

Persoonlijkheidskenmerken en huisartscontact-frequentie

H. M. VAN DER PLOEG*

De een gaat vaker naar de dokter dan de ander. Zo zijn er mensen die van zichzelf zeggen dat ze nooit ziek zijn en nooit bij de dokter komen. Anderen hebben een slechte gezondheid, voelen zich vaak ziek en zien vaak een dokter. In hoeverre kan men op grond van iemands persoonlijkheid voorspellen of hij met een niet ernstige gezondheidsstoornis wel of niet naar de dokter gaat? De auteur onderzocht dit bij twee categorieën patiënten met griepklachten.

Inleiding

Waarschijnlijk is niet iedereen even vatbaar voor ziekte en deze verschillen in vatbaarheid lijken van „algemene” aard (*Hinkle*). Volgens *Brenkman* vindt een kwart van het werk van de huisarts plaats bij een zeer klein deel (ongeveer 6 procent) van zijn patiënten. In een eerdere studie (*Van der Ploeg 1976/1977*) sprak ik over een groep huisartspatiënten die regelmatig en vaak bij de dokter kwam (zogenaamde grootgebruikers), ter onderscheiding van een groep die weinig tot nooit contact met de huisarts had (zogenaamde kleingebruikers). Naast verschillen in het hebben en ervaren van gezondheidsstoornissen bestaan er derhalve ook verschillen in de geneigdheid om bij klachten de huisarts te raadplegen (zie ook *Van der Velden* en *Cassee*). Deze verschillen in medische consumptie kunnen het gevolg zijn van tal van factoren, zoals een zwak gestel, een slechte gezondheid, (bepaalde) klachten en een ongunstige arbeids- of levenssituatie.

Van der Ploeg (1980) beschreef op grond van de literatuur enkele kenmerken die zouden samenhangen met een hogere medische consumptie. Voor vrouwen wordt in verschillende studies (uit diverse landen) meer doktersbezoek gerapporteerd dan voor mannen. Frequent contact hangt eveneens samen met een zeer jeugdige leeftijd (met name jonger dan een jaar) of zeer hoge

leeftijd. De relatie tussen medische consumptie en sociaal-economische klassen is niet duidelijk.

In dit artikel wordt nagegaan of, en zo ja, in hoeverre algemene (relatief stabiele) individuele kenmerken een rol spelen bij het besluit om een bezoek te brengen aan de huisarts. Het gaat om het verklaren van de relatie tussen ziekte en dokterscontact met behulp van psychologische variabelen (met name uit vragenlijsten verkregen gegevens over de persoonlijkheid). Nader inzicht in de factoren die bijdragen tot de frequentie van het huisartscontact is van belang daar de geregelde bezoekers een grotere kans maken verwezen te worden naar specialisten en te worden opgenomen in ziekenhuizen. Afgezien van economische belangen is vermindering van huisartsbezoek of van medische consumptie in het algemeen in een aantal gevallen gunstig, gezien de psychische belasting die dit bezoek (eventueel gevolgd door specialistenbezoek en/of ziekenhuisopname) met zich mee kan brengen.

Als object van observatie hebben wij gekozen voor het klachtcomplex „kou vatten, verkoudheid, griepigheid en griep”. Deze klachten komen frequent voor en de verschijnselen zijn in redelijke mate objectief te operationaliseren. Bovendien is het bij deze gezondheidsstoornis de vraag of men een arts dient te consulteren. Als gewoonten een rol spelen bij het besluit om naar de dokter te gaan, zal de invloed daarvan vooral bij een dergelijke klacht duidelijk kunnen worden.

Vervolgens worden de variabelen „griepklachten” en „huisartscontact” gerelateerd aan persoonlijkheidskenmerken, zoals gemeten met een vragenlijst.

De steekproef

Het onderzoek is verricht bij een grote groep echtparen, afkomstig uit de praktijken van twee Leidse huisartsen. De totale groep bestond uit een aantal „grootgebruikers” en een aantal „kleingebruikers”.

Bij beide huisartsen werd in het kaartstelsel iedere vierde kaart getrokken. Alleen kaarten van gehuwden (niet ouder dan 65 jaar) werden „gelezen”. Op de kaarten werden de contacten van de zes voorafgaande maanden geteld. Contacten op grond van keuringen, injecties en pilcontroles werden buiten de tellingen gelaten. Voordat de uiteindelijke groep kon worden samengesteld, viel een aantal echtparen af door administratieve oorzaken (bijvoorbeeld recent verhuisd), door weigeringen – zowel om „medische” redenen (recent veel ziek geweest) alsook zonder „redenen” (geen tijd of geen zin) – en doordat niet op alle relevante variabelen een score werd verkregen (bijvoorbeeld lijsten niet geretourneerd of veel vragen opengelaten).

