Sociale verschillen in morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk

J. VAN DER VELDEN

Van der Velden J. Sociale verschillen in morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1998;41(4):165-72.

Vraagstelling Zijn er sociale verschillen in – geregistreerde – morbiditeit in de huisartspraktijk, en zijn er sociale verschillen met betrekking tot de diagnostische en therapeutische interventies bij gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk?

Methode Een secundaire analyse van gegevens van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, betrekking hebbend op de populatie huisartsbezoekers ≥25 jaar. Daarbinnen werden drie sociale klassen onderscheiden op basis van de genoten opleiding.

Resultaten In de leeftijdklasse van 25-64 jaar registreert de huisarts bij laag opgeleide mensen significant vaker ziekten, een enkele uitzondering daargelaten. Bij mannen is dit patroon veel sterker dan bij vrouwen. Bij 65-plussers is het beeld minder eenduidig. In het beleid van de huisarts bij de vier meest voorkomende contactredenen – hoesten, symptomen/klachten rug, buikpijn/krampen en hoofdpijn – wordt lichamelijk onderzoek in alle opleidingscategorieën even vaak uitgevoerd; aanvullende diagnostiek wordt echter vrijwel steeds vaker aangevraagd voor hoog opgeleiden. Een recept wordt vaker verstrekt aan laag opgeleide mensen. De kans op een gesprek en/of voorlichting respectievelijk verwijzing is wisselend.

Conclusie Ook in de huisartspraktijk spelen sociale verschillen een rol. Wat de huisarts kan doen, is allereerst het signaleren van sociale problemen en vervolgens het waarborgen van een goede toegang tot de huisartsgeneeskundige zorg voor alle sociale groepen. Daarnaast kan de huisarts zich richten op het opzetten en uitvoeren van specifieke interventies ten behoeve van omschreven doelgroepen.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.
J. van der Velden, arts MPH, thans directeur Netherlands School of Public Health.

Inleiding

Sociale verschillen in gezondheid zijn in het algemeen goed gedocumenteerd, met name in het Verenigd Koninkrijk.[1-7] In talrijke onderzoeken, ook in Nederland, is vastgesteld dat mensen uit de hoogste sociale klasse vrijwel steeds de gunstigste cijfers voor sterfte, gezondheid en psychisch welzijn hebben. Tevens lijken zij het meest efficiënt gebruik te maken van de zorg, in het bijzonder de preventieve zorg.[4,6,8-9]

De interpretatie van de gevonden verschillen is niet zo eenduidig. Enerzijds zijn genetische en sociale achterstand vaak niet van elkaar te onderscheiden, anderzijds is er soms sprake van methodologische verwarring, doordat in een aantal onderzoeken registraties van de verleende zorg en metingen van gezondheid in de bevolking door elkaar worden gehanteerd. Wel bestaat er eensgezindheid over het inzicht dat een specifieke combinatie van factoren een belangrijke verklaring vormt voor sociale verschillen in gezondheid bij volwassenen (voor zover niet levend in extreme situaties). Daarbij moet met name worden gedacht aan arbeidsomstandigheden, sociale omstandigheden buiten het werk, en gezondheidsgedrag. Een strategie die gericht is op reductie van de sociale verschillen in gezondheid, zal zich dus moeten richten op de omstandigheden waaronder mensen leven en werken.[10]

Op dit punt komt de huisarts nadrukkelijk in beeld.[11] In de eerste plaats, omdat huisartsen hebben geleerd zich te oriënteren op de directe omgeving van de patiënt (familie, overige sociale netwerk, leefmilieu), op specifieke doelgroepen in de praktijk (kinderen, vrouwen, werklozen, asielzoekers), en soms ook op de lokale gemeenschap (variërend van een stadsbuurt tot een compleet dorp). In de tweede plaats, omdat huisartsen de laatste jaren in toenemende mate worden geconfronteerd met sociale problemen, mede doordat die vaak worden vertaald in gezondheidsproblemen.[12] Dit geldt vooral voor huisartsen in gebieden met een sociaal-economische achterstand.[13-18]

De vraag is of huisartsen dit soort problemen aanpakken, en zo ja, hoe dit dan zou moeten gebeuren. In het verleden is hieraan de nodige aandacht besteed,[19-22] maar de belangstelling voor het onderwerp binnen het huisartsgeneeskundig onderzoek lijkt weggeëbd, behoudens een enkele uitzondering.[12]

Dit onderzoek is gericht op de beantwoording van twee fundamentele vragen:

- Zijn er sociale verschillen in – geregistreerde – morbiditeit in de huisartspraktijk?
- Zijn er sociale verschillen met betrekking tot de diagnostische en therapeutische interventies bij gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk?

