Na twee jaar continue materiaalverzameling bij 163 gezinnen buiten de praktijk c.q. buiten het praktijkgebied, bleken deze parameters redelijk constant te zijn gebleven. Voorts bleek de „oogst” aan (ziekte)meldingen aanmerkelijk (2753).

Bruikbaarheid van de A.B.V.-scores

Wij beperken ons in dit artikel tot de vraagstelling: waarmee kunnen wij de in deze meldingen gemanifesteerde klaagbehoefte meten?

Van de in Nederland valide instrumenten meet de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) van *Wilde* op betrouwbare wijze onder meer de psychoneuroticiteit (N), de neurosomaticiteit of klaagtendentie (NS), de testattitude (T) en de extravertie (E). De scores voor NS, en in mindere mate die voor N, voldeden aan dit onderzoekdoel.

Ons ontbrak echter nog een als stressor werkzame situatie, die een toename in de klaagtendentie zou kunnen bewerkstelligen. Bij aanwezigheid van een dergelijke situatie kan wellicht nog duidelijker worden welk aandeel in het geregistreerde ziektegedrag was aan te merken als klagen (over). Uit de publikatie van *Clemens-Schröner* is duidelijk geworden, dat verhuizing van het gezin als zo'n stressor is aan te merken door de ermee gepaard gaande gedwongen aanpassing. De zingeving als voorwaarde voor welzijn wordt hierbij gedurende enige tijd als het ware beproefd.

Wij besloten terwille van de gelijktijdigheid en de vergelijkbaarheid ons onderzoek te verrichten bij een zojuist gevestigde populatie gezinnen. Deze gezinnen vestigden zich alle in een hoogbouw-meergezinswoning. Na introductie verkregen wij van 163 van de 172 zojuist in een dergelijk flatsegment gehuisveste, hoofdzakelijk jonge gezinnen medewerking.

In 1970 was ons onbekend of de scores voor N en NS, tezamen de neurotische dispositie afbakenend, variabel waren in de tijd. Ook op deze vraag hebben wij destijds ons voor-onderzoek afgestemd. De test scores bleken voldoende variabiliteit te vertonen gedurende de negen maanden van het voor-onderzoek, om te worden aangemerkt als „variabelen”. Wij waren derhalve in staat veranderingen in het klagen in verband te brengen met veranderingen in genoemde scores. Dat was in elk geval onze veronderstelling.

De voor onze vraagstelling relevante gegevens vinden wij onder meer in *figuur 1*. Met de getrokken lijn wordt, verdeeld over 52 perioden, het totale aantal ziekmeldingen onder de 163 gezinnen van deze flatpopulatie per veertien dagen aangegeven. Met de stippellijn wordt het aantal contacten met de huisarts geregistreerd.

De vraag om hulp blijkt zeer constant te zijn geweest (in de registraties met betrekking tot het gehele gezin); de meldingen zonder hulpverlening zijn in de tijd aanmerkelijk afgenomen. Gezien de gebleken stabiliteit van de parameters betreffende de meldingsbereidheid kunnen wij dit verschijnsel niet uitsluitend toeschrijven aan een toename van „underreporting” van kleinere aandoeningen. Als men alle ziektegedragingen (te bed, binnen gebleven enzovoort) zou opvatten als onafhankelijke variabelen, komt men tot een zeer groot – (2¹¹) – hypothetisch totaal aan mogelijke ziektegedragingspatronen. Door middel van factoranalyse en rotatie hebben wij uit dit hypothetisch universum de meest voorkomende ziektegedragingsmanifestaties geselecteerd. Voorlopig alleen met betrekking tot het ziektegedrag van de

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Aantal meldingen	.28	.89	.17
Aantal dagen te bed	.17	.10	.76
Aantal dagen binnen	.05	.28	.77
Aantal dagen buiten, maar nog niet de oude	.69	.36	.17
Aantal malen zelfmedicatie	.06	.89	.21
Aantal malen telefonisch overleg	.49	.08	.57
Aantal malen spreekuurbezoek	.68	.13	.21
Aantal malen visite aan huis	.25	.50	.00
Aantal malen polibezoek	.61	.02	.18
Totaal geneesmiddelen	.88	.05	.21
Duur aandoeningen	.90	.12	.09
Percentage verklaarde variantie	64	22	14

huisvrouw. Bij factoranalyse wordt binnen een groep van onderling al of niet afhankelijk variabelen nagegaan welk deel de verschillende variabelen verklaren van één variabele uit die groep. Bij rotatie komt telkens een andere variabele aan de beurt. De hieruit te voorschijn komende drie „clusters” of „factoren” zijn in bovenstaande tabel gerubriceerd.