Bij de analyses waren negenenvijftig echtparen-grootgebruikers en zeventig echtparen-kleingebruikers betrokken. Echtparen van de eerste groep voldeden aan de volgende criteria: één van beiden had in de zes maanden voor het moment van de steekproeftrekking minimaal drie keer contact met de huisarts gehad, de ander minimaal één keer. Wanneer de man of de vrouw hoogstens één dokterscontact in de periode van zes maanden voor de steekproeftrekking had gehad en de partner geen enkel contact, werd dit echtpaar ingedeeld in de groep kleingebruikers. Door het werken met deze twee steekproeven is het onder meer mogelijk na te gaan of (eventuele) relaties tussen psychologische variabelen en medische consumptie in beide groepen verschillen. Als er relaties bestaan lijkt de kans op het vinden ervan groter als gewerkt wordt met patiënten op de uiteinden van het continuum van alle mogelijke bezoekfrequenties.

Griepgerigheidsklachten, contactfrequentie en persoonlijkheidskenmerken

Griepgerigheidsklachten. Om de hoeveelheid griepgerigheidsklachten te bepalen, werd gebruik gemaakt van een

* Psycholoog, vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden, Academisch Ziekenhuis.

zelf geconstrueerde vragenlijst (*Van der Ploeg* 1980); in deze lijst zijn de volgende achttien klachten vermeld: loopneus, keelpijn, rillerigheid, lusteloosheid, tranende ogen, spierpijnen, verstopte neus, geïrriteerde keel, lichte koorts, onbehaaglijk gevoel, duizeligheid, lichte hoofdpijn, hoesten, misselijkheid, plotseling optredende koorts, beroerd gevoel, diarree en overgeven. De onderzochte personen dienden eens per veertien dagen aan te geven of een bepaalde klacht was voorgekomen, en zo ja, in welke mate: een beetje, tamelijk veel of zeer veel. Daarnaast werd onder meer gevraagd of de respondent in verband met deze griepgerigheidsklachten een bezoek aan de huisarts had gebracht of deze had verzocht bij hem aan huis te komen.

Deze griepvragenlijst werd in de periode medio november 1976 tot eind maart 1977 om de veertien dagen (in totaal tien maal) aan de respondenten aangeboden. Per keer werd een deel van de echtparen persoonlijk benaderd; bij een deel gebeurde dat telefonisch en bij de resterende groep per post. Opzet was, dat aan het eind van de reeks ieder echtpaar zo mogelijk eenmaal persoonlijk, tweemaal telefonisch en de overige keren per post was benaderd. Bij analyse van de antwoordpatronen (variantie-analyses op de scores op de samenvattende vragen naar verkoudheid, griepgerigheid en griep, alsook op de aantallen consulten en visites) bleek overigens dat geen onderscheid behoeft te worden gemaakt tussen de methoden waarmee de informatie was verzameld. De verschillen tussen de respectieve series scores waren zeer gering en statistisch niet significant. Ook de psychologische betekenis van de verschillen was verwaarloosbaar.

Contactfrequentie. Uit de griepvragenlijsten werd een indruk verkregen van de contactfrequenties. Deze werden vergeleken met de aantekeningen van de huisartsen waarbij de mate van overeenstemming werd uitgedrukt in een coëfficiënt (*Van der Ploeg* 1980).

Voor de bewerkingen die in dit artikel zijn gebruikt, is uitgegaan van de door de patiënten opgegeven contactfrequenties.

Persoonlijkheidskenmerken. In de maanden na maart 1977 is alle respondenten een interview afgenomen; tevens werd hun gevraagd een aantal vragenlijsten in te vullen.

Het interview had vier onderwerpen:
– het laatste contact met de huisarts;

– de laatste verkoudheid of griep;
– algemene vragen over gezondheid en ziekte;

– personalia en biografische gegevens. In de meeste gevallen ging het om gesloten vragen. Enkele open vragen werden gebruikt om een goede introductie te krijgen. In dit artikel zal over de gegevens uit dit interview niet worden gerapporteerd.

Het pakket vragenlijsten bestond uit:

– de ABV (Amsterdamse Biografische Vragenlijst – *Wilde*), een vragenlijst waarmee onder meer informatie wordt verkregen over de mate van neurotische labiliteit, zowel ten aanzien van psychoneurotische klachten (N-score), als ten aanzien van functionele klachten (NS-score), alsook over de mate van sociale extraversie (E-score);

– de ZBV (Zelf-Beoordelings Vragenlijst; *Van der Ploeg e.a.* 1979 en 1980), een vragenlijst voor het meten van angst, waarmee een tweetal scores wordt verkregen. De eerste geeft een indicatie van het niveau van de toestandsgangst (state anxiety), de tweede van het niveau van de angstdispositie (trait anxiety); deze tweede score is in de analyses betrokken;

– de VOEG, Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheid (*Dirken*), waarmee een indicatie wordt verkregen van de mate waarin men lichamelijke klachten heeft die kunnen samenhangen met stress;

– de Klachtenvragenlijst (een Nederlandstalige bewerking van de Symptom Rating Test van *Kellner and Sheffield*) waarmee een score wordt verkregen voor somatische klachten in de afgelopen week, benevens een totaalscore voor „psychische” klachten in de afgelopen week.