Methoden

Gegevens

Voor de beantwoording van de vraagstelling is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens van de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.[23] Aan deze registratie is deelgenomen door een aselecte, niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van in Nederland gevestigde huisartsen (1985). De stratificatievariabelen zijn regio, afstand van het praktijkadres tot het ziekenhuis, en urbanisatiegraad. De werving resulteerde in een deelname door 161 huisartsen uit 103 huisartspraktijken met een gezamenlijke praktijkpopulatie van 335.000 personen. Van deze populatie zijn gegevens als leeftijd, geslacht, leefsituatie, opleiding, arbeidssituatie/beroep en woonplaats verzameld.[23]

De huisartsen (en hun praktijkassistenten) werden verdeeld over vier groepen, die tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988 in vier opeenvolgende perioden van drie maanden een groot aantal gegevens uit alle arts-patiëntcontacten registreerden. Contactredenen en diagnosen werden gecodeerd in een aangepaste maar volledig compatibele versie van de ICPC en werden verwerkt in zorgepisoden.[24,25] Eén praktijk registreerde slechts gedurende 6 weken en is daarom uitgesloten van de analyses.

Voor het vaststellen van sociale ver-

schillen is gekozen voor hoogst genoten opleiding, omdat dit een redelijk stabiel gegeven is, dat bovendien voor het grootste deel van de bevolking bekend is. Er is een driedeling gemaakt naar *laag* (geen of lo), *midden* (lbo, mavo, mbo, havo/vwo) en *hoog* (hbo/universiteit) opgeleiden.[4]

Berekeningen

De analyses hebben betrekking op de populatie van 25 jaar en ouder.

Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van een clustering van diagnosen.[26] Deze 12 clusters worden nader gepreciseerd met gegevens over specifieke diagnosen met minimaal drie gevallen in één van de drie opleidingsniveaus. Alle morbiditeitsgegevens zijn uitgedrukt als cumulatieve incidenties per 1000 ingeschreven personen per drie maanden.

Allereerst wordt een overzicht gegeven van de morbiditeit in relatie tot het opleidingsniveau voor 25-64-jarigen en 65-plussers. Deze berekening is uitgevoerd met bivariate logistische regressietechnieken, met een correctie voor leeftijd. De uitkomsten bestaan uit relatieve morbiditeitsrisico's met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI), waarbij steeds de groep met het hoogste opleidingsniveau als referentiecategorie is genomen.

Vervolgens is gezocht naar mogelijke sociale verschillen in het werk van de huisarts. Daartoe zijn uit het databestand alle patiënten geselecteerd die in het eerste contact van een nieuwe episode één van de vier meest voorkomende contactredenen hadden:

- hoesten (R05);
- symptomen/klachten rug (L02/L03);
- buikpijn/-krampen (D01/D06);
- hoofdpijn (N01).

Aansluitend zijn de einddiagnosen van deze nieuwe episoden geïdentificeerd – uiteraard voor zover bekend binnen de registratieperiode van drie maanden. Met betrekking tot de drie belangrijkste einddiagnosen wordt gerapporteerd of de huisarts een bepaalde verrichting wel of niet heeft uitgevoerd tijdens de episode; de uitkomst wordt weergegeven als percentage van het totaal aantal nieuwe gevallen.

De analyses zijn uitgevoerd naar de drie opleidingscategorieen, die zijn gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht. Als statistische toets is de Mantel-Haenszel test gebruikt.

Resultaten

De onderzoekspulatie (*tabel 1*) vormt een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking in 1987.[27] De non-respons voor opleidingsniveau bedroeg 15,6 procent, evenredig verdeeld over de drie categorieën.