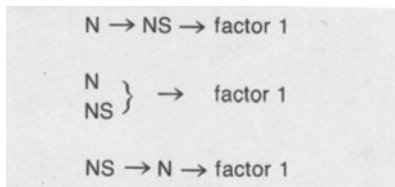
Deze „factoren” bleken bij de extractie uit het materiaal van het eerste respectievelijk het tweede jaar, opmerkelijk constant. Deze twee groepen van drie factoren vertonen een correlatiemaat van .93. De desbetreffende gedragsvormen hebben dus een zekere consistentie of doelmatigheid als bedding van het ervaren ziek- of onwel-zijn. Bij nadere beschouwing vertonen deze factoren voorts enkele min of meer complementaire karakteristieken. De eerste factor valt op door het grote aantal malen „niet de oude”, de grote medische consumptie inclusief medicamentegebruik, de lange duur en het kleine aantal malen zelfmedicatie. De tweede factor komt frequenter voor in de registratie; hij impliceert een hoge mate van zelfstandig (af)handelen. De laatste factor is vrij zeldzaam en heeft een sterk „somatische” inslag, getuigt van een zelfstandige benadering en van een korte duur.

De eerste factor verklaart 64 procent van de variantie en is aan te duiden als hulp- of klaaggedrag. De tweede met „zelfhulpgedrag bij lichte stoornissen”. De derde met „zelfhulpgedrag bij kort durende, heftig verlopende ‚self-limiting diseases’ waarmee men min of meer vertrouwd is”. Het aspect „klagen” vinden wij dus vrij ver gezuiverd terug in factor 1.

Wij geraken nu tot het beantwoorden van

onze vraag of er overeenkomsten zijn tussen aspecten of onderdelen van het ziektegedrag van de vrouw enerzijds en haar scores voor N(S) op de A.B.V. anderzijds. Indien dit zo is, zijn deze overeenkomsten dan synchroon respectievelijk opeenvolgend?

Gaan de scoreveranderingen N(S) in chronologie vooraf aan veranderingen in factor 1 of leidt herhaaldelijk ziek-zijn tot een toename van de klaagtendentie? Als subvraag is hieraan toe te voegen hoe de scores voor N en NS zich ten aanzien van het gemanifesteerde klaaggedrag onderling verhouden. In schema zien wij de volgende drie mogelijkheden:



Met de genoemde drie onderdelen kan een groot aantal submodellen worden opgebouwd. Wij zullen in het bestek van dit artikel hierop niet nader ingaan.

Met behulp van de methode van Jöreskog (hier te lande geïntroduceerd door *Mellenbergh*) berekende deze enkele geselecteerde (sub)modellen. Bij de daarbij toegepaste toetsing kwam de grootste „passing” tot stand voor het model waarbij „veranderingen in factor 1 (= klaaggedrag) leiden tot (respectievelijk vooraf gaan aan) overeenkomstige waardeveranderingen in de waarden voor N(S)”.

De beste „passing” wordt dan weer verkregen voor het submodel waarin N en NS

worden opgevat als manifestaties van een meer generaal gedefinieerde neurotische dispositie. Er blijkt daarbij een kleinere „afstand” van het klaaggedrag tot de waarden voor NS dan tot de waarden voor N. De passingsmaat bedraagt .88 (8 D.O.F.; $X^2 = 3.73$; overschrijdingskans .88). Deze „passing” is zo groot dat de gehele populatie hieraan heeft moeten bijdragen. In elk geval is het aantal huisvrouwen, bij wie een omgekeerde opeenvolging plaats heeft gehad, te verwaarlozen.

De neurotische dispositie van de vrouw en haar klaaggedrag-van-dat-moment blijken zeer sterk negatief te correleren (-.51 respectievelijk-.86) afhankelijk van het getoetste submodel.

Voor het hier geconfirmeerde model zijn twee verklaringen, die elkaar gedeeltelijk aanvullen. Ten eerste: De golven klaaggedrag (factor 1) en klaagtendentie (N(S)) zijn na een gemeenschappelijke oorzaak (de verhuizingssituatie) met verschillende snelheden gaan veranderen. De golfbeweging in de factor 1 (meldingen, reeds hoog bij de aanvang van het eerste jaar, gedaald in het tweede jaar) loopt juist in tegen de golfbeweging van de scores voor N(S). Deze laatste scores stijgen nog in het eerste jaar en beginnen pas in het tweede jaar te dalen.

