

Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk

1. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject*

DR. H. LAMBERTS** EN B. HARTMAN***

Probleemgedrag is niet meer weg te denken uit de huisartsgeneeskunde. De tijd dat vanuit de klinische sfeer de betekenis van psychosociale factoren met nauw verholen geringschatting werd afgedaan, lijkt voorbij. Mensen die kampen met psychische of sociale problemen, vinden in Nederland bij hun huisarts in principe niet alleen een gewillig, maar ook een professioneel oor. Over de inhoud en aard van het huisartsgeneeskundig handelen bij deze problemen is echter nog te weinig informatie beschikbaar.

Inleiding

In ons land kan men als vuistregel aanhouden dat in een doorsnee huisartspraktijk circa 20 procent van de patiënten jaarlijks met de huisarts spreekt over psychische of sociale problemen. Een dergelijk percentage geldt eveneens in een aantal andere ontwikkelde landen, terwijl uit onderzoek van *Giel and Workneh* en van *Harding et al.* blijkt dat ook in verschillende ontwikkelingslanden tendenties in die richting bestaan.

In deze bijdrage wordt verslag uitgebracht van een onderzoek naar het voorkomen van psychische en sociale problemen („probleemgedrag”) bij 16.863 mensen die gedurende twee jaar onafgebroken hebben behoord tot acht praktijken van negen aan het monitoringproject deelnemende huisartsen (de basispopulatie – *bijlage 2*). We spreken van probleemgedrag, wanneer tijdens het contact tussen patiënt en huisarts expliciet wordt gesproken over leefproblemen van de patiënt, terwijl het voor beiden duidelijk is dat het om psychi-

sche of sociale problemen gaat, en niet om een ziekte of ziektegedrag (*Lamberts 1975*).

Voor het classificeren is gebruik gemaakt van de hoofdstukken V en XVIII van de ICHPPC-2, aangevuld met een aantal onderverdelingen die door de leden van de monitoringgroep wenselijk werden geacht (*bijlage 1*). Overigens komen deze hoofdstukken sterk overeen met de drie-assige classificatie die door een werkgroep van de WHO is voorgesteld, en met de hoofdstukken over psychische en sociale problemen in de *Reason for encounter classification* (*Lamberts 1982*).

Ter completering is rekening gehouden met het voorkomen van chronische ziekten die in beginsel invloed hebben op het dagelijks leven van de patiënt. In dit artikel wordt gesproken van een psychisch of een sociaal probleem of van een chronische ziekte, wanneer tijdens een contact tussen een tot de basispopulatie behorende patiënt en de huisarts een of meer van de in *bijlage 1* genoemde problemen aan de orde zijn gekomen.

Basisgegevens

Figuur 1 laat zien dat het vooral vrouwen in de leeftijdsgroep van 35-55 jaar zijn die psychische problemen met hun huisarts hebben besproken. Uit *figuur 2* blijkt dat hetzelfde geldt ten aanzien van sociale problemen. *Figuur 3* geeft een beeld van de populatie die zowel in het eerste als in het tweede jaar probleemgedrag – een psychisch en/of een

sociaal probleem – heeft vertoond: betrekkelijk klein, maar eveneens met een oververtegenwoordiging van vrouwen. *Figuur 4* tenslotte laat een heel ander beeld zien: bij de chronische ziekten gaat het hoofdzakelijk om oudere mensen en de oververtegenwoordiging van vrouwen ontbreekt praktisch.

De *figuren 1-4* schilderen een vertrouwd beeld. De vraag rijst, in hoeverre mensen die het eerste jaar een bepaalde probleemsoort vertoonden, dit het volgende jaar ook deden. In *tabel 1* is weergegeven hoe vaak de verschillende vormen van probleemgedrag in beide registratiejaren zijn voorgekomen. In de eerste kolom staan de percentages, in de tweede en derde kolom de gemiddelden voor de verschillende praktijken en de standaarddeviaties, en in de laatste kolom de hoogste en laagste percentages. Van de basispopulatie vertoont praktisch 20 procent in het eerste of het tweede jaar probleemgedrag; ruim 9 procent doet dit in beide jaren. Ruim 13 procent van de populatie die in het eerste jaar geen probleemgedrag vertoonde, deed dit in het tweede jaar wel. Psychische problemen worden jaarlijks door circa 14 procent van de basispopulatie aangeboden, waarbij 43 procent van de eerstejaarsgroep daar in het tweede registratiejaar nog met de huisarts over spreekt. Van degenen die in het eerste jaar geen psychisch probleem aanboden, doet 11 procent dat in het tweede jaar wel. De cijfers voor sociale problemen liggen iets onder die van de psychische problematiek, maar de teeneur is dezelfde. Ruim 10 procent bespreekt jaarlijks een sociaal probleem met zijn huisarts; 36 procent van deze groep doet dat zowel in het eerste als in het tweede registratiejaar. Slechts 5 procent van de basispopulatie bespreekt in één jaar zowel psychische als sociale problematiek.

Een ander beeld komt naar voren bij de chronische ziekten. Jaarlijks heeft ongeveer 9 procent van de basispopulatie voor deze groep afwijkingen contact met de huisarts. Bijna 60 procent van de mensen die er in het eerste jaar mee te kampen hadden, komen er ook in het tweede jaar voor bij hun huisarts. De groep mensen die jaarlijks voor het eerst een chronische ziekte aan de huisarts aanbieden, is beperkt: krap 5 procent van alle mensen die er in het jaar tevoren niet mee bij de huisarts kwamen.

Uit de standaarddeviaties in de derde kolom en de *range* in de vierde kolom blijkt dat er grote verschillen tussen de huisartsen onderling bestaan, waarbij ik

* Het monitoringproject is een door het Praeventiefonds gesubsidieerd, geautomatiseerd informatiesysteem in de huisartspraktijk. De monitoringgroep bestaat uit de huisartsen S. Best, J. H. M. Breteler, H. J. Dokter, C. M. A. Grimbergen, J. Heeringa, W. J. L. Kitslaar, H. Lamberts, G. Th. van de Poel, A. T. van der Schoot- van Venrooy, A. M. R. Seelen, E. Sloot, F. H. J. A. Vissers en C. van Weel. Het project functioneert met de administratieve hulp van mevrouw M. Trouw en met de organisatorische en technische hulp van H. F. Bezemer (*Lamberts 1980*).

** Huisarts afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG & GD.

*** Destijds arts-assistent in opleiding tot huisarts.

Figuur 1. Patiënten met psychische problemen in het eerste registratiejaar.