Uit de tabel kan men afleiden dat laag opgeleiden vooral ouderen en hoog opgeleiden vooral jongeren zijn, terwijl het verschil bij de vrouwen het grootst is. Daarnaast zijn er grote verschillen in leefsituatie en arbeidssituatie. Hoog opgeleiden wonen vaker in de steden, laag opgeleiden op het platteland.

Verschillen in morbiditeit

De relatieve morbiditeitsrisico's voor personen van 25-64 jaar worden gepresenteerd in *tabel 2*. Voor zowel mannen als vrouwen registreert de huisarts voor laag en – in mindere mate – midden opgeleide personen vrijwel steeds een hoger risico op morbiditeit dan voor hoog opgeleide personen. Dit geldt het sterkst voor een aantal symptomen/klachten en voor chronische aandoeningen van de maag en het bewegingsapparaat. Bij mannen geldt dit tevens voor traumata, astma/COPD, stoornissen in het vetmetabolisme en verslaving (als aparte categorie niet in de ta-

Tabel 1 Sociaal-demografische gegevens van de onderzoekspopulatie: ingeschreven personen ≥25 jaar, naar geslacht en opleiding (1987-1988). Percentages

	Mannen laag n=22224	Mannen midden n=45268	Mannen hoog n=12380	Vrouwen laag n=31123	Vrouwen midden n=48679	Vrouwen hoog n=7782
Leeftijd						
25-44	24,6	62,7	66,6	19,4	65,3	76,5
45-64	42,8	27,9	26,1	39,9	25,0	17,5
>65	32,6	9,4	7,2	40,7	9,8	6,0
Leefsituatie						
alleenstaand	12,8	7,8	12,1	24,2	11,6	23,7
partner +/kind –	37,4	28,8	28,3	31,6	24,7	26,5
partner +/kind +	43,1	58,8	54,7	34,8	56,1	40,9
partner – /kind +	3,0	2,1	1,6	5,3	4,8	4,8
overig/onbekend	3,7	2,5	3,3	4,1	2,7	4,1
*Betaald werk/beroep**						
hoofdarbeid	5,5	30,1	72,4	2,8	25,6	60,5
zelfstandig	4,4	9,7	2,8	0,4	1,0	0,4
handarbeid	27,7	32,4	3,0	7,6	10,1	1,7
Niet-betaald werk/uitkering						
AAW/WAO*	13,9	5,4	2,0	2,4	1,8	1,4
WW/bijstand*	5,6	3,5	3,2	1,1	1,7	4,8
pensioen/vut	37,5	12,0	10,3	42,8	10,8	7,4
huisman/vrouw	1,0	1,2	0,7	36,0	42,6	18,0
overig/onbekend	4,4	5,6	5,6	6,8	6,4	5,8
Urbanisatiegraad						
<30.000	44,0	39,6	28,0	42,1	37,1	21,6
30.000-50.000	38,3	39,9	39,7	37,8	40,3	33,3
50.000-250.000	12,7	16,1	24,8	14,5	17,9	32,0
>250.000	5,0	4,4	7,5	5,6	4,8	13,1

* Beroepsbevolking 25-64 jarigen.

Tabel 2 Relatieve morbiditeitsrisico's (RR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) voor clusters van diagnosen bij 25-64-jarigen, gebaseerd op cumulatieve incidenties per 1000 personen per drie maanden, naar opleiding en gecorrigeerd voor leeftijd, met de hoogst opgeleide groep als referentiecategorie

