

Morbiditeit en vakantie

Het morbiditeitspatroon van de vakantiegasten in Oostkapelle tijdens de zomer van 1977*

J. P. BEKKER**

Jaarlijks gaat ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking met vakantie (*Statistisch zakboek*); meer dan zeshonderduizend landgenoten kiezen de Nederlandse Noordzeekust als hun vakantiebestemming. Daarnaast komt een groot aantal buitenlanders, met name Westduitsers, in de zomer de kuststreken bevolken. Deze jaarlijks terugkerende volksverhuizing heeft op het gebied van de volksgezondheid een duidelijk effect, dat vooral opvalt in de huisartspraktijken: in de vakantiegebieden is tijdens de zomer een forse toename van de medische consumptie te constateren.

Literatuur

Het wel – en vooral het wee – van de vakantiegast in de huisartspraktijk is tot op heden in Nederland niet beschreven. Ook in de buitenlandse literatuur heeft het onderwerp slechts geringe aandacht gekregen: wij konden slechts vier artikelen vinden die hierop betrekking hadden.

In 1959 publiceerde *Lynch* een artikel over de morbiditeit van de vakantiegasten, die hij behandelde in zijn praktijk aan de kust van het subtropische Natal, in Zuid-Afrika. Hij noemt hierin onder meer de verschillende vormen van dermatitis, otitis externa en otitis media. Verder viel hem op, dat psychische problemen vaak voorkwamen. Bij de meest frequente ziekten vermeldt hij ook de therapie die hij gewoon was in te stellen. Kwantitatieve gegevens worden niet gegeven.

Cijfers worden wel naar voren gebracht door *Pacy*. Deze vergeleek de morbiditeit van de plaatselijke bevolking met die van de vakantiegasten. Om een

indruk te krijgen van het aantal vakantiegasten maakte de auteur gebruik van het feit dat praktisch iedereen met een veerboot op het schiereiland aankwam, terwijl hij daar de enige huisartspraktijk had. Hij relateerde maandelijks het aantal zieke vakantiegasten dat hij in zijn praktijk zag, aan het aantal auto's dat werd overgebracht; een eenvoudige, zij het weinig accurate methode.

Pacy vergeleek de ziektegevallen van de vakantiegangers en de plaatselijke bevolking met elkaar naar de anatomische plaats en de aard van het pathologische proces. Hij laat zien dat met name afwijkingen van de huid bij vakantiegasten relatief meer voorkomen; stoornissen van het zenuwstelsel en de zintuigen komen daarentegen minder voor. Ten aanzien van de aard van het pathologische proces constateert hij dat traumata bij vakantiegasten verreweg het meeste voorkomen. Het aantal psychosomatische afwijkingen is bij de plaatselijke bevolking duidelijk groter dan bij de vakantiegasten. Tenslotte concludeert hij dat het voornaamste risico voor de vakantiegasten het trauma is; dit risico is het grootst bij mannen in de tweede levensdecade.

In 1976 verscheen de studie over de morbiditeit van vakantiegasten van *Jones*. De auteur is huisarts in het Engelse Seaton, Devon, waar hij de enige huisartspraktijk leidt. In negentien weken brachten 11.682 mensen hun vakantie van een week door op het aldaar gelegen kampeerterrain. In het onderzoek, dat werd ingesteld in 1974, werd de aan

de vakantiegasten verleende medische hulp geanalyseerd.

Uit dit onderzoek bleek dat 1,6 procent van de vakantiegasten een dokter nodig had, terwijl het landelijke percentage 3,7 procent bedroeg. Van de 184 patiënten die door de huisarts gezien werden, waren er 58 direct naar hem toe gekomen, de overige 126 bleken te zijn verwezen door de op het kampeerterrain werkzame verpleegster. Relatief het meest werden kinderen beneden de drie jaar gezien (8,4 procent); bij de andere leeftijdscategorieën was het percentage 1,3 procent.

Bij de bespreking van de verschillende ziekten maakt de auteur een vergelijking met de uitkomsten van de Morbidity Statistics from General Practice 1970-71. Hij constateert dat traumata en gastro-intestinale klachten relatief vaker voorkwamen bij de vakantiegasten; dit gold in mindere mate voor huidafwijkingen. Hartziekten, psychiatrische stoornissen en afwijkingen van het bewegingsapparaat zag hij daarentegen beduidend minder.

Tenslotte deed *Davies* een onderzoek naar de behoeften en eisen van vakantiegasten en het effect daarvan op het werk in de praktijk. Daarnaast maakte hij een analyse van de ziektegevallen bij de vakantiegasten, die hij vervolgens vergeleek met de Morbidity Statistics from General Practice 1970-71. Hij constateert een relatief groter aantal traumata en maagdarmpjesziekten en een veel geringer aantal psychiatrische problemen.