MALE TOTAL NO		-- M A L E --		100	- F E M A L E -		FEMALE TOTAL NO		
		TOTAL :	36+0 %	98	TOTAL :	64+0 %	0+1	1	
		NUMBER :	817	96	NUMBER :	1.455			
0+1	1			94					
				92					
				90					
				88	XX		0+3	0+2	5
0+1	1			86	XXXX		0+6	0+4	9
0+7	0+3	6		XXX	84	XXXXXX	0+8	0+5	12
0+5	0+2	4		XX	82	XXXXXXXXXXXX	1+8	1+1	26
1+1	0+4	9		XXXX	80	XXXXXXXXXXXXXXXX	2+1	1+3	30
1+6	0+6	13		XXXXXX	78	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+0	1+3	29
1+3	0+5	11		XXXXXX	76	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+7	1+8	40
1+6	0+6	13		XXXXXX	74	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+8	1+8	41
1+3	0+5	11		XXXXXX	72	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+2	1+4	32
1+2	0+4	10		XXXXXX	70	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+5	1+6	37
2+4	0+9	20		XXXXXXXXXX	68	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+0	1+9	44
2+7	1+0	22		XXXXXXXXXX	66	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+3	1+5	33
3+1	1+1	25		XXXXXXXXXX	64	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+5	2+2	51
2+9	1+1	24		XXXXXXXXXX	62	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+0	1+9	44
4+9	1+8	40		XXXXXXXXXX	60	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+1	2+0	45
3+9	1+4	32		XXXXXXXXXX	58	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+5	2+2	51
5+4	1+9	44		XXXXXXXXXX	56	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+1	2+6	60
2+9	1+1	24		XXXXXXXXXX	54	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+0	2+6	58
4+2	1+5	34		XXXXXXXXXX	52	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+4	2+2	49
4+8	1+7	39		XXXXXXXXXX	50	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+3	2+7	62
4+0	1+5	33		XXXXXXXXXX	48	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+6	2+3	53
3+4	1+2	28		XXXXXXXXXX	46	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+6	2+3	52
3+1	1+1	25		XXXXXXXXXX	44	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+8	2+4	55
4+2	1+5	34		XXXXXXXXXX	42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+2	2+7	61
4+0	1+5	33		XXXXXXXXXX	40	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+6	1+7	38
4+3	1+5	35		XXXXXXXXXX	38	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+2	2+0	46
3+8	1+4	31		XXXXXXXXXX	36	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+2	2+1	47
4+0	1+5	33		XXXXXXXXXX	34	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+1	2+6	59
3+1	1+1	25		XXXXXXXXXX	32	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+1	2+0	45
2+3	0+8	19		XXXXXXXXXX	30	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1+9	1+2	27
2+8	1+0	23		XXXXXXXXXX	28	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+5	1+6	37
1+3	0+5	11		XXXXXX	26	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1+9	1+2	28
1+5	0+5	12		XXXXXX	24	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1+5	1+0	22
2+2	0+8	18		XXXXXXXXXX	22	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+3	1+5	34
2+1	0+7	17		XXXXXXXXXX	20	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1+5	1+0	22
1+7	0+6	14		XXXXXXXXXX	18	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1+8	1+1	26
2+0	0+7	16		XXXXXXXXXX	16	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	0+8	0+5	12
0+9	0+3	7		XXX	14	XXXXX	0+7	0+4	10
0+7	0+3	6		XXX	12	XXX	0+4	0+3	6
0+5	0+2	4		XX	10	X	0+2	0+1	3
0+4	0+1	3		X	8	XX	0+3	0+2	5
0+5	0+2	4		XX	6	X	0+1	0+1	2
0+2	0+1	2		X	4	XX	0+3	0+2	5
0+1	1				2		0+1	1	

Figuur 2. Patiënten met sociale problemen in het tweede registratiejaar.

MALE TOTAL NO		-- M A L E --		100	- F E M A L E -		FEMALE TOTAL NO		
		TOTAL :	38+1 %	98	TOTAL :	41+9 %			
		NUMBER :	674	96	NUMBER :	1.073			
0+1	0+1	1		94					
				92					
				90	X		0+3	0+2	3
				X	88	X	0+2	0+1	2
0+3	0+1	2		X	86	XXXXX	1+0	0+6	11
0+3	0+1	2		XXX	84	XXXXX	0+9	0+6	10
1+0	0+4	7		XX	82	XXXXXXX	1+3	0+8	14
0+6	0+2	4		XXX	80	XXXXXXX	1+4	0+8	15
1+0	0+4	7		XXXXXX	78	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+7	1+7	30
1+6	0+6	11		XXXXXX	76	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+1	1+9	34
1+2	0+5	8		XXXXXX	74	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+1	1+3	23
1+8	0+7	12		XXXXXX	72	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1+8	1+1	20
1+9	0+7	13		XXXXXX	70	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+2	1+4	24
1+6	0+6	11		XXXXXX	68	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+8	1+8	31
1+5	0+6	10		XXXXXX	66	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+3	1+4	25
1+6	0+6	11		XXXXXXXXXX	64	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+4	1+5	26
3+7	1+4	25		XXXXXXXXXX	62	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+4	1+5	26
3+3	1+2	22		XXXXXXXXXX	60	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+8	1+8	31
4+0	1+5	27		XXXXXXXXXX	58	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+7	1+6	29
3+9	1+5	26		XXXXXXXXXX	56	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+4	2+1	37
3+9	1+5	26		XXXXXXXXXX	54	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+8	2+9	52
6+1	2+3	41		XXXXXXXXXX	52	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+3	2+7	47
4+6	1+8	31		XXXXXXXXXX	50	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	5+3	3+4	58
5+2	2+0	35		XXXXXXXXXX	48	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+2	2+4	46
3+3	1+2	22		XXXXXXXXXX	46	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+7	2+3	40
4+6	1+8	31		XXXXXXXXXX	44	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+3	2+0	36
4+3	1+6	29		XXXXXXXXXX	42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+3	2+0	36
3+9	1+5	26		XXXXXXXXXX	40	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+7	1+7	30
4+2	1+6	28		XXXXXXXXXX	38	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+8	2+4	41
2+7	1+0	18		XXXXXXXXXX	36	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+5	2+2	38
3+4	1+3	23		XXXXXXXXXX	34	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4+2	2+6	46
3+4	1+3	23		XXXXXXXXXX	32	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3+6	2+2	39
2+7	1+0	18		XXXXXX	30	XXXXXXX	1+7	1+1	19
1+8	0+7	12		XXXXXX	28	XXXXXXXXXXXXX	2+1	1+3	23
1+9	0+7	13		XXXXXX	26	XXXXXXXXXXXXX	1+8	1+1	20
2+1	0+8	14		XXXXXX	24	XXXXX	1+0	0+6	11
1+9	0+7	13		XXXXXX	22	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	2+5	1+5	27
1+5	0+6	10		XXXXXX	20	XXXXXXXXXXXXX	2+1	1+3	23
1+9	0+7	13		XXXXXX	18	XXXXXXXXXXXXX	2+1	1+3	23
2+1	0+8	14		X	14	XXXXXXXXXX	1+6	1+0	17
0+3	0+1	2		XX	14	XXXXX	0+7	0+5	9
0+7	0+3	5		XX	12	XX	0+5	0+3	5
0+7	0+3	5		XX	10	XX	0+5	0+3	5
0+7	0+3	5		X	8	XX	0+3	0+2	4
0+1	0+1	1		X	6		0+5	0+3	5
0+3	0+1	2		XXXX	4	XX	0+3	0+2	3
1+3	0+5	9		XXX	2	X			
0+9	0+3	6							

Figuur 3. Patiënten met probleemgedrag in beide registratiejaren.

