

# Ziektegedrag van allochtone patiënten

## Een retrospectief onderzoek in een Amsterdamse huisartspraktijk

A. C. SLEGT, H. A. VAN KESSEL-AL EN H. J. BROUWER\*

In een retrospectief onderzoek in een Amsterdamse huisartspraktijk werden gegevens verzameld over de contacten die de huisarts gedurende één jaar had met alle allochtone patiënten van 0-50 jaar (Turken, Marokkanen en „Surinamers”) en een steekproef uit de autochtone patiëntenpopulatie. Het ging daarbij om de contactfrequentie, de klacht(en), de diagnose, de medicamenteuze therapie en de verwijzingen. Uit het onderzoek blijkt dat er een aantal duidelijke verschillen zijn, zowel tussen de autochtone en de allochtone patiënten, als binnen de drie allochtone groepen. Ook zijn er duidelijke verschillen tussen de seksen. Deze verschillen hebben niet alleen betrekking op het aangeboden morbiditeitspatroon, maar ook op het daarop volgend huisartsgeneeskundig handelen.

### Inleiding

De laatste jaren zijn verschillende publicaties verschenen over de Marokkaanse, Turkse en in mindere mate Surinaamse patiënt in de gezondheidszorg.<sup>1-5</sup> Opvallend is het ontbreken van onderzoeksgegevens met betrekking tot deze patiënten in de huisartspraktijk; informatie omtrent aspecten als contactfrequentie, klachten- en morbiditeitspatroon, en voorschrijf- en verwijsgedrag is vrijwel uitsluitend in anecdotische vorm beschikbaar. De enige uitzondering hierop wordt gevormd door een tweetal recente artikelen, die echter gebaseerd zijn op tamelijk beperkt onderzoek.<sup>6,7</sup>

De eerste auteur van deze bijdrage vond dit gebrek aan onderzoeksgegevens dermate nijpend, dat zij besloot de eigen praktijkgegevens op dit gebied te analyseren. Een tweede motief voor dit onderzoek was gelegen in haar behoefte systematische feed-back te krijgen omtrent het eigen huisartsgeneeskundig handelen in contacten met allochtone patiënten.

De vragen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen, luiden als volgt:

- welke verschillen en overeenkomsten bestaan tussen allochtone en autochtone patiënten met betrekking tot contactfrequentie en klachtenpatroon;
- in welke opzichten verschilt het voorschrijf- en verwijsgedrag van de huisarts bij deze twee groepen patiënten?

### Methoden

De praktijk wordt gevoerd door een mannelijke en een vrouwelijke huisarts, beiden part-time werkzaam op vaste dagen van de week. Hierdoor is een bewuste artskeuze door de patiënten mogelijk.

De praktijk is grotendeels gesitueerd in Amsterdam-Oud West. De praktijkpopulatie (2100 patiënten) bestaat voor 23 procent uit „buitenlanders”:

- 7,1 procent Nederlanders van Surinaamse afkomst („Surinamers”);
- 6,7 procent Marokkanen;
- 3,7 procent Turken;
- 5,2 procent overige buitenlanders.

Het percentage alleenstaanden is vrij hoog, zowel bij de allochtonen (voornamelijk in de jongere leeftijdscategorieën) als bij de autochtonen (voornamelijk in de oudere leeftijdscategorieën). Jonge gezinnen met kleine kinderen zijn ondervertegenwoordigd, mede als gevolg van de kleine woningen in de buurt. Het aantal mutaties binnen de praktijk-

populatie is groot (ongeveer 20 procent per jaar).

Van de autochtonen in de praktijkpopulatie bleek 42 procent ouder dan 50 jaar, van de allochtonen slechts 6 procent. Om te voorkomen dat dit verschil in leeftijdsopbouw de vergelijking tussen de groepen zou vertekenen, is het onderzoek beperkt tot de patiënten die niet ouder waren dan 50 jaar.

De onderzoekspopulatie bestond uit:

- Alle patiënten afkomstig uit Marokko, Turkije en Suriname, van 0-50 jaar, die gedurende de gehele onderzoeksperiode waren ingeschreven als ziekenfondsverzekerde (n = 347).

- Een aselechte steekproef uit de autochtone praktijkpopulatie, voor zover jonger dan 51 jaar en ingeschreven als ziekenfondsverzekerde gedurende de gehele onderzoeksperiode (N = 950, n = 396). Deze steekproef bleek representatief voor de geslachts- en leeftijdsverdeling en de gezinspositie van de oorspronkelijke populatie.