Vraagstelling

Een van de kenmerken van de huisarts-patiënt-relatie is de continue zorg en het feit dat beiden elkaar min of meer goed kennen. Voor de huisarts en de patiënt in de vakantiesituatie ontbreken deze kenmerken. Wij vragen ons daarom af welke gevolgen het ontbreken van zo'n relatie heeft voor de patiënt en met welke ziekten hij in een dergelijke situatie bij de huisarts komt.

Voor de meeste mannen en voor sommige vrouwen onder de vakantiegasten geldt een niet-arbeidsproces-situatie. De bedrijfsarts is niet aanwezig om de mede aan hem voorgelegde gezondheidsproblemen op te lossen. Dit betekent dat man en vrouw in de vakantie gelijkelijk „at risk” zijn voor de huisarts. De vraag doet zich voor of dit ook blijkt uit het aantal malen dat de hulp van de huisarts wordt ingeroepen voor mannen c.q. voor vrouwen.

Veel huisartsen in de badplaatsen heb-

*Met dank aan:

– de dames M. Lievaart en A. van Daatselaar voor de registratie van de vakantiegasten;

– H. J. Haag, H. L. van Amerongen en H. J. Dokter voor de hulp met het samenstellen van de tabellen en het kritisch doorlezen van het manuscript;

– F. J. A. Huygen, H. van den Hoogen en J. Th. M. van Eijk voor het ter beschikking stellen van de cijfers van de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en de deskundige adviezen en suggesties.

** Huisarts te Oostkapelle; wetenschappelijk hoofdmedewerker Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut; hoofd: Prof. Dr. H. J. Dokter.

ben het idee dat de Westduitsers onder de vakantiegasten met een grotere frequentie het spreekuur bezoeken dan de Nederlanders. Dit laatste wordt nog eens nadrukkelijk onderstreept door de plaatselijke bevolking: „Die Duitsers rennen met de kleinste afwijkingen gelijk naar de dokter”. We vragen ons af of dit waar is en hoeveel frequenter Westduitsers gezien worden dan Nederlanders.

De vakantie kan worden doorgebracht op een camping of in een bungalow of vakantiehuysje. De meer primitieve omstandigheden op een camping kunnen op zich een grotere morbiditeit meebrengen. Aan de andere kant zouden we ons kunnen voorstellen dat de mensen die op een camping verblijven

* Met presentatiecijfer wordt in dit artikel bedoeld het aantal mensen per duizend dat zich in één kwartaal bij de huisarts vervoegt met een ziekte-episode. Anders geformuleerd: het aantal ziekte-episoden per duizend „patienten” per kwartaal.

gezonder en sportiever zijn dan de mensen die de vakantie in een huisje doorbrengen. Het zou interessant zijn te weten wat in de praktijk bij beide groepen het werkelijke aantal patiënten is, dat zich bij de huisarts presenteert. Op grond van het voorafgaande komen wij tot de volgende vraagstelling:

- hoe ziet het, door de huisarts in de kern Oostkapelle waargenomen, morbiditeitspatroon van vakantiegasten eruit en in welke mate wijkt dit af van het morbiditeitspatroon van een vergelijkbare populatie in de thuissituatie?
- wat is het presentatiecijfer* van de vrouwen c.q. de mannen onder de vakantiegasten?
- verschilt het presentatiecijfer van de Westduitse vakantiegasten van dat van de Nederlanders?
- bestaat een verschil tussen de presentatiecijfers van de vakantiegasten die in een bungalow wonen en degenen die op een camping verblijven?

Methode

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, dienen we te beschikken over drie soorten gegevens:

- gegevens over de populatie vakantiegasten in Oostkapelle gedurende de zomermaanden;
- gegevens over de ziektegevallen onder de vakantiegasten;
- gegevens over een praktijk onder normale omstandigheden, ter vergelijking.

De populatie. Aan de drie campinghouders en de zes beheerders van bungalowverhuurkantoren te Oostkapelle werd gevraagd, aan elk gezinshoofd (groepsleider) een formulier (*figuur 1*) uit te reiken. Dit formulier diende na invulling te worden afgegeven op het kantoor van de camping of op het verhuurkantoor. De ingevulde formulieren werden elke week opgehaald; ze werden per kantoor alfabetisch gerangschikt en zo bewaard. Niet duidelijk of onvolledig ingevulde formulieren werden buiten het onderzoek gehouden, evenals formulieren van gasten met een andere nationaliteit dan de Nederlandse of de Westduitse.