MALE TOTAL NO	--- M A L E ---	100	- F E M A L E -	FEMALE TOTAL NO
	TOTAL : 32+3 %	98	TOTAL : 67+7 %	
	NUMBER : 511	94	NUMBER : 1,071	
		92		
		90		0+1 0+1 1
		88 XX		0+4 0+3 4
		84 XXXXX		0+9 0+6 10
		82 XXXXX		0+9 0+6 10
1+0 0+3 5		80 XXXXXXXXXX		1+2 0+8 13
0+8 0+3 4		78 XXXXXXXXXXXXX		2+1 1+4 22
2+0 0+6 10		76 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+3 1+6 25
2+2 0+7 11		74 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3+3 2+2 35
1+4 0+4 7		72 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+2 2+1 34
2+7 0+9 14		70 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+5 1+7 27
1+6 0+5 8		68 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		2+5 1+7 27
2+5 0+8 13		66 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+8 2+6 41
2+5 0+8 13		64 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+8 1+9 30
3+1 1+0 16		62 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+1 2+1 33
3+9 1+3 20		60 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+2 2+1 34
4+3 1+4 22		58 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+0 2+0 32
5+7 1+8 29		56 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+7 2+5 40
5+1 1+6 26		54 XXXXXXXXXXXXXXXXX		4+2 2+8 45
5+3 1+7 27		52 XXXXXXXXXXXXXXXXX		5+2 3+5 56
4+9 1+6 25		50 XXXXXXXXXXXXXXXXX		4+3 2+9 46
4+3 1+4 22		48 XXXXXXXXXXXXXXXXX		5+1 3+5 55
5+1 1+6 26		46 XXXXXXXXXXXXXXXXX		4+1 2+8 44
4+9 1+6 25		44 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+8 2+6 41
3+1 1+0 16		42 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+9 2+7 42
4+1 1+3 21		40 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+7 2+5 40
3+9 1+3 20		38 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+5 1+7 27
3+3 1+1 17		36 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+8 1+9 30
2+2 0+7 11		34 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+9 2+7 42
3+1 1+0 16		32 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+3 2+2 35
2+7 0+9 14		30 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+9 2+0 31
2+7 0+9 14		28 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+0 1+3 21
2+0 0+6 10		26 XXXXXXX		1+7 1+1 18
2+5 0+8 13		24 XXX		1+2 0+8 13
1+6 0+5 8		22 XXXXXXXXX		0+7 0+4 7
1+0 0+3 5		20 XXXXXXX		1+8 1+2 19
1+0 0+3 5		18 XXXXXXX		1+1 0+8 12
0+8 0+3 4		16 XXXXXXX		1+3 0+9 14
0+4 0+1 2		14 X		0+7 0+4 7
0+8 0+3 4		12 X		0+3 0+2 3
0+2 0+1 1		10 X		
0+4 0+1 2		8		0+1 0+1 1
0+6 0+2 3		6		0+1 0+1 1
		4 X		0+3 0+2 3
0+2 0+1 1		2		

Figuur 4. Patiënten met een chronische ziekte in het eerste registratiejaar.

MALE TOTAL NO	--- M A L E ---	100	- F E M A L E -	FEMALE TOTAL NO
	TOTAL : 46+6 %	98	TOTAL : 55+4 %	
	NUMBER : 674	94	NUMBER : 771	
0+1 0+1 1		92 XX		0+1 0+1 1
0+3 0+1 2		90 XXX		0+5 0+3 4
0+1 0+1 1		88 XXX		0+5 0+3 4
0+1 0+1 1		84 XXXXXXXXX		0+8 0+4 6
0+6 0+3 4		82 XXXXXXXXXXXXX		0+9 0+5 7
1+0 0+5 7		80 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+7 1+5 21
2+7 1+2 18		78 XXXXXXXXXXXXXXXXX		4+0 2+1 31
2+7 1+2 18		76 XXXXXXXXXXXXXXXXX		4+4 2+4 34
3+3 1+5 22		74 XXXXXXXXXXXXXXXXX		5+3 2+8 41
4+2 1+9 28		72 XXXXXXXXXXXXXXXXX		5+4 2+9 42
4+9 2+3 33		70 XXXXXXXXXXXXXXXXX		6+9 3+7 53
4+7 2+2 32		68 XXXXXXXXXXXXXXXXX		5+6 3+0 43
3+9 1+8 26		66 XXXXXXXXXXXXXXXXX		5+4 2+9 42
6+5 3+0 44		64 XXXXXXXXXXXXXXXXX		4+5 2+4 35
4+7 2+2 32		62 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+4 1+8 26
4+9 2+3 33		60 XXXXXXXXXXXXXXXXX		3+1 1+7 24
3+3 1+5 22		58 XXXXXXXXX		3+9 2+1 30
6+2 2+9 42		56 XXXXXXXXX		3+6 1+9 28
5+9 2+8 40		54 XXXXXXXXX		3+2 1+7 25
3+6 1+7 24		52 XXXXXXXXXXXXXXXXX		2+9 1+5 32
3+6 1+7 24		50 XXXXXXXXX		2+7 1+5 21
3+9 1+8 26		48 XXXXXXXXX		2+7 1+5 21
3+0 1+4 20		46 XXXXXXX		3+4 1+8 26
2+5 1+2 17		44 XXXXXXX		2+3 1+2 18
2+4 1+1 16		42 XXX		2+1 1+1 16
2+2 1+0 15		40 XXXXXXX		1+0 0+6 8
1+6 0+8 11		38 XXXXXXX		1+2 0+6 8
0+6 0+3 4		36 XXXXXXX		0+9 0+5 7
1+6 0+8 11		34 XXXXXXX		1+6 0+8 12
0+9 0+4 6		32 XXXXXXX		2+1 1+1 16
0+9 0+4 6		30 XXXXXXX		1+0 0+6 8
1+5 0+7 10		28 XXXXXXX		1+2 0+6 9
1+3 0+6 9		26 XXXXXXX		1+2 0+6 9
0+1 0+1 1		24 XXX		0+8 0+4 6
0+7 0+3 5		22 XXX		1+0 0+6 8
0+7 0+3 5		20 XXX		1+3 0+7 10
0+3 0+1 2		18 XXX		0+6 0+3 5
0+7 0+3 5		16 XXX		0+4 0+2 3
1+2 0+6 8		14 XXX		1+0 0+6 8
0+9 0+4 6		12 XXX		0+8 0+4 6
0+7 0+3 5		10 XXX		0+6 0+3 5
0+4 0+2 3		8 XXX		0+8 0+4 6
0+6 0+3 4		6 XXX		0+5 0+3 4
0+9 0+4 6		4 XXX		0+1 0+1 1
1+0 0+5 7		2 X		
0+9 0+4 6				0+5 0+3 4
0+6 0+3 4				0+4 0+2 3
0+3 0+1 2				0+4 0+2 3

Tabel 1. Psychische en sociale problemen, probleemgedrag en chronische ziekten in de basispopulatie (N = 16.863).

	%	Gemiddelde percentages per praktijk	SD	Laagste en hoogste percentages
<i>Psychische problemen</i>				
Eerste jaar ¹	13,5	13,3	3,9	9,3 - 21,3
Tweede jaar ¹	14,5	14,3	3,5	9,9 - 21,4
Eerste en tweede jaar ¹	5,8	5,8	2,7	3,1 - 11,3
Continuering in tweede jaar ²	43,0	41,8	6,8	30,7 - 53,1
Nieuw in tweede jaar ³	10,8	10,7	1,9	8,0 - 14,2
<i>Sociale problemen</i>				
Eerste jaar ¹	10,5	10,6	3,9	7,3 - 18,9
Tweede jaar ¹	10,5	10,6	3,4	6,6 - 15,6
Eerste en tweede jaar ¹	3,8	3,9	2,1	1,0 - 7,6
Continuering in tweede jaar ⁴	36,2	35,1	10,4	13,7 - 46,4
Nieuw in tweede jaar ⁵	9,5	8,5	2,2	6,1 - 11,3
<i>Probleemgedrag</i>				
Eerste jaar ¹	19,3	19,2	4,7	13,7 - 28,9
Tweede jaar ¹	20,2	20,1	3,8	14,5 - 27,2
Eerste en tweede jaar ¹	9,4	9,9	4,1	5,3 - 16,2
Nieuw in tweede jaar ⁶	13,4	13,4	1,5	10,7 - 15,0
Eerste jaar zowel psychische als sociale problemen ¹	4,7	4,2	2,1	2,0 - 8,6
Tweede jaar zowel psychische als sociale problemen ¹	5,0	5,1	3,0	2,3 - 10,8
<i>Chronische ziekten</i>				
Eerste jaar	8,6	8,7	1,5	7,2 - 11,3
Tweede jaar	9,4	9,7	1,8	6,9 - 12,0
Eerste en tweede jaar	4,9	4,9	2,0	3,3 - 7,1
Continuering in tweede jaar ⁷	58,0	60,0	11,3	47,1 - 79,0
Nieuw in tweede jaar ⁸	4,9	4,8	1,5	3,1 - 6,5