De interviewer bood de vragenlijsten persoonlijk bij de mensen thuis aan en nam daar ook de interviews af. Beide echtgenoten werden afzonderlijk ondervraagd; tijdens het interview met de een vulde de ander de vragenlijsten in. Onderlinge beïnvloeding was daardoor minimaal. Interviews en vragenlijsten werden na afloop weer door de interviewer meegenomen. Voor nadere details zij verwezen naar *Van der Ploeg* 1980.

Bewerking

Voor de bewerking van de gegevens is gebruik gemaakt van multiële regressie-analyses. Als criterium-variabele (afhankelijke variabele) is steeds de door de patiënt opgegeven frequentie van het huisartscontact bij een griepje

gehanteerd. Als predictoren (voorspelers of onafhankelijke variabelen) is enerzijds gebruik gemaakt van de griepgerigheidsklachten, anderzijds van de persoonlijkheidsgegevens. Tevens zijn de onafhankelijke variabelen samen als predictor gehanteerd.

Multiële regressie-analyse is een statistische techniek waarmee een bepaalde criterium-variabele kan worden voorspeld door een groep predictor-variabelen. Steeds wordt (door de computer) gezocht naar die (groep) variabelen die de beste voorspelling mogelijk maken (maakt). Hoe hoger de verklaarde variantie is (te berekenen door de multiële correlatie te kwadrateren), des te beter kan men de criterium-variabele voorspellen. Het relatieve belang van de verschillende predictoren zou zijn af te lezen aan het bèta-gewicht dat in de tabellen is vermeld. Hoe hoger het bèta-gewicht, des te belangrijker die predictor ter verklaring van de criterium-variabele. Aan het teken van het bèta-gewicht kan afgelezen worden of de relatie met de criterium-variabele positief of negatief is. Tijdens de analyses echter verandert de hoogte en soms ook het teken van de bèta-gewichten voortdurend, zodat de interpretatie van de hoogte van deze gewichten met de nodige voorzichtigheid moet plaatsvinden. In ieder geval zullen de in de tabellen steeds als eerste vermelde predictoren ook wel de belangrijkste zijn ter verklaring van de criterium-variabele. Deze voorspellers hebben ook vaak de hoogste bèta-gewichten.

Wij kozen de stapsgewijze methode van multiële regressie-analyse, waarbij per stap die variabele wordt toegevoegd die op dat moment de hoogste F-waarde heeft. Bij elke volgende stap wordt dus die predictor-variabele geselecteerd die de meeste verklaarde variantie toevoegt aan de bij eerdere stappen verkregen verklaarde variantie (*Kerlinger and Pedhazur*). Op deze wijze is het mogelijk na te gaan hoeveel variantie van de huisartscontactfrequentie wordt verklaard door hetzij de griepgerigheidsklachten (dus de mate van ziek-zijn), hetzij de persoonlijkheidsfactoren (dus de psychologische variabelen). Tevens is het dan mogelijk na te gaan hoeveel winst in verklaarde variantie ontstaat door aan de griepgerigheidsklachten de persoonlijkheidsvariabelen toe te voegen. Hoe hoger de verklaarde variantie blijkt te zijn, des te beter kan men op grond van de onafhankelijke variabelen de frequentie van het dokterscontact (het criterium) voorspellen.

Tabel 1. Regressie-analyse grootgebruikers, dokterscontact met achttien* detailklachten.

Predictor	Bêta-gewicht	Multipole correlatie
Lichte koorts	.46	.58
Duizeligheid	.32	.66
Keelpijn	-.33	.69
Tranende ogen	.15	.70
Plotseling optredende koorts	.23	.71
Rillerigheid	-.35	.72
Loopneus	.30	.73
Spierpijnen	.25	.75
Verstopte neus	-.16	.76
Geïrriteerde keel	.16	.76

*Hiervan zijn er slechts tien vermeld.

Tabel 2. Regressie-analyse kleingebruikers, dokterscontact met achttien* detailklachten.

Predictor	Bêta-gewicht	Multipole correlatie
Plotseling optredende koorts	.26	.39
Onbehaaglijk gevoel	.08	.45
Tranende ogen	.23	.48
Hoesten	.11	.49
Overgeven	.12	.50
Lichte koorts	.17	.51
Rillerigheid	-.16	.52
Spierpijnen	.14	.52
Verstopte neus	-.18	.53
Lusteloosheid	.17	.54

*Hiervan zijn er slechts tien vermeld.