Op speciale verzamelbladen werd, gerangschikt naar verblijfsvorm, geslacht, nationaliteit en leeftijdsgroep, de lengte van ieders verblijf in dagen opgetekend. Uit deze groep vakantiegasten moest een populatie gevormd worden, een populatie in de zin van „gemiddeld aanwezige groep”, die met andere groepen vergeleken kon worden. Hiertoe werden de aantallen verblijfsdagen van de verschillende categorieën opgeteld; de zo ontstane subtotalen werden vervolgens gedeeld door 91 (het aantal dagen per kwartaal): we kenden toen dus per categorie het aantal kwartalen dat door de vakantiegasten in Oostkapelle was doorgebracht. Deze uit „gastenkwartalen” samengestelde populatie kon nu vergeleken worden met andere, „echte” populaties.

De registratie van de ziektegevallen. Voor elke patiënt die het spreekuur van de huisarts bezocht, vulde de praktijkassistente een speciale kaart (*figuur 2*) in tot en met de rubriek leeftijdsgroepen. De huisarts vulde aan het einde van het consult de diagnose in en de hierbij passende code uit de *E-lijst*. De in *figuur 2* links onderaan opgenomen rubriek „In/Out” had een administratieve functie; indien de huisarts de patiënt thuis bezocht, vulde hij de gehele kaart in tijdens het bezoek.

Figuur 1. Een formulier voor de vakantiegasten.

WIJ VERZOEKEN U VRIENDELIJK ONDERSTAANDE GEGEVENS IN TE VULLEN EN IN TE LEVEREN BIJ DE RECEPTIE.

Aankomstdatum: Vertrekdatum:
 Nationaliteit: Kantoor:
 Vakantieadres:

	Naam	Woonplaats	Leeftijd	M/V
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Met vriendelijke dank voor de genomen moeite. J. P. Bekker, Oostkapelle

Figuur 2. De registratiekaart.

Naam: Adres:
 Woonplaats:
 Vakantieadres:
 P/Ziekentf. Vertrekdatum:
 Datum: Man/Vrouw Camping/Huis Ned./Dui
 0-4 5-14 15-44 45-64 65-74 75-99
 Diagnose:

 In/Out Code:

Indien bij een patiënt tijdens één consult twee of meer diagnoses werden gesteld, werd alleen de diagnose die verantwoordelijk was voor de presentatie van de patiënt, genoteerd. Wanneer een patiënt meer dan eens voor dezelfde ziekte-episode werd gezien, werd slechts één diagnose opgetekend.

Gedurende de weekends waarin de dienst werd waargenomen, noteerden de waarnemers – de collega's A. C. Kousemaker te Serooskerke en J. W. Oosterhof te Veere – de gegevens van de uit Oostkapelle afkomstige vakantie-gasten; deze gegevens werden later overgenomen op de speciale patiënten-kaarten.

Aan het einde van de onderzoeksperiode werden de kaarten geselecteerd naar de verschillende vakantieadressen. Daarna werd onderzocht of van de betrokken patiënten ook een formulier volgens *figuur 1* aanwezig was.

Een praktijk ter vergelijking. Wij hebben besloten de gegevens over 1977 van de *Continue Morbiditeits Registratie (C.M.R.)* van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut te nemen als vergelijkingsobject. Hiervoor zijn de volgende redenen aan te voeren:

- de indruk bestaat dat de vakantie-gasten zowel afkomstig waren uit grote en kleine steden als van het (verstedelijkte) platteland; de C.M.R.-gegevens zijn gebaseerd op praktijken in vergelijkbare gebieden;

- de gegevens zijn voor 1977 per maand beschikbaar;

- de C.M.R. codeert de morbiditeit eveneens volgens de *E-lijst*.

Uit de gegevens van de C.M.R. over de maanden juni, juli en augustus is een lijst samengesteld van de verschillende diagnosegroepen en hun relatieve frequentie gedurende het onderhavige kwartaal.

Resultaten

De gegevens over de „gemiddeld aanwezige” groep vakantie-gasten* zijn weergegeven in *tabel 1*. De Nederlandse vakantie-gasten in Oostkapelle blijken over het algemeen jonger dan de totale Nederlandse bevolking: de leeftijdsgroepen tot en met 14 jaar zijn duidelijk sterker vertegenwoordigd, de groepen van 45 jaar en ouder juist minder sterk. De leeftijdsopbouw van de Nederlandse populatie vakantie-gasten is vrijwel gelijk aan die van de West-

* In het vervolg zal gemakshalve steeds gesproken worden van „de populatie vakantie-gasten” of „de vakantie-gasten”.