¹ Basispopulatie = 100 procent; ² Populatie met psychische problemen in eerste jaar = 100 procent; ³ Populatie zonder psychische problemen in eerste jaar = 100 procent; ⁴ Populatie met sociale problemen in eerste jaar = 100 procent; ⁵ Populatie zonder sociale problemen in eerste jaar = 100 procent; ⁶ Populatie zonder probleemgedrag in eerste jaar = 100 procent; ⁷ Populatie met chronische ziekten in eerste jaar = 100 procent; ⁸ Populatie zonder chronische ziekten in eerste jaar = 100 procent.

hier in het midden laat in hoeverre deze berusten op verschillende leeftijds- en geslachtsverdelingen. Vooral de standaarddeviatie voor probleemgedrag in het eerste jaar is hoog, vergeleken met bijvoorbeeld de standaarddeviatie voor chronische ziekten. Opvallend hoog is ook het verschil tussen de huisartsen bij het persisteren van probleemgedrag, psychische problemen, sociale problemen en verrassenderwijs ook van chronische ziekten. Later wordt hierop nader ingegaan.

Er is sprake van een beperkte (9,4 procent) groep patiënten die in beide jaren voor psychische en/of sociale problemen met de huisarts contact heeft. Omdat ook iemand die op de laatste dag van het eerste registratiejaar voor het eerst probleemgedrag aanbiedt, in het eerste jaar wordt meegeteld, verrast het dat slechts ongeveer 40 procent – in de vorm

als door ons geregistreerd – in het tweede jaar zijn gedrag continueert. Met een grove correctie voor het moment van optreden in het eerste jaar blijkt dus rond 25 procent van de mensen die met hun huisarts over een probleem spreken, dit een jaar later nog te doen. Los van de vraag wat het effect van psychotherapie in het algemeen en van de huisartsgeneeskundige bemoeiing in het bijzonder is, en los van de vraag of een spontane „remission base rate” (75 procent in een à twee jaar) wel zo spontaan is, blijkt hier dat voor de meerderheid van de mensen probleemgedrag na een jaar niet meer aan de orde is in hun contact met de huisarts. Verhaak (1981 a,b) rapporteert uit het Speech Project ook over de tijdelijkheid van het bestaan van psychische problemen. Hij bevestigt ervaringen uit Ommoord (Lamberts 1975), dat het bestaan van

een probleem – onafhankelijk van de geboden vorm van hulpverlening – samenvalt met een uitgesproken maar tijdelijke piek in het aantal contacten met de huisarts en in het gebruik van psychofarmaca.

Opnieuw wordt echter ook het bestaan bevestigd van de harde kern van mensen die gedurende langere tijd met hun huisarts in gesprek blijven over hun leefproblemen (Cooper et al.; Johnstone; Lamberts 1975).

Wie hebben problemen?

Het is belangrijk dat de huisarts met de informatie die hem routinematig ter beschikking staat, enigszins kan voorspellen welke mensen een grotere kans hebben op een psychisch of sociaal probleem.

In tabel 2 staan de produkt-moment correlaties tussen de verschillende vormen van probleemgedrag, het bestaan van een chronische ziekte en een aantal andere variabelen.* Er bestaan duidelijke correlaties tussen psychische en sociale problemen. De invloed van de sekse is beperkt, die van de leeftijd allerminst. De verzekeringsvorm speelt praktisch geen rol, wat niet geldt voor het aantal verrichtingen.

Figuur 5 toont de bijna rechtlijnige relatie tussen enerzijds psychische en sociale problemen en het bestaan van een chronische ziekte en anderzijds het aantal verrichtingen per jaar. Hoe vaker iemand komt, des te groter de kans dat een van de genoemde probleemsoorten aan de orde komt. (Of komt iemand juist vaak, omdat hij een psychisch of een sociaal probleem heeft? Of is de kans dat de huisarts een dergelijk probleem aan de orde stelt, groter bij iemand die vaak komt? En hetzelfde kan gelden ten aanzien van het bestaan van een chronische ziekte).

Allerminst rechtlijnig is de relatie tussen de leeftijd en het voorkomen van de verschillende probleemsoorten (figuur 6). Vrouwen van omstreeks 50 jaar vertonen relatief vaak psychische en sociale problemen. Bij de chronische ziekten geldt dat voor de oudere mannen.

De curven van de figuren 5 en 6 zijn ook per praktijk getekend. Dan blijkt dat alle huisartsen hetzelfde patroon volgen, waarbij er echter duidelijke verschillen in niveau bestaan. In sommige

* Voor de hulp bij het vervaardigen van de correlatiematrix en bij de discriminant-analyse is veel dank verschuldigd aan A. Nijdam, Drs. W. van de Ven en Drs. R. van Vliet van het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de RU te Leiden.

Tabel 2. Correlatiematrix van variabelen met betrekking tot probleemgedrag, chronische ziekten en een aantal achtergrondgegevens (N = 16.863).

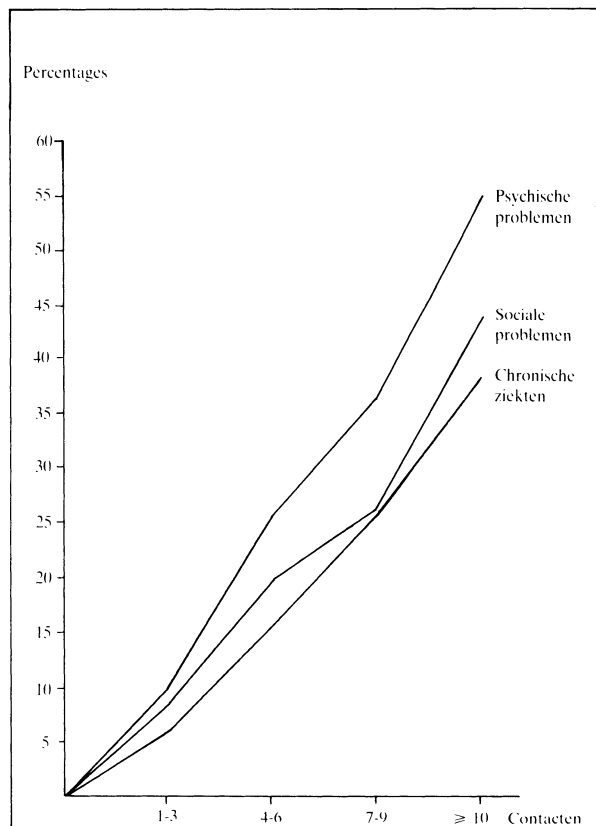
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Psychische problemen 1e jaar	-											
2 Psychische problemen 2e jaar	.32	-										
3 Sociale problemen 1e jaar	.31	.23	-									
4 Sociale problemen 2e jaar	.17	.32	.29	-								
5 Chronische ziekte 1e jaar	.11	.09	.08	.08	-							
6 Chronische ziekte 2e jaar	.10	.11	.08	.10	.51	-						
7 Geslacht (man = 0, vrouw = 1)	.10	.11	.06	.07	.01	.02	-					
8 Leeftijd	.18	.19	.16	.15	.30	.32	.08	-				
9 Verzekeringsvorm (ZF = 0, Part. = 1)	-.05	-.05	-.05	-.04	-.07	-.07	-.07	-.09	-			
10 Aantal contacten 1e jaar	.40	.30	.34	.22	.33	.26	.15	.25	-.14	-		
11 Aantal contacten 2e jaar	.26	.41	.23	.33	.25	.34	.15	.25	-.14	.60	-	
12 Som contacten 1e + 2e jaar	.37	.40	.32	.31	.33	.34	.17	.28	-.16	.89	.89	-

gevallen ligt het niveau consequent hoger dan het gemiddelde, in andere juist consequent lager. In weer andere gevallen is er geen eenduidig beeld. Deze verschillen, die voor beide registratiejaren gelden, worden niet verklaard door leeftijds- en geslachtsverschillen, of door verschillen in verzekeringsvorm. Zoals bekend spelen talrijke variabelen een rol bij het tot stand komen van probleemgedrag. Om hierin nader in-