Van deze 743 patiënten zijn retrospectief de kaartgegevens over de periode oktober 1981 tot oktober 1982 geregistreerd. Per contact werden de volgende gegevens verzameld: klacht(en) en eventuele andere redenen voor komst, diagnose (alleen zekere diagnoses), voorgeschreven medicatie, gebruik van diagnostische voorzieningen binnen de eerste lijn, verwijzingen binnen de eerste lijn en verwijzingen naar de tweede lijn. De klachten en diagnoses werden door de huisarts zelf gerubriceerd volgens respectievelijk de hoofdstukindeling van de Reason For Encounter Classification en de ICHPPC-2.<sup>8,9</sup>

### Resultaten

Uit tabel 1 blijkt duidelijk dat de allochtonen, en met name de Marokkaanse en Turkse patiënten, sterker in de jongere leeftijdsklassen zijn vertegenwoordigd dan de autochtonen.

### Contactfrequentie

De 743 patiënten hadden in de onderzoeksperiode in totaal 1768 contacten met de huisarts, waarbij het in ruim 3 procent van de gevallen om een visite ging.

Uit tabel 2 blijkt dat allochtone mannen vaker contact hebben met de huisarts dan autochtone mannen. Met betrekking tot vrouwen is het beeld gedifferentieerder. Surinaamse vrouwen zien de huisarts vaker dan Nederlandse vrouwen. Daarentegen hebben Turkse en met name Marokkaanse vrouwen minder vaak contact met de huisarts dan spec-

\* Respectievelijk huisarts te Amsterdam, student sociologie en psycholoog. De auteurs zijn verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

tielrijk hun mannelijke landgenoten en hun Surinaamse en Nederlandse seksegenoten.

### Klachten (contactredenen)

Volgens de kaartgegevens werden 2226 klachten naar voren gebracht, gemiddeld 1,2 klacht per contact. De allochtone groepen verschillen hierin noch van

elkaar, noch van de autochtone patiënten.

• *Mannen (tabel 3)*. Bij alle groepen heeft meer dan de helft van alle klachten betrekking op de tractus digestivus, locomotorius en respiratorius. Marokkaanse en Turkse mannen klagen aanmerkelijk meer over de tractus digestivus dan de Nederlandse en Surinaamse

mannen. Turkse mannen klagen het meest frequent over de tractus respiratorius, veel vaker dan mannen uit de andere groepen. Marokkaanse en Surinaamse mannen presenteren vaker klachten van neurologische aard (waaronder hoofdpijn en duizeligheid). Nederlandse en Surinaamse mannen presenteren vaker klachten van psychologi-

**Tabel 1 – Table 1.** De onderzoekspopulatie, naar herkomst en leeftijd. Percentages per groep – The study population by origin and age. Percentages per group.

Age in years	Neth (n=396)	Mor (n=136)	Tur (n=77)	Sur (n=134)
< 1	0.5	2.2	3.9	3.7
1- 4	4.8	13.2	19.5	10.4
5-14	10.9	22.8	14.3	11.9
15-24	23.0	14.0	19.5	17.9
25-50	60.8	47.8	42.9	55.9

**Tabel 2 – Table 2.** De gemiddelde contactfrequentie, naar herkomst en geslacht – The mean encounter rate by origin and sex.

	Neth	Mor	Tur	Sur
M	1.6	3.0	2.8	2.5
F	2.7	1.7	2.3	3.3
Total	2.1	2.6	2.6	2.9

**Tabel 3 – Table 3.** Klachten<sup>a</sup> van mannelijke patiënten (15-51 jaar) naar herkomst van de patiënt en RFEC-hoofdstuk. Percentages per groep – Complaints<sup>a</sup> of male patients (15-51 years) by origin and RFEC chapter. Percentages per group.

	Neth (n=316)	Mor (n=298)	Tur (n=130)	Sur (n=146)
A. General	4	4	2	5
B. Blood/lymphatics	1	—	1	—
D. Digestive	10	18	21	10
F. Eye	2	1	3	2
H. Ear	5	3	—	3
K. Circulatory	6	—	2	1
L. Musculoskeletal	24	29	25	31
N. Neurological	5	11	2	8
R. Respiratory	18	14	28	14
S. Skin	9	7	10	5
T. Endocrine	1	2	—	—
U. Urinary	—	1	2	2
Y. Genital	3	2	2	5
P. Psychological	6	2	2	6
Z. Social	6	5	1	7

<sup>a</sup> The total number of complaints was 890.