Tabel 1. Aantallen vakantie-gasten naar leeftijd, nationaliteit en verblijfsvorm en leeftijdsopbouw van de totale Nederlandse bevolking.*

Leeftijdscategorieën	Nederlanders				Totale Nederlandse bevolking %	Westduitsers				Generaal totaal
	camping	bungalow	totaal	%		camping	bungalow	totaal	%	
0 – 4	25	50	75	9	7	9	24	32	9	107
5 – 14	79	127	205	26	18	35	59	94	27	299
15 – 44	143	218	361	45	45	86	95	182	52	543
45 – 64	22	96	117	15	20	16	18	33	10	151
65 – 74	1	29	30	4	7	1	6	7	2	38
75 +	–	17	17	2	4	0	1	1	0	18
Totaal	269	537	806			147	202	349		1.155

* De aantallen zijn berekend door steeds het verblijf in dagen te sommeren en dit totaal te delen door het aantal dagen per kwartaal (91); de uitkomsten geven de „gemiddelde aanwezige” populatie weer. In de tabel zijn alle aantallen en percentages afgerond; als gevolg daarvan lijken sommige totalen niet te kloppen.

duitse: bij de Nederlanders is de leeftijdscategorie 45-64 jaar iets meer vertegenwoordigd, bij de Duitsers de categorie 15-44 jaar. Dat het aantal Nederlandse bejaarden relatief hoog is, wordt veroorzaakt door het feit dat een van de verhuurkantoren speciale bejaardenweken (voor Nederlanders) organiseerde.

Uit *tabel 2* valt af te lezen dat het presentatiecijfer van de vakantie-gasten beduidend lager ligt dan dat van de C.M.R. (140 respectievelijk 437). De presentatiecijfers van mannen en vrouwen zijn nagenoeg gelijk. De Nederlandse vakantie-gast blijkt bijna anderhalf maal zo vaak de huisarts nodig te hebben als de Westduitse. Dit verschil is significant ($p < .05$). Tenslotte maakt *tabel 2* duidelijk dat de in een bungalow verblijvende vakantie-gast de

huisarts vaker bezoekt dan de campingbewoner. Dit verschil is echter niet significant.

Uit *tabel 3* blijkt dat bij de vakantie-gasten het presentatiecijfer van de jongste leeftijdscategorie duidelijk hoger is dan de cijfers van de overige categorieën. Hetzelfde verschijnsel, zij het minder markant, valt vast te stellen in de gegevens van de C.M.R. Voorts zien we dat bij de vakantie-gasten de leeftijdscategorieën 5-14 en 15-44 jaar een nagenoeg gelijk presentatiecijfer vertonen.

De categorie 45-64 jaar heeft een lager cijfer. In de gegevens van de C.M.R. vinden we dat de presentatiecijfers van de leeftijdscategorieën 15-49 en 50-64 praktisch gelijk zijn, terwijl de categorie 5-14 jaar een aanmerkelijk lager presentatiecijfer heeft.

Tabel 2. Populaties, aantallen ziekten en presentatiecijfers*.*

	Mannen	Vrouwen	Nederlanders	Westduitsers	Camping	Bungalow	Totaal	C.M.R.
Populaties	565	590	806	349	416	739	1.155	11.784
Aantallen ziekten	80	82	125	37	50	112	162	5.152
Presentatiecijfers	142	139	155	106	120	151	140	437

* Afgeronde getallen.

*Tabel 3. De presentatiecijfers van de verschillende leeftijdscategorieën.**

Vakantie-gasten		C.M.R.	
leeftijdscategorieën	presentatiecijfers	leeftijdscategorieën	presentatiecijfers
0 – 4	280	0 – 4	593
5 – 14	129	5 – 14	330
15 – 44	133	15 – 49	442
45 – 64	100	50 – 64	443
65 en ouder	181	65 en ouder	486

* N.B. de C.M.R. heeft een wat andere leeftijdsindeling.

Tabel 4. De frequentie van de diagnosegroepen: absolute aantallen (vakantiegasten), presentatiecijfers (vakantiegasten en C.M.R.-populatie) en percentages (vakantiegasten en C.M.R.-populatie).

Diagnosegroep	Absoluut		Presentatiecijfers		Percentages	
	gasten	gasten	gasten	C.M.R.	gasten	C.M.R.
Infectieziekten	10	9	6	6	6	1
Neoplasmata	1	1	4	1	1	1
Allergieën/stofwisselingsziekten	9	8	5	6	6	1
Bloedziekten	—	—	3	—	—	1
Psychiatrische afwijkingen	3	3	36	2	8	8
Ziekten van zintuigen/zenuwstelsel	13	11	11	8	2	2
Hart- en vaatziekten	4	3	14	2	3	3
Ziekten van de ademhalingsorganen	32	28	106	20	24	24
Maagdarmziekten	19	16	25	12	6	6
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	10	9	26	6	6	6
Zwangerschap/bevalling/kraambed	—	—	7	—	—	2
Huidziekten	11	10	80	7	18	18
Afwijkingen bewegingsapparaat	9	8	40	6	9	9
Congenitale afwijkingen	—	—	1	—	—	0
Ziekten van de pasgeborene	—	—	2	—	—	1
Overige symptomen	8	7	3	5	1	1
Traumata	30	26	45	19	10	10
Inenting/voorlichting	3	3	23	2	5	5
Totaal	162	140	436			

N.B. De presentatiecijfers en percentages zijn afgerond op hele getallen.