Ten tweede: Met toenemende „labiliteit” van de vrouw kan bij haar een ambivalentie zijn ontstaan ten aanzien van haar hulpverlener. Deze kan zich manifesteren door verminderd of onstabiel gedrag bij de vraag om hulp wat betreft zichzelf. Men denke hier aan de kinderen die vóór de labiele moeder uit, de spreekkamer wor-

den ingeschoven: de „signaalpatiënten”. *Kosa en Robertson* hebben opgemerkt dat bij een reeds aanwezige angstige spanning, een angst-inboezemende gebeurtenis (ziekte, ongeval) eerder leidt tot de „avoidance-escape”-reactie (negeren van de situatie) dan bij het ontbreken van een angst-potential.

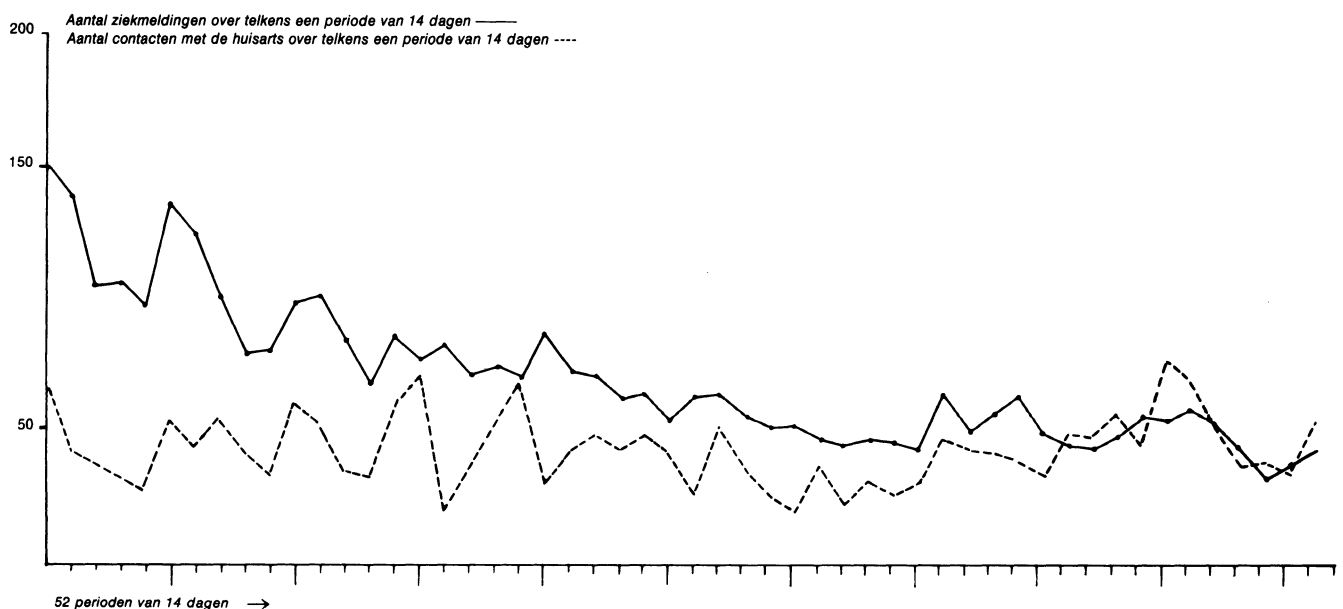
Enkele van de voorgaande omlijnde modellen hebben wij ook „getoetst” met het gedrag, dat wordt weerspiegeld in factor 2, dit is de gedragsvorm waarbij het ongerief op eigen kracht wordt gekeerd. De berekende „passing” bleek hierbij zoals wij verwachtten zeer gering (.02). Deze vorm van ziek-zijn getuigt van incassingsvermogen. Dit ziektegedrag ging dus ook niet vooraf aan NS-stijgingen en voorspelt geen afnemende score voor N(S) (gaat er niet aan vooraf).

Terzijde zij opgemerkt dat de stabiele vrouwen (lage N(S)-scores) een vlak scoreverloop hadden met slechts kleine veranderingen in de tijd.