**Tabel 4 – Table 4.** Klachten<sup>b</sup> van vrouwelijke patiënten (15-51 jaar) naar herkomst van de patiënt en RFEC-hoofdstuk. Percentages per groep – Complaints<sup>b</sup> of the female patients (15-51 years) by origin and RFEC chapter. Percentages per group.

	Neth (n=607)	Mor (n=71)	Tur (n=53)	Sur (n=266)
A. General	4	1	2	4
B. Blood/lymphatics	1	—	—	2
D. Digestive	8	13	25	14
F. Eye	1	1	6	1
H. Ear	3	—	2	2
K. Circulatory	4	—	—	5
L. Musculoskeletal	13	4	4	6
N. Neurological	4	—	21	3
R. Respiratory	12	13	9	17
S. Skin	9	7	6	11
T. Endocrine	3	—	—	1
U. Urinary	2	6	2	3
Y. Genital	29	55	23	26
P. Psychological	4	—	—	3
Z. Social	4	—	2	5

<sup>b</sup> The total number of complaints was 997.

**Tabel 5 – Table 5.** Klachten<sup>c</sup> van kinderen (0-15 jaar) naar herkomst van de patiënt en RFEC-hoofdstuk. Percentages per groep – Complaints<sup>c</sup> of the children (0-15 years) by origin and RFEC chapter. Percentages per group.

	Neth (n=106)	Mor (n=78)	Tur (n=75)	Sur (n=80)
A. General	12	6	16	1
B. Blood/lymphatics	8	6	—	—
D. Digestive	9	14	11	10
F. Eye	3	1	—	6
H. Ear	9	4	—	11
K. Circulatory	—	—	—	—
L. Musculoskeletal	8	8	1	6
N. Neurological	2	—	—	5
R. Respiratory	28	45	60	45
S. Skin	13	14	9	9
T. Endocrine	1	—	1	—
U. Urinary	2	—	1	1
X. Female genital	2	—	—	3
Y. Male genital	2	1	—	—
P. Psychological	1	—	—	1
Z. Social	1	—	—	1

<sup>c</sup> The total number of complaints was 339.

sche en sociale aard. Marokkaanse mannen komen vaker met sociale problemen dan Turkse mannen.

• *Vrouwen (tabel 4)*. Nederlandse en Surinaamse vrouwen presenteren een meer gedifferentieerd klachtenpatroon dan Marokkaanse en Turkse vrouwen. Ruim driekwart van alle klachten van Marokkaanse vrouwen betreft de tractus digestivus, respiratorius en genitalis (zwangerschappen en pilcontroles). Van alle klachten van Turkse vrouwen heeft ruim twee derde betrekking op deze tractus. Marokkaanse vrouwen komen veel vaker voor anticonceptie (voornamelijk pilcontrole) dan Turkse vrouwen; in de betreffende periode kwamen Turkse vrouwen sporadisch voor pilcontrole!

Net als bij mannen het geval is, presenteren Nederlandse en Surinaamse vrouwen vaker psychosociale klachten dan hun Marokkaanse en Turkse seksegenoten. Ten slotte blijkt dat allochtone vrouwen vaker dan autochtone vrouwen klagen over de tractus digestivus,

terwijl het omgekeerde geldt voor de tractus locomotorius. De kleine aantallen gerubriceerde klachten bij Marokkaanse en Turkse vrouwen maken verdere gevolgtrekking onmogelijk.

• *Kinderen (tabel 5)*. Allochtone kinderen komen aanzienlijk vaker met respiratoire klachten dan autochtone kinderen. Bij Turkse kinderen bestrijkt deze rubriek 60 procent van alle klachten. Nederlandse en Surinaamse kinderen komen vaker voor oog- en oorklachten dan Marokkaanse en Turkse kinderen.

#### Diagnosen

De verschillen tussen de groepen vrouwelijke patiënten (tabel 6) worden bijna volledig verklaard door de verschillen in aantallen pilcontroles (= geen diagnose).

In de helft van de contacten met Marokkaanse mannen kan geen diagnose gesteld worden. Bij de Turkse mannen gold dit slechts voor een derde van de contacten.