In tabel 4 zijn de frequenties van de verschillende diagnosegroepen weergegeven. Om te beginnen geeft de tabel voor de vakantiegasten absolute aantallen. Deze aantallen zijn vaak tamelijk klein, zodat een zekere terughoudendheid bij het interpreteren van het materiaal geboden is. Wanneer we vervolgens de presentatiecijfers bekijken, zien we dat de vakantiegasten bij de infectieziekten, allergieën en „overige symptomen” hoger scoren dan de C.M.R.-populatie; bij de ziekten van de zintuigen en het zenuwstelsel zijn de presentatiecijfers

van beide populaties gelijk. Bij alle andere diagnosegroepen vertonen de vakantiegasten een aanzienlijk lager presentatiecijfer dan de C.M.R.-populatie.

De laatste twee kolommen van tabel 4 geven een wat andere indruk van de morbiditeit van beide populaties. Behalve de reeds genoemde infectieziekten, allergieën en „overige symptomen”, werden ook traumata en maagdarmziekten procentueel meer gediagnostiseerd bij de vakantiegasten dan bij de C.M.R.-populatie. Hart- en vaatziekten en ziekten van de tractus

Tabel 5. Relatieve frequentie* van een aantal diagnosegroepen bij Pacy, Jones, Davies en het Oostkapelse onderzoek.

Diagnosegroep	Pacy	Jones	Davies	Oostkapelle
Ziekten van de luchtwegen	18	23	20	20
Maagdarmziekten	9	13	11	12
Traumata	{ 36	20	10	19
Huidziekten/allergieën		13	8	12
Oog- en oorafwijkingen	7	7	8	8
Stoornissen van het bewegingsapparaat	9	4	3	6
Ziekten van de urinewegen	6	1	3	6
Hart- en vaatziekten	4	2	3	2
Psychiatrische afwijkingen	5	3	2	2
Overige	7	15	31	14

N.B. de percentages zijn afgerond op gehele getallen.

urogenitalis werden procentueel bij beide populaties (ongeveer) even vaak vastgesteld. Alle overige diagnoses werden bij de vakantiegasten procentueel het minst (of in het geheel niet) gesteld.

In verband met het voorgaande is het zinvol, nog eens te benadrukken wat een presentatiecijfer is: het aantal ziekten per duizend personen, dat de huisarts in een bepaald tijdsbestek ziet. Het presentatiecijfer van ziekte X is dus afhankelijk van het totaal aantal malen dat de huisarts ziekte X ziet en van de omvang van de populatie (de praktijk); het presentatiecijfer is onafhankelijk van alle andere presentatiecijfers. Bij een relatieve frequentieverdeling, zoals in de laatste twee kolommen van tabel 4, zijn de percentages onafhankelijk van de omvang van de populatie; afhankelijk zijn ze van de absolute frequenties van de afzonderlijke ziekten en van de totaal frequentie (= 100 procent). Stijging of daling van een percentage heeft hier wél gevolgen voor de hoogte van de overige percentages.

Nu zal een huisarts in een vakantieplaats zelden op de hoogte zijn van de precieze omvang van de vakantiepopulatie. In het beste geval zal de indruk die hij heeft van de morbiditeit van de vakantiegangers gebaseerd zijn op een (geschatte) frequentieverdeling. Hoe sterk het beeld van zo'n frequentieverdeling kan afwijken van het beeld op basis van presentatiecijfers, blijkt duidelijk uit tabel 4. Zolang men de omvang van de populatie niet kent, zal men daarom weinig betekenis mogen toekennen aan dergelijke percentages!

De bezwaren die tegen het hanteren van een relatieve frequentieverdeling zijn in te brengen, gelden in veel mindere mate wanneer men een aantal vakantiepopulaties met elkaar vergelijkt. In tabel 5 zijn de uitkomsten van de onderzoeken van Pacy, Jones en Davies en van het Oostkapelse onderzoek bijeengebracht. De gebruikte diagnosegroepen zijn niet steeds identiek: zo zijn traumata door Pacy grotendeels ondergebracht bij de huidziekten en voor de rest bij de stoornissen van het bewegingsapparaat. Davies had er nog een diagnosegroep bij, „vergeten medicijnen”. Deze groep (11,2 procent) is in tabel 5 toegevoegd aan de rubriek „overige”, die mede daardoor zeer groot uitvalt. Voorts zijn in ons onderzoek de afwijkingen van het zenuwstelsel ondergebracht in één rubriek met de afwijkin-

gen van de zintuigen.