Conclusies

Al met al concluderen wij dat de vraag naar oorzaak en gevolg in de samenhang tussen neuro(soma)tische labiliteit en gedrag ten aanzien van de vraag om hulp hierdoor slechts gedeeltelijk is opgelost. Voorlopig lijkt het erop, dat met het manifeste gedrag ten aanzien van de vraag om hulp een snellere indicator is gegeven voor de aanwezigheid van actuele belasting dan met de momentane scores voor N(S). Klagen (over) lijkt de stressor niet te neutraliseren. Overigens bestaat de kans dat een hoge klaagtendentie (blijkens hoge N(S)-scores) een (adequate) vraag om hulp

Figuur 1. Verhoudingen tussen de door een aantal huisvrouwen gerapporteerde episoden van ziekte of wel-zijn en het aantal contacten met de huisarts.



maskeert. Hiermee zou een bedreigde groep zijn te identificeren die op ervaren klachten niet, of in verminderde mate met een verzoek om hulp reageert. Hieronder is de groep individuen te rangschikken, die vaak onverwacht laat de „terugslag” ervaart van grote, schijnbaar reeds verwerkte belasting. Tenslotte decompensen zij toch onder deze druk na een periode van (schijn)aanpassing.

Een herhaling van dit onderzoek is ons inziens te overwegen bij recent weduwe geworden vrouwen. Ook dit is een groep, die na een periode van vaak intensief klaaggedrag, volstrekt ten onrechte, uit het gezichtsveld van de huisarts dreigt te verdwijnen

Samenvatting. Over de verborgen morbiditeit is nog weinig bekend. Met name zijn de factoren nog onduidelijk die de grens bepalen tussen de gepresenteerde en niet gepresenteerde morbiditeit. Naast onder andere psychische, sociale en culturele invloeden blijkt een actuele evenwichtsverstoring, zoals verhuizing, tot een veranderd patroon van vragen om hulp te kunnen leiden.

In het kort wordt beschreven dat de meting van klaagbehoefte zinvol is om tot detectie van bedreigde groepen met een latente of gemaskeerde vraag om hulp te komen. Daarna volgt een uiteenzetting over de bruikbaarheid van de A.B.V.-scores bij de exploratie van de uitkomsten, verkregen door factoranalyse van de geregistreerde gegevens over het ziektegedrag van de huisvrouw zelf.

De eindconclusie luidt dat het gedrag ten aanzien van de vraag om hulp een gevoelige reflector is voor de actuele belasting van de huisvrouw. Onder de respondenten die na een periode van belasting hoog scoren op de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (die dus een neurotische labiliteit demonstren), bevindt zich evenwel een belangrijk aantal vrouwen dat in feite geen toegenomen beroep op de huisarts doet.

Summary. From complaint to lament; neurotic instability and presentation of complaints to the family doctor. Little is known as yet about latent morbidity. Specifically, the factors which determine the boundary between presented and unrepresented morbidity are still obscure. Apart from psychological, social and cultural influences, a current disturbance of balance, e.g. moving house, can alter the pattern of asking for help.

It is briefly described that measurement of the need to complain is helpful in detecting threatened groups with a latent or masked request for help. Next, an explanation is given of the usefulness of ABQ (Amsterdam Biographic Questionnaire) scores in exploring results obtained by factor analysis of the registered data on the illness behaviour of the housewife herself.

The general conclusion is that help-asking behaviour is a sensitive indicator of the actual stress load on the housewife. However, the respondents who, after a period of stress, score high on the ABQ (thus demonstrating neurotic instability) include a significant number of women

who actually make no increased demands on the family doctor.

- Ackermans E. en anderen. Aanpassing van gezinnen met name schoolkinderen na verhuizing. N.I.P.G. Leiden, 1975.
- Cassee, E. Th. Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Proefschrift Leiden, 1973.
- Clemens-Schröner, A. L. F. en R. A. de Boer: (1964) Maandbl. geest. Volksgezondh. 19, 3.
- Dool, C. W. A. van den. Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Proefschrift Stenfert Kroese, Leiden, 1960.
- Folmer, H. R. Huisarts en ijsberg. Proefschrift Utrecht, 1968.
- Giel, R., J. L. Jessen & H. Ornel. (1975) T. soc. geneesk. 53, 290.
- Huygen, F. J. A. Gezin en gezondheid, inaugurale rede, Nijmegen, 1968.
- Huygen, F. J. A. (1970) huisarts en wetenschap 13, 260.
- Kosa, J., J. J. Alpert & R. J. Haggerty. (1967) Soc. Sci. Med. 7 165.
- Mechanic, D. (1962) J. chron. Dis. 15, 189.
- Mellenbergh G. J. en J. W. Modderaar. Multivariate technieken. Amsterdam, 1975.
- Velden, H. G. M. van der. Huisvrouw, huisarts, huisgezin. Proefschrift Nijmegen 1971.
- Wilde, G. J. S. Neurotische labiliteit gemeten volgens vragenlijstmethode. Proefschrift. Van Rossen, Amsterdam, 1963.