#### Medicamenteuze therapie

Aan mannen worden vaker medicijnen voorgeschreven dan aan vrouwen. Met betrekking tot zowel mannen als vrouwen geldt dat aan Marokkaanse en Turkse patiënten vaker medicijnen worden voorgeschreven dan aan Nederlandse en Surinaamse patiënten.

#### Gebruik eerste- en tweedelijns voorzieningen

De huisarts doet bij autochtonen vaker een beroep op diagnostische voorzieningen in de eerste lijn dan bij allochtonen (tabel 6).

Bij Turkse vrouwen worden nagenoeg geen cervixuitstrijkjes gemaakt. Verwijzingen naar andere eerstelijns hulpverleners vinden meer frequent plaats bij drie groepen: Nederlandse mannen gaan vooral vaker naar de fysiotherapeut, Surinaamse mannen worden vaker naar het maatschappelijk werk en sociale instanties (sociaal raadsman e.d.) verwezen, en bij Marokkaanse vrouwen valt het aandeel van de verwijzingen naar de verloskundige op.

#### Synopsis

**Slegt AC, Van Kessel-AI HA, Brouwer HJ.** Illness behaviour of allochthonous patients. A retrospective study in an Amsterdam general practice. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 289-93.

**Introduction.** The questions considered in this study in an Amsterdam general practice with one male and one female part-time physician were:

– what are the differences and similarities in encounter rate and pattern of complaints between allochthonous and autochthonous patients;

– in what ways do prescription and referral behaviour of the general practitioner differ in these groups of patients?

**Methods.** The practice population (2100 patients) included 23 percent „foreigners“: – 7.1 percent nationals of Surinam origin; – 6.7 percent Moroccans; – 3.7 percent Turks; – 5.2 percent other nationalities.

Of the autochthonous patients in the practice population 42 percent were older than 50, versus only 6 percent of the allochthonous patients. In order to avoid distortion of the comparison between the two groups as a result of this difference in age distribution, the study was limited to patients under 50.

The study population consisted of:

• All patients from Morocco, Turkey and Surinam aged 0-50 who were registered as nationally insured patients throughout the period studied (n = 347).

• A random sample (n = 396) of the autochthonous practice population aged 0-50 (n = 950) who were registered as nationally insured patients throughout the period studied. This sample proved to be representative of the age and sex distribution and the family situation of the original population.

The data on the records of these patients over the period October 1981 to October 1982 were registered in retrospect. Per encounter the following data were collected: complaint(s) and other possible reasons for encounter, diagnosis (only if certain), medication prescribed, use of diagnostic facilities within primary care, referrals within primary care and referrals to secondary care. The complaints and diagnoses were categorized by the physician herself according to the relevant chapter of the Reason For Encounter Classification and according to the ICHPC-2 respectively.<sup>8,9</sup>

**Results.** Table 1 shows a predominance of allochthonous over autochthonous patients in the younger age classes.

**Encounter rate.** During the period studied the 743 patients had a total of 1768 encounters with the general practitioner, house calls being involved in some 3 percent of the cases. Table 2 shows that allochthonous men have more frequent encounters with the physician than autochthonous men. With regard to the women the situation is more differentiated.

**Complaints (reasons for encounter).** According to the patient records 2226 complaints were presented, the mean per en-

counter being 1.2 complaint. In this respect the allochthonous groups did not differ either from each other or from the autochthonous group.

Tables 3-5 indicate the complaint behaviour of the men, the women and the children respectively.

Table 6 provides information on the number of times a diagnosis was made and on the prescription and referral behaviour of the general practitioner.

**Discussion.** This study has two limitations: its retrospective design and the fact that it is limited to a single general practice. The following conclusions therefore are of only indicative significance in relation to this practice.

• Allochthonous patients differ in encounter rate from autochthonous patients, the difference being in part sex-related.

• The pattern of complaints of Moroccan and Turkish patients is less differentiated and they receive substantially more drug prescriptions. The reverse is true for Dutch and Surinam patients: a more differentiated pattern of complaints and fewer drug prescriptions.

• Allochthonous women and Surinam men are more frequently referred to secondary care.