Resultaten

Voorspelling op grond van griepheidsklachten. In tabel 1 is voor de grootgebruikers de statistisch significante relatie tussen het huisartscontact en de detailklachten vermeld (alleen de eerste tien predictoren zijn vermeld). In totaal wordt 59 procent van de variantie verklaard. Voor de kleingebruikers is dezelfde relatie samengevat in tabel 2. De predictoren verklaren hier totaal 31 procent van de variantie. Bij de grootgebruikers wordt meer variantie verklaard (59 procent tegen 31 procent bij de kleingebruikers) en van de predictoren met de vijf hoogste bêta-gewichten is uitsluitend de klacht „lichte koorts” identiek aan een van de predictoren met de vijf hoogste bêta-gewichten bij de kleingebruikers. De stijging in multipole correlatie stemt in beide groepen overeen. (respectievelijk +.19 en +.17).

Op grond van hetgeen in tabel 1 en tabel 2 is samengevat en op grond van inspectie van het hier niet beschreven correlatietableau en de tabellen met gemiddelde scores, zou men kunnen stellen dat

bij de groep grootgebruikers meer dokterscontact bij een griepje samenhangt met bijvoorbeeld meer klachten over lichte en plotseling optredende koorts, duizeligheid, keelpijn, rillerigheid en een loopneus in de dagen voor dat huisartscontact. Bij de kleingebruikers hangt meer huisartscontact samen met meer klachten over plotseling optredende lichte koorts, een onbehaaglijk gevoel, tranende ogen, hoesten, overgeven en ook rillerigheid. De voorspellende klachten voor een huisartscontact zijn tot op zekere hoogte in beide groepen hetzelfde, de volgorde en relatieve importantie is in beide steekproeven verschillend.

Voorspelling op grond van persoonlijkheidseigenschappen. Bij de grootgebruikers kan 23 procent van de variantie worden verklaard wanneer we trachten de frequentie van het huisartscontact bij een griepje te voorspellen op grond van zeven scores betreffende de persoonlijkheid. De multipole regressie-analyse is samengevat in tabel 3. Bij de kleingebruikers kan slechts 3 procent van de variantie worden verklaard (tabel 4).

Het blijkt dus nauwelijks mogelijk bij de kleingebruikers op grond van persoonlijkheidskenmerken te voorspellen of zij bij een griepje wel of niet naar de huisarts gaan. In die groep lijkt meer dokterscontact samen te hangen met een meer extraverte persoonlijkheidsscore, alsmede met een hogere score voor functioneel (lichamelijk) neuroticisme. Bij de grootgebruikers is een dergelijke voorspelling beter mogelijk, hoewel nog lang niet op bevredigende wijze. Bij de grootgebruikers lijkt meer huisartscontact samen te hangen met een hogere score voor functioneel (lichamelijk) neuroticisme, meer somatische klachten in de afgelopen week, alsmede een hogere VOEG-totaal score. Deze drie predictoren geven een indicatie van de zogenaamde „somatiseringstendens”. Alhoewel uiteraard reële lichamelijke klachten zullen zijn gerapporteerd, bestaat de kans dat sommigen hun klaagneiging op lichamelijke wijze hebben „verpakt” en aldus geuit.

Voorspelling op grond van griepheidsklachten én persoonlijkheidseigenschappen. Wanneer bij de regressie-

Tabel 3. Regressie-analyse, grootgebruikers, dokterscontact met persoonlijkheidsscores.

Predictor	Bêta-gewicht	Multipole correlatie
ABV functioneel neuroticisme	.41	.40
Somatische klachten	.32	.44
VOEG totaal score	-.29	.47
ABV extraversie	.05	.48
ABV neuroticisme	-.10	.48
ZBV Angst dispositie	.07	.48
Psychische klachten	.06	.48

Tabel 4. Regressie-analyse, kleingebruikers, dokterscontact met persoonlijkheidsscores.

Predictor	Bêta-gewicht	Multipole correlatie
ABV extraversie	.15	.16
ABV functioneel neuroticisme	.06	.17
Somatische klachten	-.06	.17
VOEG totaal score	.03	.18
ABV neuroticisme	.03	.18
ZBV Angst dispositie	-.03	.18

N.B. „Psychische klachten” levert in deze analyse geen bijdrage.

Tabel 5. Regressie-analyse, grootgebruikers, dokterscontact met achttien detailklachten van griepgerigheid en persoonlijkheidscores.