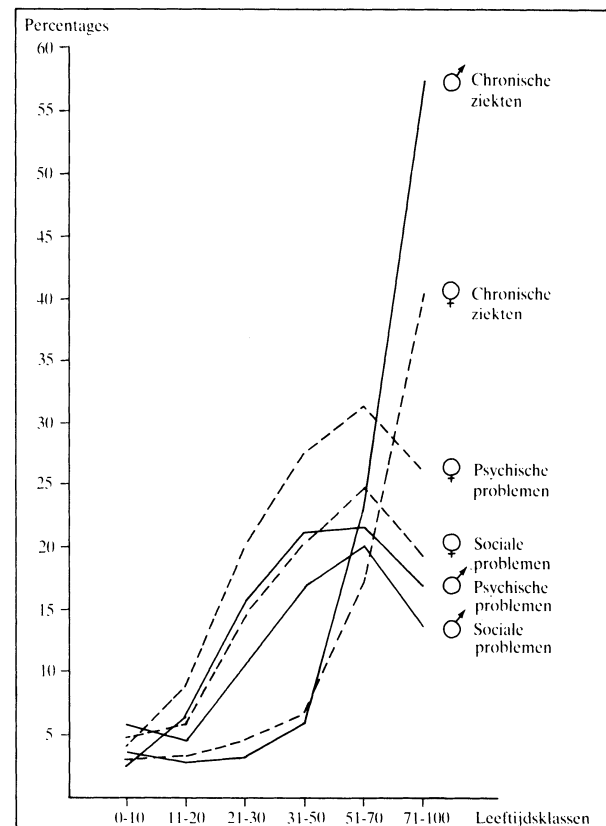
zicht te verwerven, is gebruik gemaakt van discriminant-analyse. Discriminant-analyse is een statistische techniek waarbij men met een beperkt aantal variabelen een zo sterk mogelijk onderscheid probeert te maken tussen twee groepen, een mét een bepaald kenmerk en een zonder dat kenmerk. Op grond daarvan kan men dan bepalen, hoe groot de kans is dat een willekeurig individu tot een van beide groepen be-

hoort. Voor onze discriminant-analyse is gebruik gemaakt van de informatie waarover de huisarts routinematig kan beschikken. Doel is in dit geval het „voorspellen” van wie in het eerste of tweede jaar psychische problemen, sociale problemen of een chronische ziekte aan de huisarts hebben aangeboden. In tabel 3 is weergegeven hoe groot de voorspellende waarde van de discriminanten is. Op het eerste gezicht is deze

Figuur 5. Relatie tussen enerzijds psychische problemen, sociale problemen en chronische ziekten in het eerste jaar en anderzijds het aantal contacten. Percentages van de betreffende groepen.



Figuur 6. Relatie tussen enerzijds psychische problemen (m/v), sociale problemen (m/v) en chronische ziekten (m/v) in het eerste jaar en anderzijds leeftijdsklassen. Percentages van de betreffende leeftijds/geslachtsgroepen.



tabel zeer bemoedigend: 80 procent van de gevallen is correct voorspeld. Voor de mensen zonder probleem ligt dat percentage steeds iets hoger, voor de mensen mét een probleem echter duidelijk lager, variërend van 67 tot 75 procent. De discriminant mist bij probleemgedrag circa 32 procent van de gevallen; bij de chronische ziekten is dat circa 25 procent. Veel bezwaarlijker is echter het hoge percentage fout-positieve voorspellingen (circa 20 procent), aangezien de verhouding tussen het aantal mensen mét een probleem en het aantal mensen zonder probleem 1 op 7 à 10 bedraagt. Het aantal fout-positieve voorspellingen is daardoor steeds groter dan het totaal aantal mensen dat met het betreffende probleem heeft te maken. Dat betekent dat bij een positieve voorspelling de kans dat deze correct is, minder dan 50 procent bedraagt. Anderzijds is het aantal fout-negatieve voorspellingen veel kleiner dan het aantal correct-negatieve voorspellingen.

In *tabel 5* staan in drie kolommen een aantal details van de discriminanten. Kolom I geeft de volgorde in belangrijkheid aan waarmee de verschillende variabelen in de discriminanten zijn opgenomen. Een variabele die snel in de vergelijking wordt opgenomen, heeft een grotere voorspellende waarde dan een variabele die laat of helemaal niet wordt opgenomen. Elke volgende in de discriminant opgenomen variabele geeft slechts informatie die onafhankelijk is van de voorgaande variabelen. De opbouw van de discriminant wordt gestaakt, wanneer de bijdrage van een volgende variabele niet meer significant is ($p < 0,01$). Bij alle probleemsoorten is het aantal verrichtingen in het betreffende jaar de beste voorspeller. De consumptie in het andere jaar neemt een middenpositie in. Zowel bij psychische als bij sociale problemen is de persoon van de huisarts minstens even belangrijk als de informatie over de gezinssamenstelling of de leeftijd. Het geslacht speelt vooral een rol bij het aanwijzen van de volwassen vrouw; de verzekeringsvorm verschijnt praktisch gesproken niet op het toneel. Huisarts C en in mindere mate huisarts A classificeren relatief veel probleemgedrag. (Huisarts P is als vast vergelijkingspunt genomen („dummy”) en komt dus zelf slechts aan de orde in vergelijking met de overige huisartsen). In kolom II van *tabel 5* staan de gestandaardiseerde coëfficiënten voor de discriminantfuncties. Standaardisatie houdt in dat de coëfficiënt een maat geeft voor de invloed van een bepaalde

variabele op de discriminantfunctie, onafhankelijk van het feit dat bijvoorbeeld de leeftijd van 1 tot 100 loopt, terwijl de verzekeringsvorm slechts in een 0-1 vorm is gegoten.

Het aantal verrichtingen in het betreffende jaar is bij psychische en sociale problemen verreweg de sterkste voorspeller; bij chronische ziekten speelt de leeftijd, naast het aantal verrichtingen, de overheersende rol. De verzekeringsvorm speelt praktisch geen rol, evenmin als de gezinsgrootte. Andere aspecten van de gezinsstructuur en van de plaats van iemand daarin hebben echter wel degelijk invloed (*Huygen 1978, 1979*). Psychische problemen komen relatief weinig aan de orde bij kinderen, sociale problemen relatief veel bij volwassen mannen en vrouwen. Het alleenstaand zijn of het behoren tot een onvolledig gezin heeft weinig invloed – en dan nog in beperkte mate. Veel groter is de invloed die huisarts C, en in mindere mate huisarts A, uitoefent op het tot stand komen van probleemgedrag. Opvallend is dat bij chronische ziekten de invloed van de huisarts veel geringer is, waarbij C en R onafhankelijk van de praktijksamenstelling relatief veel chronische ziekten vastleggen.

In kolom III is aangegeven hoe sterk de afzonderlijke variabelen correleren met de voorspelling die de discriminant voor een bepaalde probleemsoort in een bepaald jaar geeft. Hierbij is het dus mogelijk dat de leeftijd en het geslacht een relatie onderhouden die ook is terug te vinden in bijvoorbeeld het feit dat men een volwassene of een kind is. De gezinsstructuur en het bestaan van een volledig gezin komen hier evenmin onafhankelijk van elkaar naar voren.