**Keywords:** Allochthonous patients; Family practice; Illness behavior.

**Address of authors:** Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

**Tabel 6 – Table 6.** Contacten waarbij een diagnose is gesteld c.q. medicamenten zijn voorgeschreven c.q., gebruik is gemaakt van eerste/tweedelijns voorzieningen, naar herkomst en geslacht van de patiënt. Percentages van het totaal aantal contacten per groep – Encounters in which a diagnosis was made, drugs were prescribed or primary/secondary care facilities were used, by origin and sex. Percentages of the total number of encounters per group.

Sex	Neth	Mor	Tur	Sur
<i>Diagnosis made</i>				
M	60.4	50.2	65.6	58.5
F	51.7	57.7	66.2	52.2
<i>Drugs prescribed<sup>a</sup></i>				
M	46.0	57.3	64.6	48.3
F	40.2	52.7	55.9	40.0
<i>Radiology/laboratory/cytology</i>				
M	11.0	9.5	8.3	8.9
F	12.7	11.3	5.0	8.3
<i>Referral primary care</i>				
M	6.3	3.3	4.4	6.3
F	3.3	5.6	4.0	3.0
<i>Referral secondary care</i>				
M	14.2	14.4	13.3	16.5
F	9.4	11.3	17.5	11.8

<sup>a</sup> Excluding contraceptives

Turkse patiënten uitgezonderd, worden mannen vaker verwezen naar specialisten dan vrouwen. Het lage percentage contacten met Marokkaanse mannen waarin door de huisarts zelf een diagnose wordt gesteld, blijkt niet te worden gecompenseerd door een hoger percentage specialistische verwijzingen. Er is wel een indicatie dat de huisarts bij allochtone vrouwen en Surinaamse mannen minder vaak gebruik maakt van de eigen diagnostische mogelijkheden en deze patiënten sneller verwijst naar specialisten.

De verwijscijfers van Nederlandse patiënten naar de tweede lijn lijken hoger dan de gemiddelde landelijke verwijscijfers.<sup>10</sup> Men moet hierbij bedenken dat de verwijspersentages zijn berekend over het aantal contacten. Aangezien de contacten met oudere patiënten (bijna uitsluitend autochtonen) niet zijn meegerekend, vallen de verwijspersentages voor de door ons onderzochte groep automatisch hoger uit. Onder de oudere patiënten zijn immers meer chronische patiënten met relatief meer contacten en minder verwijzingen.

## Beschouwing

Aan dit onderzoek kleven twee beperkingen. In de eerste plaats de retrospectieve opzet. Het is genoegzaam bekend dat retrospectief verkregen gegevens oncontroleerbaar vertekend kunnen zijn door onvolledigheid van of gebrek aan systematiek in de kaartgegevens.<sup>6,11</sup>

<sup>12</sup> Dit betreft vooral de registratie van gepresenteerde klachten. Desondanks leek het ons van belang, gegeven het ontbreken van prospectief verkregen cijfers, deze gegevens te verzamelen. In de tweede plaats is het onderzoek beperkt tot één huisartspraktijk. De resultaten hebben dan ook slechts een indicatieve betekenis met betrekking tot deze praktijk.

Wat zijn die indicaties?

Allochtone mannen hebben gemiddeld meer contacten met de huisarts dan autochtone mannen. Dit patroon vonden we niet bij vrouwelijke patiënten. Turkse en Marokkaanse vrouwen gaan minder vaak naar de huisarts dan Surinaamse en Nederlandse vrouwen. Zo hier een culturele factor een rol speelt, dan lijkt het effect nauwelijks geremd door de aanwezigheid van een vrouwelijke huisarts. Alle groepen vrouwen bleken een voorkeur te hebben voor de vrouwelijke huisarts.

De niet naar geslacht gestandaardiseerde contactratio van Marokkaanse en Turkse patiënten (2,6) ligt weliswaar boven die van Nederlandse patiënten (2,1), doch aanzienlijk onder de door Van der Wal en Smeenk gerapporteerde ratio van 4,9.<sup>13</sup> Het uitsluiten van de weinige oudere Marokkaanse en Turkse patiënten kan op de door ons gevonden ratio nauwelijks van invloed zijn geweest. Dit betekent dat het basisargument voor de stelling dat de aanwezigheid van een groot aantal Marokkaanse

en Turkse patiënten in de huisartspraktijk een duidelijke bewerkelijkheidsfactor betekent, aanvechtbaar is. Zo hierover al een discussie moet worden gevoerd, dient dat te gebeuren aan de hand van harde cijfers, gebaseerd op onderzoek in een groot aantal huisartspraktijken.