Predictor	Bêta-gewicht	Multipete correlatie
Lichte koorts	.49	.58
Duizeligheid	.28	.66
Keelpijn	-.30	.69
Tranende ogen	.15	.70
Plotseling optredende koorts	.13	.71
Rillerigheid	-.30	.72
Loopneus	.34	.73
Spierpijnen	.28	.75
Verstopte neus	-.12	.76
ABV functioneel neuroticisme	.20	.76
VOEG totaal score	-.30	.77
Somatische klachten (Klachtenvragenlijst)	.13	.78
Geïrriteerde keel	.12	.78
Lichte hoofdpijn	-.09	.78
ZBV Angst dispositie	.06	.78
ABV extraversie*	.07	.79

*De Pearson-correlatie van extraversie en dokterscontact is negatief.

Tabel 6. Regressie-analyse, kleingebruikers, dokterscontact met achttien griepgerigheidsklachten en persoonlijkheidsscores.

Predictor	Bêta-gewicht	Multipete correlatie
Plotseling optredende koorts	.28	.39
Onbehaaglijk gevoel	.11	.45
Tranende ogen	.26	.48
Hoesten	.10	.49
Somatische klachten (Klachtenvragenlijst)	-.14	.50
Lichte koorts	.17	.51
Rillerigheid	-.15	.52
Lusteloosheid	.19	.53
Spierpijnen	.16	.54
ABV extraversie*	.08	.55
Diarree	-.10	.55
Overgeven	.13	.56
Verstopte neus	-.17	.57
ABV functioneel neuroticisme	.18	.57
ABV neuroticisme	-.11	.58

*De Pearson-correlatie van extraversie en dokterscontact is positief.

analyses zowel griepklachten als persoonlijkheidsgegevens worden betrokken, blijkt dat bij de grootgebruikers in totaal 63 procent van de variantie kan worden verklaard (tabel 5). Door toevoeging van de persoonlijkheidsgegevens stijgt de maximale multipete correlatie van .77 (tabel 1) naar .79. De winst in verklaarde variantie is derhalve slechts 4 procent (van 59 procent naar 63 procent). Bij de kleingebruikers blijkt door deze toevoeging de maximale multipete correlatie te stijgen van .56 (tabel 2) naar .58 (tabel 6). De „winst” in verklaarde variantie is slechts 3 procent (van 31 procent naar 34 procent).

Bij de grootgebruikers levert pas na de eerste negen stappen het eerste persoonlijkheidskenmerk een relevante bijdrage. De kenmerken die dan van betekenis zijn, blijken met de al genoemde „somatiseringstendens” samen te hangen. Bij de kleingebruikers levert bij de vijfde stap de score voor somatische klachten een relevante bijdrage. Enkele stappen later volgt de bijdrage van de extraversiescore. Opvallend is dat de somatiseringstendens veel minder relevant is voor de kleingebruikers. De analyses met en zonder persoonlijkheidsscores blijken eigenlijk weinig te verschillen. Door toevoeging van de persoonlijkheidsscores aan de groep predictoren (griepgerigheidsklachten) neemt de verklaarde variantie ter voorspelling van de frequentie van het dokterscontact nauwelijks toe. In de be-

schouwing zullen we nader op deze bevindingen ingaan.

Beschouwing en conclusies

De een gaat vaker naar de dokter dan de ander. Is dat zo?

Bij het opzetten van dit onderzoek is gekozen voor groot- en kleingebruikers van de huisarts. In de oorspronkelijke studie (Van der Ploeg 1980) is beargumenteerd en berekend dat er een groep patiënten (ter grootte van ongeveer 30 procent) in de steekproeven is te onderscheiden, van wie we tamelijk zeker weten dat zij respectievelijk vaker naar de dokter gaan of juist bijna nooit gaan (respectievelijk grote grootgebruikers en kleine kleingebruikers). Deze echt-paren behoorden voor een aanzienlijk langere periode dan zes maanden tot de betreffende steekproef. Wanneer de onderzochte periode te kort is, kan wellicht onvoldoende onderscheid worden gemaakt tussen groot- en kleingebruikers. Een mogelijke invloed van de persoonlijkheid op het dokterscontact zal dan nauwelijks zichtbaar worden.

Waarom gaat op zijn minst een aantal mensen vaak naar de dokter?

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre daarbij naast de lichamelijke conditie ook individuele kenmerken, die men onder persoonlijkheidseigenschappen kan samenvatten, een rol spelen. Daartoe werd gekozen voor een min of meer te objectiveren klachtencomplex,

waarmee sommigen wel en anderen niet naar de dokter gaan. De kans dat gewoonten een rol spelen, zal bij een griepje groter zijn dan bij een zware lichamelijke aandoening.