	Mannen laag RR (95% BI)	Mannen midden RR (95% BI)	Vrouwen laag RR (95% BI)	Vrouwen midden RR (95% BI)
Totaal (één of meer clusters)	***1,59 (1,51-1,68)***	***1,31 (1,24-1,38)***	***1,36 (1,28-1,44)***	***1,26 (1,19-1,32)***
Geen ziekte	*0,98 (0,73-1,30)*	*1,06 (0,84-1,35)*	***1,56 (1,21-2,07)***	***1,37 (1,09-1,73)***
Symptomen/klachten	***2,14 (1,90-2,41)***	***1,62 (1,45-1,80)***	***1,52 (1,37-1,69)***	***1,31 (1,19-1,44)***
Algemeen	1,73 (1,11-2,68)	1,32 (0,89-1,96)	1,00 (0,68-1,48)	0,92 (0,66-1,29)
Maag/darm	**2,67 (1,87-3,80)**	**1,83 (1,31-2,54)**	**1,90 (1,39-2,60)**	1,39 (1,04-1,85)
Hart/vaat	1,02 (0,49-2,11)	0,90 (0,47-1,71)	2,80 (1,26-6,23)	1,82 (0,84-3,94)
Bovenste/onderste extremiteit	**2,15 (1,42-3,24)**	**1,96 (1,36-2,82)**	**2,29 (1,37-3,84)**	1,74 (1,07-2,82)
Spieren/gewrichten	**2,49 (2,04-3,04)**	**1,81 (1,51-2,17)**	**1,87 (1,50-2,33)**	**1,75 (1,43-2,15)**
Neurologie (excl hoofdpijn)	1,09 (0,62-1,90)	1,40 (0,86-2,26)	**2,18 (1,22-3,89)**	1,21 (0,69-2,12)
Ademhaling	**2,15 (1,60-2,88)**	**1,64 (1,25-2,14)**	**1,82 (1,38-2,40)**	**1,45 (1,10-1,92)**
Huid (excl wonden)	**2,46 (1,54-3,92)**	1,54 (1,00-2,36)	**2,15 (1,45-3,18)**	1,25 (0,87-1,79)
Urinewegen/geslachtsorganen	1,02 (0,63-1,66)	0,82 (0,53-1,24)	1,05 (0,87-1,26)	1,12 (0,96-1,31)
Overige symptomen/klachten	**1,79 (1,34-2,38)**	1,25 (0,97-1,61)	**1,51 (1,17-1,95)**	1,10 (0,87-1,38)
Infectieziekten	***1,40 (1,29-1,52)***	***1,13 (1,05-1,21)***	***1,39 (1,28-1,52)***	***1,21 (1,12-1,31)***
Maag/darm	**1,57 (1,18-2,10)**	1,26 (0,98-1,61)	**1,72 (1,22-2,43)**	1,36 (1,00-1,84)
Ogen	**1,71 (1,27-2,31)**	1,37 (1,05-1,79)	0,91 (0,68-1,22)	1,03 (0,80-1,33)
Luchtwegen/oren	**1,58 (1,42-1,75)**	**1,22 (1,12-1,34)**	**1,67 (1,48-1,87)**	**1,34 (1,21-1,49)**
Huid	0,94 (0,78-1,12)	0,84 (0,72-0,96)	1,13 (0,91-1,39)	1,13 (0,94-1,36)
Urinewegen/geslachtsorganen	1,09 (0,80-1,47)	0,91 (0,69-1,18)	1,14 (0,96-1,37)	1,05 (0,90-1,23)
Overige infectieziekten	1,28 (0,91-1,80)	1,19 (0,90-1,58)	1,10 (0,79-1,54)	0,92 (0,69-1,22)
Traumata	***1,98 (1,72-2,28)***	***1,68 (1,49-1,89)***	***1,39 (1,16-1,66)***	***1,29 (1,09-1,51)***
Ogen	**4,56 (2,82-7,36)**	**3,50 (2,24-5,46)**	0,89 (0,38-2,10)	0,80 (0,39-1,66)
Fractuur/verstuiking/luxatie	**1,80 (1,50-2,16)**	**1,53 (1,31-1,79)**	1,25 (0,99-1,58)	1,27 (1,03-1,57)
Wonden	**1,73 (1,34-2,22)**	**1,40 (1,13-1,74)**	1,51 (1,10-2,08)	1,22 (0,91-1,63)