Uit de klachtenanalyse bleek dat Turkse mannen en kinderen en Marokkaanse en Surinaamse kinderen het meest frequent komen met klachten van de bovenste luchtwegen. Voorts bleken Marokkaanse en Turkse vrouwen een minder gedifferentieerd klachtenpatroon te vertonen. Marokkaanse vrouwen komen relatief minder en als ze komen, betreft het in meer dan de helft van de contacten de tractus genitalis (zwangerschappen en pilcontroles inbegrepen). Marokkanen en Turken komen voorts minder vaak met expliciet psychische en sociale problemen. Marokkaanse mannen komen vaker met sociale klachten dan Turkse mannen.

Klachten van Marokkaanse mannen bleken voor de huisarts moeilijk te diagnosticeren. Hun relatief hoge contactfrequentie kan betekenen dat bij hen per diagnose meer dan één contact noodzakelijk is.

Met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen door de huisarts, is een duidelijk patroon zichtbaar. Marokkanen en Turken krijgen, ongeacht geslacht, aanzienlijk vaker recepten mee. De Haan constateerde ditzelfde met betrekking tot jongeren.<sup>6</sup> Druk van de patiënt op de huisarts, als gevolg van een cultureel bepaald verwachtingspatroon, zal zeker een rol spelen. Ook kan de huisarts ten gevolge van communicatieproblemen eerder zijn toevlucht nemen tot het voorschrijven van medicijnen.

Het zou wenselijk zijn in een prospectief onderzoek het voorschrijfgedrag van de huisarts direct te koppelen aan de contactreden van de patiënt en de diagnose van de huisarts. Langs deze weg kan een duidelijker beeld worden verkregen van mogelijke oorzaken van dit voorschrijfpatroon. Er is een indicatie dat de huisarts bij allochtone mannen en vrouwen minder vaak afgaat op de eigen diagnostische mogelijkheden en dat de huisarts de allochtone vrouwen en Surinaamse mannen vaker doorstuurt naar de specialist.

## Conclusie

Samenvattend kunnen we met betrekking tot de door ons onderzochte praktijk het volgende stellen:

• Allochtonen vertonen een mede door de sekse bepaald, van autochtonen afwijkende contactfrequentie.

• Het klachtenpatroon van Marokkaanse en Turkse patiënten is minder gedifferentieerd, terwijl ze aanzienlijk meer medicijnen krijgen voorgeschreven; voor Nederlandse en Surinaamse patiënten geldt het omgekeerde, een meer gedifferentieerd klachtenpatroon en minder medicijnen;

• Allochtone vrouwen en Surinaamse mannen worden meer verwezen naar de tweede lijn.

Deze bevindingen zullen getoetst worden in een grootschalig registratieproject, dat door auteurs in nauwe samenwerking met het peilstationproject van de GG en GD van de gemeente Amsterdam en met medewerking van een groot aantal Amsterdamse huisartsen is opgezet.

<sup>1</sup> Hoolboom H, red. Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers. Turken en Marokkanen. Alphen aan den Rijn, Brussel: Stafleu, 1980.

<sup>2</sup> Dorrenboom G. Arts en buitenlandse werknemer. Utrecht: Bunge, 1982.

<sup>3</sup> Shadid WAR, Van Koningsveld PS. Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1983.

<sup>4</sup> Muizelaar JP, Breedveld PH, Ceelie N. Een vergelijkend onderzoek van het klachtenpatroon van Surinamers, Antillianen en Nederlanders in een stadspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1975; 25: 411-3.

<sup>5</sup> Bedaux, T. Van de Zijde G. Turken en Marokkanen in het ziekenhuis Med Contact 1981; 1736: 281-4.

<sup>6</sup> De Haan M. Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 345-8.

<sup>7</sup> Schillemans L, De Muynck A. Problematiek van de eerstelijnszorgen aan Marokkanen en Belgen te Borgerhout. Tijdschr Geneesk 1984; 40: 839-47.

<sup>8</sup> Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 301-10.

<sup>9</sup> Classification Committee of WONCA ICHPPC-2. Defined. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1983.

<sup>10</sup> Lamberts H. Morbidity in General Practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

<sup>11</sup> Van Eyk JThM, Gubbels GW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: CWO-NHG, 1983.