Bespreking

Hier is een duidelijk beeld geschilderd. Psychische en sociale problemen komen in de huisartspraktijk vaak naar voren. Zij bestaan meestal een beperkte tijd en het al dan niet aan de orde komen tijdens het spreekuurcontact is redelijk voorspelbaar op grond van voor de huisarts direct beschikbare informatie. Bij deze beschikbare informatie neemt echter het aantal huisarts-patiënt contacten in het eerste en in het tweede jaar een alles overheersende plaats in.

In de discussie is de sterke, maar allerm minst eenduidige relatie tussen contactfrequentie en het bestaan van probleemgedrag essentieel. Zien huisartsen patiënten met problemen vaak, omdat de aard van de problemen daartoe leidt? Neigen huisartsen ertoe men-

sen die zij vaak zien, gemakkelijk te labelen met een diagnose die onder het begrip probleemgedrag valt? Of doet het er eigenlijk helemaal niet veel toe, of het ene dan wel het andere mechanisme voorrang heeft?

Afgezien van de hier beschikbare informatie over psychische en sociale problemen en over chronische ziekten is er vooral algemene, steeds beschikbare en weinig aan de individuele patiënt gebonden informatie voorhanden. In *tabel 6* is samengevat hoeveel variantie van het aantal verrichtingen in het eerste en in het tweede jaar bij onze basispopulatie voorspeld kan worden met behulp van de overige beschikbare verklarende variabelen. Het blijkt dat met deze variabelen in het eerste jaar maximaal 11 procent en in het tweede jaar maximaal 10 procent verklaard kan worden. Reeds met zeven variabelen wordt in beide jaren het maximum praktisch bereikt. Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn het belangrijkste. Interdokter-variatie deelt met gezinsgrootte en het volwassen vrouw-zijn de tweede plaats.

Wanneer men *tabel 6* vergelijkt met *tabel 5*, dan blijkt de sterke relatie tussen probleemgedrag en contactfrequentie voor een groot deel onafhankelijk te zijn van het mechanisme in *tabel 6*. Op het eerste gezicht is het geen verrassing dat er tussen de aard van de problemen van de patiënt en de mate waarin hij contact met de huisarts heeft, zo'n sterke relatie bestaat. In feite is het daar in de hulpverlening toch allemaal om te doen. Op voorhand is het weinig zinvol om met algemene en weinig aan de individu gebonden gegevens te streven naar een praktisch hanteerbare voorspelling van het optreden van psychische, sociale of lichamelijke problemen. Maar het ligt wel op de weg van de huisarts vast te stellen, dat probleemgedrag samenhangt met een aantal goed te begrijpen mechanismen om daar dan ook naar te handelen. Ook wanneer men onafhankelijk van de informatie in *tabel 6* vaststelt, dat consumptie een centrale rol speelt, blijven er nog talrijke vragen over. Vooral *Stewart et al.* (1975; 1979) en *Stewart and Buck* en in Nederland met name ook *Huygen* (1978^a; 1979) en *Mootz* hebben aangetoond dat consumptiegeïmpliciteit en het feitelijk tot stand komen van een contact met de huisarts zeer samengesteld van aard is.

Het beeld dat tot nu toe naar voren is gekomen, heeft duidelijke contouren en is de huisarts ook vertrouwd. Huisarts en patiënt – en daarmee ook het gezin

Tabel 3. Voorspellende waarde van de berekende discriminantfuncties (N = 16.863).

	Psychische problemen 1e jaar	Psychische problemen 2e jaar	Sociale problemen 1e jaar	Sociale problemen 2e jaar	Chronische ziekten 1e jaar	Chronische ziekten 2e jaar
Totaal percentage correct voorspeld	79,3	79,5	78,4	78,5	81,6	81,8
Percentage correct voorspeld van de mensen zonder het betreffende probleem	80,9	81,4	79,7	79,9	82,2	82,5
Percentage van de mensen zonder probleem fout positief voorspeld	19,1	18,6	20,3	20,1	17,8	17,5
Percentage van de mensen met probleem fout negatief voorspeld	31,1	31,8	32,2	33,1	25,2	25,2
Percentage van de mensen met probleem correct voorspeld	69,8	68,2	67,8	66,9	74,8	74,8
Absoluut aantal fout-positieven	2737	2624	3012	2981	2689	2615

Tabel 4. Discriminantanalyse (N = 16.863).

Variabelen	I. Volgorde						II. Gestandaardiseerde coëfficiënten						III. Correlatie met de discriminant					
	pp 1e	pp 2e	sp 1e	sp 2e	cz 1e	cz 2e	pp 1e	pp 2e	sp 1e	sp 2e	cz 1e	cz 2e	pp 1e	pp 2e	sp 1e	sp 2e	cz 1e	cz 2e
1 Aantal contacten 1e jaar	1	4	1	7	1	4	.85	.16	.83	.08	.63	.14	.91	.63	.89	.57	.75	.54
2 Aantal contacten 2e jaar	9	1	7	1	5	1	.06	.78	.08	.82	.13	.62	.56	.91	.57	.90	.54	.75
3 Leeftijd		14			2	2					.81	.82	.38	.38	.38	.39	.68	.68
4 Geslacht					11	11							.20	.23	.16	.16	.02	.05
5 Verzekeringsvorm			9	9					-.04	-.06			-.10	-.11	-.11	-.11	-.15	-.15
6 Huisarts A	4	6	3	3	12		.15	.14	.19	.24	.02		.06	.04	.08	.10	-.02	-.01
7 Huisarts C	3	3	2	2	6	7	.23	.21	.32	.25	.09	.04	.17	.15	.24	.16	.07	.06
8 Huisarts G	6			14			-.04			-.04			-.08	-.04	-.07	-.05	-.01	.02
9 Huisarts H	12	9	6	8		10	.05	.04	.07	.10		-.04	-.03	-.04	-.03	-.03	-.04	-.05
10 Huisarts J			5	4					.09	.18			-.04	-.02	.02	.11	.01	.05
11 Huisarts P („dummy“)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 Huisarts R	8	11			7		-.03	-.03			-.08		-.08	-.09	-.08	-.11	.07	.02
13 Huisarts Maastricht				13		9				.06		-.06	.01	.04	-.07	-.06	-.06	-.09
14 Volwassen vrouw	5	5	10	10	4	6	.10	.14	.35	.37	-.36	-.17	.37	.40	.33	.33	.17	.20
15 Volwassen man			12	11	10	12			.31	.33	-.22	-.09	.03	.01	.08	.08	.18	.15
16 Kind	2	2			3	3	-.26	-.26			-.13	-.32	-.40	-.41	-.41	-.41	-.36	-.36
17 Inwonend	10			12			-.04			-.04			-.03	.01	-.01	.03	.02	.01
18 Volledig gezin	11	12				5	.05	-.08				-.16	-.19	-.22	-.19	-.19	-.41	-.44
19 Onvolledig gezin	7	8	4	5		8	.09	.04	.10	.12		-.07	.01	.01	.03	.03	-.03	-.02
20 Echtgeno(o)t(e)		10	13		9			-.06	-.03		.08		.13	.13	.15	.14	.28	.32
21 Alleenstaand			11		8				-.06		.10		.13	.17	.08	.10	.29	.29
22 Gezinsgrootte		13	8	6			.04	.03	.12				-.23	-.25	-.21	-.19	-.40	-.42

pp = psychisch probleem; sp = sociaal probleem; cz = chronische ziekte; 1e = eerste jaar; 2e = tweede jaar.

Tabel 5. Multiplexe regressie-analyse met het aantal verrichtingen als te verklaren variabele (zeven opeenvolgende stappen) (N = 16.863).