In tabel 3 bleek dat de frequentie van het dokterscontact bij een griepje in de gehele groep grootgebruikers maar beperkt kon worden voorspeld op grond van uitsluitend persoonlijkheidsscores (23 procent van de variantie). In de groep kleingebruikers (tabel 4) is nauwelijks een voorspelling mogelijk (slechts 3 procent van de variantie). Daarentegen bleek dat voor de groep grote grootgebruikers bij deze regressie-analyse 34 procent van de variantie kon worden verklaard en voor de kleine kleingebruikers „opeens” 55 procent. De verschillen in contactfrequentie worden dus in de groep als geheel nauwelijks verklaard door persoonlijkheidsfactoren, maar wanneer we letten op die personen van wie we tamelijk zeker weten dat zij óf zeer vaak óf juist bijna nooit naar de dokter gaan, dan blijkt de invloed van de persoonlijkheid veel groter.

Voor de groep grootgebruikers als geheel kan de contactfrequentie behoorlijk worden voorspeld wanneer men als predictoren in de regressie-analyse de griepklachten opneemt (tabel 1, 59 procent van de variantie). In de groep kleingebruikers als geheel wordt dan 31 procent van de variantie verklaard (ta-

bel 2). Griepklachten voorspellen de contactfrequentie in beide groepen dus beter dan persoonlijkheidsfactoren dat doen. Toevoeging van persoonlijkheidscores geeft nauwelijks winst in verklaarde variantie (tabellen 5 en 6). In het kleine groepje grootgebruikers is de winst in verklaarde variantie bij een soortgelijke analyse (Van der Ploeg 1980) veel groter. Bij de grote grootgebruikers kan de contactfrequentie reeds behoorlijk voorspeld worden (52 procent van de variantie) met enkele samengestelde griepklachten; bij toevoeging van drie persoonlijkheidsgegevens stijgt dit percentage tot niet minder dan 88 procent. Bij de kleine kleingebruikers wordt met vier griepklachten slechts 7 procent van de variantie verklaard en na toevoeging van dezelfde persoonlijkheidsfactoren stijgt dit percentage tot 8 procent. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat een, zij het relatief kleine groep zich bij het dokterscontact inderdaad laat leiden door persoonlijkheidsfactoren.

Tenslotte zal ik nog kort ingaan op enkele factoren die mogelijk mijn bevinding zouden kunnen aantasten.

Bij de steekproeftrekking van groot- en kleingebruikers werd niet speciaal gelet op dokterscontact naar aanleiding van griepigheid, zodat kan worden aangenomen dat de relatie tussen persoonlijkheidsfactoren en dokterscontact bij de grote grootgebruikers niet tot griep beperkt is. Uiteraard blijft de mogelijkheid dat andere huisartsen grote grootgebruikers meer aantrekken of afweren. In dit onderzoek werd de perceptie door de patiënt van zijn huisarts bepaald met behulp van de huisarts-patiëntrelatie vragenlijst. Tussen beide artsen zullen ongetwijfeld verschillen bestaan in de benadering van patiënten met griepigheid. Met betrekking tot de factoren in deze vragenlijst (informatief, communicatief, afwerend, instrumenteel en diffuus gedrag) verschillen volgens de respondenten beide huisartsen wel iets van elkaar; met name zou een van de twee huisartsen meer „informatief” en meer „instrumenteel” gedrag vertonen. De mate waarin groot- c.q. kleingebruikers de ene of de andere huisarts met een bepaalde mate van griepigheid benaderen, vertoont geen significante verschillen: de drempel om bij een griepje naar de huisarts te gaan zal dus bij beide huisartsen ongeveer even hoog zijn geweest.

Gezien de aanwijzingen voor de vergelijkbaarheid van de twee huisartsen is bij de bewerking van de gegevens geen

onderscheid meer gemaakt tussen (de patiënten van) beiden.

In de literatuur wordt een vrij duidelijke relatie beschreven tussen sekse c.q. leeftijd en medische consumptie. Voor de sociaal-economische klassen (gecoreleerd met de ziektekostenverzekervorm) zijn de bevindingen minder duidelijk. In dit onderzoek zaten in beide steekproeven evenveel mannen als vrouwen. Wanneer men de partiële correlaties van de somscore voor griepheidsklachten en het dokterscontact berekent met controle voor de sekse, verandert de oorspronkelijke correlatie niet. Van de patiënten met dokterscontact bij een griepje is 48 procent man en 52 procent vrouw. Het percentage mannen en vrouwen zonder dokterscontact is even groot. De sekse blijkt noch bij grootgebruikers, noch bij kleingebruikers samen te hangen met dokterscontact bij een griepje.

Zeer jonge en (zeer) oude personen hebben een hogere dokterscontact-frequentie. Wanneer men de partiële correlaties van de somscore voor griepigheid en dokterscontact berekent met controle voor de leeftijd, verandert de oorspronkelijke correlatie eveneens niet (blijft .47). De leeftijd van de patiënten zonder dokterscontact bij een griepje is gemiddeld 47,7 jaar, van degenen mét dokterscontact gemiddeld 46,7 jaar. Deze cijfers ondersteunen de opvatting dat mijn bevinding niet wordt aangetast door de factor leeftijd.