<sup>12</sup> Roscam Abbing EW. Retrospectief onderzoek met behulp van medische archieven, speciaal het huisartskaartstelsel. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 327-31.

<sup>13</sup> Van der Wal G, Smeenk RCJ. Bewerke-lijkheid nader bekeken. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 309-10.

## Rectificatie

In de bijdrage van *Van der Maas* over acute bronchitis en bronchitis-exacerbatie bij CARA-patiënten (Huisarts en Wetenschap 1985; 28 (7): 247-9), die is overgenomen uit het jaarverslag 1983 van het Amsterdams Peilstation Project, wordt op een aantal plaatsen vermeld dat er geen duidelijk verband is tussen de fluctuaties in luchtverontreiniging in Amsterdam en het aantal nieuwe gevallen van bronchitis en CARA-exacerbaties. De auteur meldt ons dat dit onjuist is. Het tegendeel blijkt ook duidelijk uit de figuren. Nieuwe analyses worden verricht om de omvang van dit verband te schatten, evenals de mogelijk-ke interpretaties.

Als conclusie 4 moet dan ook gelezen worden: De fluctuaties in het aantal nieuwe gevallen van bronchitis en CARA-exacerbaties over de tijd *laten een duidelijk verband* zien met de fluctuaties in SO<sub>2</sub> niveau.

Conclusie 5 luidt dan: Op grond van de punten 3 en 4 kan voorzichtig geconcludeerd worden dat huisartsen peilstations mogelijk geschikt zijn om relatief lange termijn effecten van luchtverontreiniging op de luchtwegen te monitoren. *Mogelijk kunnen ook korte termijn effecten worden geregistreerd.*

## Nota bene

In vele wetenschappelijke instellingen geldt „publish or perish”, maar de Faculteit der Geneeskunde in Maastricht stuurt aan op „publish and perish”.

Kunst en wetenschap zijn twee verschijnselen van één cultuur en dienen niet tegenover elkaar te staan.

De situatie van de gezondheidszorg die bestond in Groot Brittannië ten tijde van de nationalisatie van de gezondheidszorg verschilt sterk van de situatie momenteel in Nederland.

De gezondheidszorg in Nederland lijdt aan een ziekte die niet door artsen genezen kan worden.

Stellingen bij: Groenewegen G. Vascular endothelial cells in immune reaction [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.

De constatering\* dat er een samenhang bestaat tussen de wijze van leven en de wijze van sterven kan niet zonder betekenis blijven voor de tegenstanders van euthanasie.

\* Norbert Elias. De eenzaamheid van stervenden in onze tijd. Meulenhoff, Amsterdam 1984, pag. 71 e.v.

Stelling bij: Rieken JGP. Bestuur en organisatie in sociale zekerheid en arbeidsvoorziening [Dissertatie]. Tilburg: Katholieke Hogeschool, Tilburg, 1985.

Samengevat bieden huisartsziekenhuizen, of liever gezegd Community Hospitals (of dorps- of wijk„gasthuizen”), goede mogelijkheden voor een kwalitatief nieuwe zorg, via interdisciplinaire samenwerking en een buurt- of wijkgerichte aanpak.

In: Helsloot R. Nederland te klein voor bedden in de eerste lijn? Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1985; 3(2): 6-11.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, beïnvloedt roken nauwelijks de kosten van gezondheidszorg, omdat de hogere medische kosten van rokers tijdens hun leven, worden gecompenseerd door hun geringere levensverwachting. In: Leu RE, Schaub T. Economic aspects of smoking. Effective Health Care 1984; 2: 111-23.

Patiënten met een ernstige idiopathische thoracale scoliose mogen – indien operatieve correctie en stabilisatie van hun verkromming mogelijk is – erop rekenen, dat zij tot meer in staat zijn met minder inspanning.

Arthroskopische chirurgie is de methode bij uitstek voor electieve excisie van partiële meniscuslaesies.

Bij de behandeling van de lumbale discus hernia is chemonucleolysis in vele gevallen te prefereren boven operatie.

Het is nog veel te weinig bekend, met name in de bejaardenzorg, dat zonlicht en lichaamsbeweging de beste preventie-maatregelen zijn tegen de post menopauzale osteoporose.

Stellingen bij: Veraart BEEMJ. Operatieve behandeling van idiopathische scoliose bij het opgroeiend kind volgens de methode van Harrington [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1985.