Traumata, maagdarmpjeskten en ziekten van de luchtwegen werden door alle vier de huisartsen relatief veel gezien. *Pacy* wijst op het feit, dat traumata zich vooral voordeden bij kinderen en jonge mannen. Deze bevinding werd door het onderhavige onderzoek bevestigd. In dit verband kan gewezen worden op een toename van de activiteit en een versnelling van het ritme tijdens de vakantie. *Blok* heeft de hiermee samenhangende dimensies als een kernelement van de vakantiebeleving naar voren gebracht. Bij de maagdarmpjeskten spelen vermoedelijk de bekende vakantie- of reizigersdiarree (c.q. -obstipatie) en de verandering van het leefritme een belangrijke rol.

De huisartsen zagen betrekkelijk weinig psychiatrische stoornissen. *Lynch* meldt daarentegen dat hij bij vakantieasten juist tamelijk veel psychiatrische problemen zag en al eerder was door *Rümke* gewezen op „vakantie-reizen als conditionerende factor bij het ontstaan van psychische stoornissen”. Hoewel beide laatstgenoemde auteurs geen cijfers noemen, lijken hun bevindingen in tegenspraak met de in *tabel 5* gegeven cijfers. De verklaring van deze tegenstelling moet wellicht gezocht worden in het feit, dat vakanties tegenwoordig gemeengoed zijn geworden en niet zo veel stress bezorgen als vroeger. Daarnaast zal men de minder bedreigende psychische stoornissen niet gemakkelijk presenteren aan de voor de vakantieasten onbekende huisarts.

Beschouwing

Het morbiditeitspatroon van de vakantieasten in Oostkapelle blijkt in twee opzichten aanmerkelijk te verschillen van dat van de C.M.R.-populatie.

In de eerste plaats kunnen we bij de vakantieasten een veel lager presentatiecijfer constateren: 140 tegen 437 bij de C.M.R. Uit de gegevens van *Jones* kunnen we berekenen dat het presentatiecijfer van de mensen die rechtstreeks naar de huisarts kwamen, 52 bedroeg. Wanneer we daar de verwijzingen van de kampzuster naar de huisarts bij optellen, komen we uit op een presentatiecijfer van 165. Dit cijfer stemt overeen met onze bevindingen. Een verklaring voor deze relatief lage cijfers zouden we kunnen vinden in de volgende omstandigheden:

– er vindt bij de aanvang van de vakantie een selectie plaats van gezonden en zieken: iemand die zich ziek voelt, zal

niet gauw geneigd zijn toch met vakantie te gaan;

– verder speelt mogelijk het feit mee, dat (nog) geen relatie bestaat met de huisarts in de vakantieplaats; waarschijnlijk zullen consulten voor niet scherp omschreven klachten worden uitgesteld tot na de vakantie; de klachten die tijdens de vakantie worden gepresenteerd, blijken duidelijk omschreven en hebben zich vaak in mindere dan enkele dagen ontwikkeld;

– daarnaast is telefonisch consult van de eigen huisarts een factor die in geringe mate kan bijdragen tot een vermindering van het presentatiecijfer tijdens de vakantie.

Afbreken van de vakantie zonder de plaatselijke huisarts te raadplegen, komt blijkens de informatie van de verhuurkantoren en campingeigenaars slechts sporadisch voor. Bezoek aan een andere huisartspraktijk dan die in Oostkapelle is in principe mogelijk, maar is – gezien de mededelingen van de collegae in de omgeving – tot een enkel geval beperkt gebleven.

In de tweede plaats zien we bij de vakantieasten een andere frequentie van de verschillende diagnosegroepen. Infectieziekten, allergieën en „overige symptomen” zijn de enige diagnosegroepen waarbij de vakantieasten een hoger presentatiecijfer vertonen dan de C.M.R.-populatie. Voor de kinderen, die de grootste bijdrage leveren aan de infectieziekten, geldt dat ze met de leden van een epidemiologisch gezien andere groep in contact komen. Hierdoor is de kans op verschillende infecties aanmerkelijk vergroot. Daarnaast zijn de vele insectenbeten mede verantwoordelijk voor het relatief grote aantal infectieziekten. Het grote aantal allergieën kan ondermeer verklaard worden door de aanwezigheid – zeker op het platteland – van talrijke graspollen in het begin van de zomer. Verder lijkt het verblijf in houten zomerhuisjes bij een aantal mensen de oorzaak van astmatische aanvallen; mogelijk hangt dit samen met een grotere vochtigheid in deze huisjes, die tot allergische reacties op het stof van huismijten zou kunnen leiden.