De sociaal-economische klasse (en de daarmee verband houdende ziektekostenverzekervorm) heeft misschien enige invloed op de frequentie van het dokterscontact bij een griepje. Bij de patiënten mét vergoeding van de onkosten is het gemiddelde aantal huisartscontacten bij een griepje (niet significant) hoger dan bij de patiënten zonder een dergelijke vergoeding. Het aantal specialistenbezoeken is overigens ook hoger bij de patiënten met vergoeding voor huisartscontacten, terwijl specialistenbezoeken doorgaans in beide groepen worden vergoed.

In dit onderzoek bleek dat de gemiddelden voor de dokterscontact-frequentie in de grote groepen voornamelijk bepaald worden door het ziek-zijn. In de relatief kleine groep grote grootgebruikers hangt het dokterscontact echter in grotere mate samen met andere factoren zoals persoonlijkheidskenmerken. De mogelijkheid bestaat dat, wanneer een langer tijdvak zou worden bezien, de kans groter wordt dat relatief stabiele gewoonten bij het gaan naar de dokter

een rol gaan spelen. In een huisartspraktijk van ongeveer 2800 patiënten zou volgens mijn gegevens (bij een van de twee huisartsen) 17 procent van de echtparen tot de groep grootgebruikers behoren; 29 procent daarvan is een grote-grootgebruikers-echtpaar, waarvan bekend is dat een van beiden regelmatig en vaak naar de huisarts gaat. In de gehele praktijk is derhalve de ondergrens van het aantal echtparen dat tot de groep van grote grootgebruikers behoort 5 procent. Extrapolerend kan het aantal grote grootgebruikers bij een praktijk van 2800 patiënten dus op minstens 140 worden geschat.

In dit onderzoek is de opvatting dat de frequentie van het dokterscontact samenhangt met persoonlijkheidsfactoren in zijn algemeenheid niet bevestigd. Eerder moet de conclusie worden getrokken dat een relatief klein aantal mensen voor deze opvatting verantwoordelijk is. Het zijn immers juist deze mensen die de huisarts zeer vaak ziet.

Samenvatting. Onderzocht wordt in hoeverre het aantal contacten met de huisarts kan worden verklaard uit persoonlijkheidskenmerken. Nadat bij twee groepen echtparen (respectievelijk groot- en kleingebruikers) was vastgesteld welke griepklachten zij hadden, werd nagegaan wie met die klachten een bezoek had gebracht aan de huisarts. Met behulp van regressie-analyse is vervolgens getracht deze huisartscontact-frequentie te voorspellen.

De conclusie is dat de huisartscontact-frequentie in het algemeen nauwelijks verklaard kan worden uit persoonlijkheidsfactoren. Bij patiënten die zeer vaak de huisarts bezoeken (grote grootgebruikers) blijkt echter zo'n relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en contactfrequentie wel te bestaan.

Summary. Personality traits and doctor-consulting rate. A study was made of the extent to which the number of contacts with the family doctor can be explained from personality traits. After identification of the influenza complaints of two groups of married couples (frequent and infrequent contacts, respectively), those who consulted the doctor about these complaints were identified. Regression analysis was then used in an effort to predict the frequency of contacts with the family doctor.

The conclusion is that the frequency of contacts with the family doctor can as a rule hardly be explained from personali-

ty traits. In patients who very frequently consult the family doctor, however, a relation between personality traits and this frequency of contacts proves to exist.

- Brenkman, C. F. De huisarts en het gezin van zijn patiënt. *Van Gorcum, Assen*, 1963.
- Cassee, E. Th. Naar de dokter; enkele aspecten van ziektegedrag en gezondheidszorg. *Boom, Meppel*, 1973.
- Dirken, J. M. Arbeid en stress; het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. *Wolters, Groningen*, 1967.
- Hinkle jr., L. E. Physical health, mental health and the social environment: some characteristics of healthy and unhealthy people. In: R. H. Ojemann (ed.). Recent contributions of biological and psychosocial investigations to preventive psychiatry. Proceedings of the Second Institute on Preventive Psychiatry. *Iowa State University Press, Ames, Ia.*, 1959.
- Kellner, R. and B. F. Sheffield. Abridged manual of the Symptom Rating Test. *University of Liverpool*, 1972 (ongepubliceerd).
- Kerlinger, F. N. and E. J. Pedhazur. Multiple regression in behavioral research. *Holt, Rinehart and Winston, New York*, 1973.
- Ploeg, H. M. van der. Onderzoek naar het verband tussen frequentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken (I). *Persoonlijkheidskenmerken van grootgebruikers en kleingebruikers*. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 451-456.
- Ploeg, H. M. van der. Onderzoek naar het verband tussen frequentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken (II). *Huisartsbezoekfrequenties*. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 22-27.
- Ploeg, H. M. van der. Persoonlijkheid en medische consumptie. Een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheidsfactoren en de frequentie van huisartsbezoek. *Swets en Zeitlinger, Lisse*, 1980.
- Ploeg, H. M. van der, P. B. Defares en C. D. Spielberger. De Zelf-Beoordelingsvragenlijst, een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Swets en Zeitlinger, Lisse*, 1979.
- Ploeg, H. M. van der, P. B. Defares en C. D. Spielberger. Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst, een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Swets en Zeitlinger, Lisse*, 1980.
- 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 vragenlijstmethode. *Van Rossen, Amsterdam*, 1970.