Variabelen	Aantal verrichtingen 1e jaar		Variabelen	Aantal verrichtingen 2e jaar	
	R ² (stepwise)	Gewone correlatie		R ² (stepwise)	Gewone correlatie
1. Leeftijd	0.06	0.25	1. Leeftijd	0.06	0.25
2. Geslacht	0.08	0.15	2. Geslacht	0.08	0.15
3. Verzekeringsvorm	0.09	-0.14	3. Verzekeringsvorm	0.09	-0.14
4. Huisarts Maastricht	0.10	0.06	4. Huisarts R	0.10	-0.04
5. Huisarts R	0.10	-0.03	5. Gezinsgrootte	0.10	-0.18
6. Volwassen vrouw	0.10	0.22	6. Huisarts P	0.10	0.01
7. Gezinsgrootte	0.11	-0.17	7. Volwassen vrouw	0.10	0.21
Maximum R ²	0.11		Maximum R ²	0.10	

waartoe de patiënt behoort – staan met elkaar in een omschreven relatie. Het is niet wenselijk om de samengesteldheid van deze relatie te simplificeren. Maar de huisarts schiet er ook niet veel mee op bij zijn handelen meer overwegingen te betrekken dan zinvol en praktisch is. Om tussen al deze klippen door te varen is meer gedetailleerd inzicht in het handelen van de huisarts nodig.

Een van die klippen kan gelegen zijn in de discussie over het verschil tussen een ziekte, ziektegedrag en een „predicament”. Een „predicament” is in feite een „niet-medisch” probleem. *Taylor* beschrijft juist dat „predicaments” pijnlijk kunnen zijn, zonder dat er sprake is van een ziekte. Het is juist de sterke lading met morele, ethische, maatschappelijke en politieke factoren, die pro-

bleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde zo interessant maakt. „Predicaments have the structure of a novel rather than a textbook” (*Taylor*). De roman van probleemgedrag in de huisartspraktijk is ons goed bekend. In het tweede artikel wordt onderzocht of huisartsen inderdaad over informatie beschikken die eerder in een „textbook” dan in een roman thuishoren.

Bijlage 1. Psychische en sociale problemen en chronische ziekten. ICHPPC-2 positie nummers, uitbreidingen ten behoeve van het monitoringproject, diagnoses en vergelijkbare ICD-9 codes.

ICHPPC-2 position no.	Subdivision for use monitoring project	Health problem	Comparable ICD-9 codes
<i>Psychological problems</i>			
070	–	Anxiety disorder, anxiety state	300.0
071	–	Hypochondriacal disorders	300.1, 300.7, 306
072	–	Depressive disorder	300.4, 311
073	{ 392 393	Surmenage, neurasthenia Neurosis, other and NOS	{ 300.2, 300.3, 300.5 300.6, 300.8, 300.9
077	–	Transient situational disturbance, acute stress reaction	308, 309
086	–	Other mental and psychological disorders (incl. tic, habit spasms, stammering and stuttering, psychogenic enuresis, anorexia nervosa)	302, ex 302.7, 307, ex 307.4, ex 307.8, 310, 316
(086?)	389	Suicide attempt	–
<i>Social problems</i>			
078	–	Behaviour disorder	312 - 314
080	–	Chronic abuse of alcohol	291, 303
356	–	Economic problem, poverty	V 60.2
357	–	Housing problem	V 60.0, V 60.1
358	–	Problem of caring for sich person	V 61.4
359	{ 380 381	Marital problem without sex problem Marital problem with sex problem	V 61.1
360	–	Parent - child problem	V 61.2
361	–	Problem with parents or in-laws	V 61.3
362	–	Family disruption	V 61.0
363	–	Other problems of the family relationship NEC	V 61.5, V 61.7 - V 61.9
364	–	Educational problem	V 62.3
366	–	Social maladjustment	V 62.4, V 60.3 - V 60.6
367	–	Occupational problem	V 62.0 - V 62.2
368	{ 382 383 384	Phase of life problem small children Phase of life problem adolescent Phase of life problem „change of life”	pt. V 62.8
369	–	Other social problems	V 60.8, V 60.9, V 62.6 - V 62.9
370	–	Legal problem	V 62.5
(086)	385	Problem being homosexual	–
<i>Chronic diseases</i>			
032	–	Malignancy, intestinal	150, 151, 153, 154
033	–	Malignancy, respiratory	161, 162
035	–	Malignancy, breast	174, 175
036	–	Malignancy, female genital	179, 180, 182 - 184, 233.1
037	–	Malignancy, urinary and male genital	185 - 189
038	–	Malignancy, blood forming, Hodgkin, leukemia	200 - 208
039	–	Malignancy other	140 - 149, 152, 155 - 160, 163 - 171, 181, 190 - 199, 230 - 232, 233, ex 233.1, 234
050	–	Diabetes mellitus	250
059	–	Pernicious anemia	281

Bijlage 1. Psychische en sociale problemen en chronische ziekten. ICHPPC-2 positienummers, uitbreidingen ten behoeve van het monitoringproject, diagnoses en vergelijkbare ICD-9 codes (vervolg).

ICHPPC-2 position no.	Subdivision for use monitoring project	Health problem	Comparable ICD-9 codes
066	390	Organic psychosis	290, 293, 294
	391	Senile and presenile dementia	
067	-	Schizophrenia	295, 297, 298.3, 298.4
068	-	The affective psychoses	296, 298.0, 298.1
069	-	Other and unspecified psychoses	298.2, 298.8, 298.9, 299
088	-	Parkinsonism, paralysis agitans	340
089	-	Epilepsy, all types	345
098	-	Blindness	369
108	-	Chronic rheumatic heart disease	390 - 398
109	-	Acute myocardial infarction	410, 411
110	-	Chronic ischemic heart disease	412-414
112	-	Heart failure, R and L-sided	428
117	-	Pulmonary heart disease	416
124	-	(Other) cerebrovascular disease	430 - 434, 436 - 438, ex 437.2
125	-	Atherosclerosis exc. heart, brain	440
142	-	Chronic bronchitis	491, 494
143	-	Emphysema, COPD	492, 496
144	-	Asthma	493
160	-	Chronic enteritis, ulcerative colitis	555, 556
228	-	Rheumatoid arthritis	714, 720.0