Het grote aantal „overige symptomen” (vooral febris e.c.i.) moet vooral toegeschreven worden aan de verkoudheidsziekten.

Tenslotte dient nog de aandacht gevestigd te worden op het presentatiecijfer van de zieken van het zenuwstelsel en de zintuigen, dat bij de vakantieasten even hoog blijkt als bij de C.M.R.-populatie. Hierbij speelt het grote aantal

gevallen van tubair catarre en sereuze otitis een belangrijke rol. Deze ziekten doen zich voornamelijk voor bij verkoudheden bij kinderen en hangen wellicht samen met de aanwezigheid van zwembaden op de campings.

Een opvallende uitkomst van dit onderzoek is, dat de presentatiecijfers van mannen en van vrouwen nagenoeg aan elkaar gelijk zijn (respectievelijk 142 en 139). Dit is in tegenstelling tot de presentatiecijfers van de C.M.R.: 386 voor mannen en 490 voor vrouwen. Ook de gegevens van *Oliemans* leveren een duidelijk hoger presentatiecijfer voor vrouwen op (50 procent hoger dan voor mannen).

Een van de factoren die volgens *Van Es* van invloed zijn op de verschillende presentatiecijfers van beide seksen, wordt gevormd door het feit dat ziekten en toestanden in verband met zwangerschap, geboorte, geboortenbeperking en ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen en de mammae slechts bij vrouwen voorkomen. Het merendeel van deze ziekten en toestanden doet zich tijdens de vakantie nu juist niet voor. Dit heeft een daling van het presentatiecijfer van vrouwen tot gevolg.

Voor mannen geldt, dat zij zich veelal met gezondheidsproblemen tot een bedrijfsarts kunnen wenden. Deze mogelijkheid ontbreekt tijdens de vakantie. Wellicht is dit een van de oorzaken van het feit, dat het presentatiecijfer van mannen relatief minder daalt tijdens de vakantie.

Tenslotte kan worden opgemerkt, dat mannen en vrouwen tijdens de vakantie meer gelijke kansen hebben om als begeleiders van hun kinderen op het spreekuur hun eigen klachten ter sprake te brengen.

De uitkomst dat de Nederlandse vakantieast significant meer naar de huisarts ging dan de Westduitse, was tegen de verwachting. Ten aanzien van de oorzaken hiervan kunnen we enige veronderstellingen maken. In de eerste plaats lijken Westduitse vakantieasten door de presentatie van hun klachten een grotere indruk op de huisarts te maken dan de Nederlanders. Mogelijk speelde het taalverschil hierbij ook een rol. Welke invloed de taalbarrière verder heeft, is niet precies aan te geven, maar het effect lijkt vooralsnog gering. Verder blijken Westduitse vakantieasten op grote schaal medicamenten mee te nemen voor het geval dat... Ongetwijfeld wordt het presentatiecijfer door deze zelfmedicatie verlaagd.

Tenslotte is wellicht ook de totaal anders georganiseerde gezondheidszorg in West-Duitsland – waar de patiënt veel meer geneigd is naar de „Fachärzte” te gaan en veel minder naar de „Allgemeinärzte” – van invloed geweest op het presentatiecijfer.

Het verschil tussen de presentatiecijfers van de bungalowbewoners en de campinggasten (151 respectievelijk 120) blijkt niet significant.

Burmeister und Hülse deden een onderzoek naar de invloed van het onderkomen op de morbiditeit in vakantiecampen; de populaties bestonden uit 12.850 kinderen in bungalowcampen en 9.304 kinderen in tentenkampen. Zij vonden dat het aantal behandelde kinderen in de tentenkampen 5,4 procent hoger lag. De in het onderhavige onderzoek gevonden tendens is hiermee in tegenspraak. Wellicht bepalen vakantiegasten onder meer op basis van een algemeen „gezondheidsgevoel” hun keuze tussen een verblijf in een bungalow en op een camping. Deze uitgangssituatie zou dan ruimschoots opwegen tegen het minder gezonde microklimaat van een tent. Daarnaast zijn de luxe caravans tegenwoordig zo comfortabel, dat ze qua geriefelijkheid niet onder behoeven te doen voor houten vakantiehuizen.

De validiteit van het onderzoek

Welke waarde kunnen we nu aan de uitkomsten van dit onderzoek hechten? De betekenis van die uitkomsten wordt door verschillende factoren beperkt.

In de eerste plaats heeft het onderzoek slechts betrekking op één huisartspraktijk; dit stelt al direct grenzen aan het aantal patiënten dat in totaal kan worden gezien.