Ingezonden

Hooikoorts

Geachte Heer Van de Lisdonk,

Uw artikel geeft ons aanleiding tot de volgende opmerkingen:

De huidtests. Hetgeen u stelt over de huidtests kan tot verwarring leiden. Enerzijds zou uit de literatuur blijken dat deze waardeloos zijn, anderszijds zouden zij te overwegen zijn wanneer indicaties voor desensibilisatie bestaan. Op welke indicaties doelt u hier?

De therapie met corticosteroiden. U schrijft over een „controverse over het al dan niet onderdrukken van de bijnier”. Wij dachten dat suppressie van de bijnier een uitgemaakte zaak is. Waarschijnlijk verwart u suppressie met atrofie van de bijnier. U laat op grond van „de voldoening voor de huisarts” de corticosteroiden verder onbesproken. Gezien de eclatante verbetering, die na de toediening doorgaans optreedt, zullen vele patiënten erom vragen op grond van eigen ervaringen in het verleden c.q. ervaringen van anderen. In deze context zijn het aantal injecties en de duur en de ernst van de suppressie van belang. Er zullen adviezen gegeven moeten worden indien de patiënt mogelijk elders geopereerd wordt (zakreizen, vakanties). Voorts stelt u enerzijds dat depotcorticosteroidtherapie als voordeel heeft, dat de patiënt niet uit eigen beweging meer van het geneesmiddel kan nemen, anderzijds ondergraaft u deze argumentatie door corticosteroidtherapie per inhalatie te vermelden om het probleem van de bijwerkingen te omzeilen. Een en ander lijkt op een hink-stap-sprong van de ene therapie naar de andere en een excuus om niet nader op de bijwerkingen in te hoeven gaan.

De desensibilisatie met Pollinex. U stelt vrij apodictisch: „Nieuwe middelen als bijvoorbeeld Pollinex, waarvan twee à drie injecties voldoende zouden zijn, blijken niet te voldoen”, op grond van de bevindingen van één auteur. Vervolgens vermeldt u alleen, dat de patiënt tenminste twintig minuten moet worden bewaakt. Andere voorzorgsmaatregelen laat u onbesproken zoals: de patiënt dient gewaarschuwd te worden geen zware maaltijden te gebruiken direct voor de injecties en bovenmatige licha-

melijke inspanning te vermijden gedurende enkele uren na de toediening van de injecties.

Het is overigens de vraag of deze vorm van desensibilisatie thuis hoort in de huisartspraktijk, vanwege reeds genoemde voorzorgsmaatregelen en het niet weg te denken gevaar van een anafylactische shock. Wij onderschrijven dat de hulp van de KNO-arts bij desensibilisatie onontbeerlijk is.

De opmerking over Lumosol neusspray versus Rynacrom patronen voor insufflatie, lijkt ons minder relevant dan een opmerking over het juiste gebruik: Lumosol kan alleen worden toegepast bij een goed doorgankelijke neus; bij een „loopneus” wordt de spray uitgespoeld. Rynacrom wordt gegeven bij een „loopneus”, omdat de poeder goed hecht in de natte neus.

Werkgroep Farmacotherapie van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht

Lisdonk, E. H. van de. Hooikoorts. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 238-241.

Naschrift

Alvorens in te gaan op de opmerkingen van de Werkgroep Farmacotherapie van het Utrechtse Instituut voor Huisartsgeneeskunde willen wij nog eens uitdrukkelijk wijzen op de voetnoot bij elk artikel uit deze serie. Een artikel dat uit onze conferenties voortkomt, moet beschouwd worden als een weergave van wat besproken is en van de manier waarop is gediscussieerd.

Wij zullen puntsgewijs reageren op het commentaar:

De huidtests. Men vraagt op welke indicatie te overwegen is over te gaan tot desensibilisatie. Het antwoord wordt in dezelfde kolom gegeven: het valt te proberen in een enkel geval als de gebruikelijke therapeutische maatregelen geen effect hebben en de huisarts blijft zitten met een patiënt met ernstige klachten. Dat is althans de mening van onze werkgroep.

De therapie met corticosteroiden. In het commentaar worden de discussies die wij daarover gehad hebben, goed weer-

(1980) *huisarts en wetenschap* 23, 403