Bijlage 2. De basispopulatie gedurende twee registratiejaren. N = 16.863.*

MALE TOTAL NO	MALE	FEMALE	FEMALE TOTAL NO
	TOTAL : 48.1 %	TOTAL : 51.9 %	
	NUMBER : 8.113	NUMBER : 8.750	
	100		100
	98		98
	96		96
	94 X		94
0+1	92 X		92
0+1	90 XX		90
0+2 0+1	X 88 XXX		88
0+3 0+2	XXX 86 XXXX		86
0+4 0+2	XXXX 84 XXXXXXXXX		84
0+6 0+3	XXXX 82 XXXXXXXXX		82
0+8 0+4	XXXXXX 80 XXXXXXXXX		80
0+9 0+4	XXXXXXX 78 XXXXXXXXX		78
1+0 0+5	XXXXXXX 76 XXXXXXXXX		76
1+1 0+5	XXXXXXX 74 XXXXXXXXX		74
1+4 0+7	XXXXXXX 72 XXXXXXXXX		72
1+6 0+8	XXXXXXX 70 XXXXXXXXX		70
1+8 0+9	XXXXXXX 68 XXXXXXXXX		68
1+8 0+9	XXXXXXX 66 XXXXXXXXX		66
1+7 0+8	XXXXXXX 64 XXXXXXXXX		64
2+0 1+0	XXXXXXX 62 XXXXXXXXX		62
2+6 1+2	XXXXXXX 60 XXXXXXXXX		60
2+1 1+0	XXXXXXX 58 XXXXXXXXX		58
2+5 1+2	XXXXXXX 56 XXXXXXXXX		56
2+7 1+3	XXXXXXX 54 XXXXXXXXX		54
2+7 1+3	XXXXXXX 52 XXXXXXXXX		52
2+9 1+4	XXXXXXX 50 XXXXXXXXX		50
2+7 1+3	XXXXXXX 48 XXXXXXXXX		48
2+5 1+2	XXXXXXX 46 XXXXXXXXX		46
2+8 1+4	XXXXXXX 44 XXXXXXXXX		44
2+8 1+4	XXXXXXX 42 XXXXXXXXX		42
3+0 1+5	XXXXXXX 40 XXXXXXXXX		40
3+0 1+4	XXXXXXX 38 XXXXXXXXX		38
2+9 1+3	XXXXXXX 36 XXXXXXXXX		36
3+3 1+6	XXXXXXX 34 XXXXXXXXX		34
2+9 1+4	XXXXXXX 32 XXXXXXXXX		32
2+1 1+0	XXXXXXX 30 XXXXXXXXX		30
2+3 1+1	XXXXXXX 28 XXXXXXXXX		28
2+4 1+1	XXXXXXX 26 XXXXXXXXX		26
2+5 1+2	XXXXXXX 24 XXXXXXXXX		24
3+1 1+5	XXXXXXX 22 XXXXXXXXX		22
3+7 1+8	XXXXXXX 20 XXXXXXXXX		20
3+8 1+8	XXXXXXX 18 XXXXXXXXX		18
4+4 2+1	XXXXXXX 16 XXXXXXXXX		16
3+7 1+8	XXXXXXX 14 XXXXXXXXX		14
3+7 1+8	XXXXXXX 12 XXXXXXXXX		12
3+0 1+4	XXXXXXX 10 XXXXXXXXX		10
2+7 1+3	XXXXXXX 8 XXXXXXXXX		8
2+9 1+0	XXXXXXX 6 XXXXXXXXX		6
2+0 1+0	XXXXXXX 4 XXXXXXXXX		4
1+2 0+6	XXXXXXX 2 XXXXXXXXX		2

* De basispopulatie bestaat uit 16.863 mensen die gedurende twee jaar onafgebroken tot de acht praktijken van negen van de aan het monitoringproject deelnemende huisartsen hebben behoord. De basispopulatie van het gezondheidscentrum Hoogvliet (N = 344) is in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven.

Samenvatting. Onderzocht is in welke mate zich bij de basispopulatie van het monitoringproject – 16.863 mensen die gedurende de twee jaar durende registratieperiode ononderbroken waren ingeschreven bij een van de twaalf participerende huisartsen – psychische, sociale of chronische lichamelijke problemen hebben voorgedaan. De relatie tussen deze problemen en hun verloop enerzijds en anderzijds de achtergrondinformatie waarover de huisarts routinematig beschikt, is geanalyseerd.

In beide jaren vertoonde ongeveer 20 procent van de basispopulatie probleemgedrag; 9 procent deed dat in beide jaren. Ruim 13 procent van degenen die in het eerste jaar geen probleemgedrag vertoonden, deed dat in het tweede jaar wel. Psychische problemen werden beide jaren door circa 14 procent van de basispopulatie aangeboden; 43 procent van de eerstejaarsgroep spreekt daar in het tweede registratiejaar nog met de huisarts over. De cijfers voor de sociale problemen liggen iets lager. Ruim 10 procent bespreekt jaarlijks een sociaal probleem met zijn huisarts en 36 procent van deze groep doet dat zowel in het eerste als in het tweede jaar. Geschat wordt dat ongeveer 25 procent van de mensen die met hun huisarts over een psychisch of een sociaal probleem spreken, dit een jaar later nog doet.

Met behulp van discriminantanalyse is onderzocht in welke mate psychische en sociale problemen samenhangen met voor de huisarts beschikbare achtergrondgegevens. Verreweg de belangrijkste samenhang bestaat met het aantal huisarts-patiënt contacten in ieder jaar. Daarnaast spelen variabelen als geslacht, leeftijd, de persoon van de huisarts, verzekeringsvorm en een aantal aspecten van de gezinsstructuur een meer of minder ondergeschikte rol. Vastgesteld wordt dat het aantal huisarts-patiënt contacten in een jaar slechts in beperkte mate uit de overige beschikbare achtergrondinformatie is te voorspellen. In het tweede artikel zal daarom het huisartsgeneeskundig handelen bij de verschillende psychische en sociale problemen in detail onderzocht worden.

Summary. Psychosocial problems in general practice. 1. Data on problem behaviour from the monitoring project. A study was made of the extent to which psychosocial or chronic somatic problems evolved in the basic population of the monitoring project – 16,863 persons continuously registered in one of the twelve participating general practices during the two-year period of registration. An analysis was made of the correlation between these problems and their course on the one hand, and the background information routinely available to the general practitioner on the other. During either year some 20 percent of the basic population showed problem behaviour; 9 percent did so during both years. Some 13 percent of those who showed no problem behaviour during the first year, did during the second. During either year, some 14 percent of the basic population presented psychological problems; 43 percent of the first-year group still discussed these problems with the general practitioner during the second year of registration. The figures for the social problems were slightly lower. Some 10 percent discussed a social problem with the general practitioner during either year, and 36 percent of this group did so during both years. It is estimated that some 25 percent of those who discuss a psychological or a social problem with their general practitioner, continue to do so a year later.

Discriminant analysis was used to establish the extent to which psychosocial problems correlated with background information available to the general practitioner. By far the most prominent correlation was that with the number of doctor-patient encounters during each year. In addition, such variables as sex, age, physician's personality and type of health insurance as well as various aspects of the family structure played a more or less subordinate role. It was established that the number of doctor-patient encounters during a given year is only to a limited extent predictable from the other available background information. This is why a second article will give a detailed account of the general medical

approach to the various psychosocial problems.

- Cooper, B., J. Fry and G. Kalton. A longitudinal study of psychiatric morbidity in a general practice population. (1969) *Brit. J. prev. soc. Med.* **23**, 210-217.
- Giel, R. and F. Workneh. Coping with outpatients who cannot cope: management of persistent complainers in an African country. (1980) *Trans. roy. Soc. trop. Med. Hyg.* **74**, 475-478.
- Harding, T. W., M. V. de Arango, J. Balthazar et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. (1980) *Psychol. Med.* **10**, 231-241.
- Huygen, F. J. A. The medical life history of families. Family medicine. *Dekker en Van de Vegt, Nijmegen*, 1978.
- Huygen, F. J. A. How families master health problems. (1979) *Allgemeinmedizin/General Practice International* **2**, 57-63.
- Johnstone, W. A. Do our neurotic patients really need us? (1980) *Update* **20**, 227-234.
- Lamberts, H. Probleemgedrag in de eerste lijn. (1975) *Huisarts en Wetenschap* **18**, 492-502.
- Lamberts, H. Primary health care monitoring project. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 293-304.
- Lamberts, H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification. (1982) *Huisarts en Wetenschap* **25**, 301-311.
- Mootz, M. De patiënt en zijn naasten. *Diss. Maastricht*, 1981.
- Stewart, M. A., I. R. McWhinney and C. W. Buck. How illness presents: a study of patient behaviour. (1975) *J. Fam. Pract.* **6**, 411-414.
- Stewart, M. A. and C. W. Buck. Physicians' knowledge of and response to patients' problems. (1977) *Med. Care* **15**, 578-585.
- Stewart, M. A., I. R. McWhinney and C. W. Buck. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 77-82.
- Taylor, D. C. The components of sickness: diseases, illnesses and predicaments. (1979) *Lancet* **II**, 1008-1010.
- Verhaak, P. Psychische problemen in de huisartspraktijk. (1981^a) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **36**, 31-46.
- Verhaak, P. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog in de eerste lijn. (1981^b) *Med. Contact* **36**, 1331-1333.