Daarnaast moeten we in aanmerking nemen, dat het klasseren van diagnosen door de huisarts aan subjectieve waarden is onderworpen. Onze interpretatie van de gebruikte E-lijst kan afwijken van de interpretatie die daaraan door de C.M.R. wordt gegeven.

De belangrijkste beperking van het onderzoek ligt ongetwijfeld in de kwaliteit van het grondmateriaal. Het onderzoek had betrekking op de gasten van drie campings en zes verhuurkantoren. Deze instellingen herbergden naar schatting ongeveer de helft van alle vakantiegasten in de kern Oostkapelle; ze werden gekozen omdat hun administratie geschikt leek voor het uitreiken en innemen van de in *figuur 1* weergegeven registratieformulieren.

Tabel 6. Aantallen patiëntenkaarten (1), aantallen corresponderende registratieformulieren (2) en (2) als percentages van (1).

Instelling	Patienten-kaarten(1)	Registratie-formulieren(2)	Percentages
Kantoor 1	39	14	36
Kantoor 2	26	12	46
Kantoor 3	35	21	60
Kantoor 4	65	51	79
Kantoor 5	13	4	31
Kantoor 6	22	10	46
Camping 1	75	25	33
Camping 2	85	17	20
Camping 3	61	8	13
Totaal	421	162	39

Deze formulieren zijn in zeer veel gevallen niet ingevuld c.q. ingeleverd: bij slechts 162 van de 421 patiëntenkaarten (*figuur 2*) werd een corresponderend registratieformulier gevonden. Uit *tabel 6* blijkt dat de registratie bij sommige verhuurkantoren redelijk is geweest, bij de campings was de registratie zonder meer slecht. In dit verband kan nog gewezen worden op de mogelijkheid, dat vooral die mensen, die verwachtten tijdens hun verblijf een huisarts nodig te zullen hebben, een registratieformulier hebben ingeleverd. De presentatiecijfers zouden daardoor beïnvloed kunnen zijn.

Gezien het voorgaande moeten de gevonden resultaten met grote voorzichtigheid gehanteerd worden.

Samenvatting. Het morbiditeitspatroon van de vakantiegangers in Oostkapelle werd onderzocht en vergeleken met de uitkomsten van de Continue Morbiditeits Registratie. Het presentatiecijfer van de vakantiegangers blijkt een derde te bedragen van het presentatiecijfer dat de C.M.R. opleverde; infectieziekten en allergieën werden vaker gediagnostiseerd, bij „ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen” was het presentatiecijfer gelijk. De andere diagnosegroepen werden aanmerkelijk minder frequent gezien.

De presentatiecijfers van mannen en vrouwen bleken gelijk. Nederlandse vakantiegasten hadden een significant hoger presentatiecijfer dan Westduitse. Vakantiegasten in bungalows bleken een iets hoger (niet significant) presentatiecijfer te hebben dan campingbewoners.

Summary. Morbidity and holidays. The morbidity pattern of holiday-makers in Oostkapelle during the summer of 1977. The morbidity pattern of holiday-makers in Oostkapelle was compared with the data obtained by Continuous Morbidity Registration (CMR). The presenting rate of the holiday-makers was found to be one-third of that found by CMR; infectious diseases and allergies were diagnosed more frequently, the presenting rate for „diseases of the nervous system and senses” was the same. Other diseases were diagnosed considerably less frequently. Males and females did not differ in presenting rate. Dutch holiday-makers had a significantly higher presenting rate than those from West Germany. Holiday-makers in bungalows had a slightly (not significantly) higher presenting rate than those on campings.

Blok-van der Voort, E. M. Vakantie nader bekeken. Een roltheoretische exploratie. Proeschrift Leiden, 1977.

Burmeister, G. und C. Hülse. Krankenstand in Ferienlagerkollektiven in Abhängigkeit von den hygienischen Bedingungen. (1974) *Ärztl. Jugdke*, 65, 180-184.

C.B.S. Statistisch Zakboek. Staatsuitgeverij. 's-Gravenhage, 1978.

C.M.R. Continue Morbiditeits Registratie. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen, 1978.

Davies, P. P. Holidaymakers in a seaside town. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 27, 486-490.

Morbiditeitsclassificatie voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse zgn. „E-lijst”. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, z.j.

Van Es, J. C. Patiënt en huisarts. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1974.

Jones, R. V. H. Illness in a summer holiday camp. (1976) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 26, 616-620.

Lynch, P. Holiday maladies and a holiday practise on the Natal coast. (1959) *S. Afr. med. J.* 33, 58-60.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Pacy, H. Holiday hazards. (1961) *Med. J. Aust.* 48, 1010-1015.

Rümke, H. C. Vakantiereizen als conditionerende factor bij het ontstaan psychische stoornissen. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 1525-1530.