Overige traumata	**2,86 (1,48-5,55)**	**3,44 (1,91-6,20)**	2,40 (1,15-4,99)	1,89 (0,96-3,75)
Chronische ziekten (excl nieuwvorming)	***1,47 (1,35-1,59)***	***1,26 (1,17-1,35)***	***1,27 (1,16-1,38)***	***1,22 (1,13-1,32)***
Maag	**2,70 (1,89-3,87)**	1,54 (1,10-2,16)	**2,39 (1,47-3,89)**	1,74 (1,10-2,76)
Darm/lever/gal/pancreas	1,37 (0,94-1,98)	1,31 (0,95-1,81)	1,35 (0,99-1,84)	1,07 (0,81-1,42)
Cataract/glaucoom/overig oog	1,11 (0,64-1,91)	0,90 (0,56-1,45)	1,07 (0,60-1,92)	0,96 (0,56-1,63)
Doofheid/overig oor	0,90 (0,73-1,12)	0,93 (0,77-1,11)	0,76 (0,59-0,99)	0,92 (0,74-1,15)
Ischemische hartziekten	**2,48 (1,33-4,60)**	1,66 (0,90-3,05)	1,10 (0,72-1,68)*	1,00*
Overige hartziekten	0,60 (0,26-1,37)	0,76 (0,39-1,47)	0,65 (0,32-1,32)	0,65 (0,34-1,22)
Bloeddruk	0,97 (0,66-1,42)	1,04 (0,74-1,45)	1,53 (0,92-2,54)	1,61 (0,99-2,60)
CVA/TIA/overig arterieel vaatlijden	2,93 (1,03-8,28)	2,23 (0,79-6,29)	1,13 (0,38-3,32)	1,71 (0,61-4,73)
Overig vaatlijden	0,77 (0,53-1,12)	0,83 (0,61-1,14)	1,19 (0,82-1,72)	1,24 (0,89-1,74)
Dorsopathieën	**1,99 (1,66-2,39)**	**1,61 (1,37-1,90)**	**1,78 (1,40-2,27)**	**1,76 (1,41-2,20)**
Arthrosis def/RA/osteoporosis	**3,12 (1,59-6,12)**	**2,45 (1,28-4,71)**	1,15 (0,66-2,04)	1,45 (0,83-2,50)
Overig bewegingsapparaat	**1,52 (1,26-1,83)**	**1,39 (1,18-1,63)**	**1,34 (1,08-1,68)**	**1,39 (1,14-1,70)**
Migraine/ov hoofdpijn	1,62 (1,09-2,41)	1,23 (0,87-1,72)	**1,80 (1,27-2,57)**	1,44 (1,05-1,98)
MS/Park/epil/ov neurologie	1,40 (0,93-2,09)	1,40 (0,99-1,98)	**2,25 (1,34-3,76)**	**2,09 (1,29-3,38)**
Astma/COPD	**2,65 (1,35-5,19)**	2,15 (1,15-4,02)	1,50 (0,74-3,03)	1,10 (0,58-2,08)
Diabetes mellitus	1,69 (0,77-3,71)	0,71 (0,33-1,53)	1,03 (0,34-3,09)	1,29 (0,46-3,62)
Vet/stoornissen	**4,13 (1,55-11,0)**	2,30 (0,91-5,82)	2,19 (1,16-4,15)	1,72 (0,95-3,12)
Overige chronische ziekten	1,15 (0,99-1,33)	1,04 (0,91-1,17)	1,08 (0,95-1,24)	1,04 (0,92-1,17)
Nieuwvormingen	*0,81 (0,58-1,14)*	*0,92 (0,70-1,22)*	*0,76 (0,56-1,02)*	*0,84 (0,65-1,08)*
Maligne	1,08 (0,52-2,23)	0,74 (0,36-1,53)	0,47 (0,23-0,97)	0,59 (0,31-1,15)
Benigne/niet gespecificeerd	0,68 (0,46-1,00)	0,94 (0,70-1,27)	0,82 (0,59-1,13)	0,89 (0,68-1,16)
Psychische/sociale problemen	*1,22 (1,04-1,42)*	*1,05 (0,92-1,19)*	***1,46 (1,25-1,71)***	***1,26 (1,10-1,45)***
Psychische klachten/verslaving	**1,67 (1,30-2,13)**	1,21 (0,97-1,50)	**1,76 (1,38-2,26)**	**1,48 (1,18-1,86)**
Psychosen	1,19 (0,59-2,40)	0,75 (0,40-1,42)	2,81 (1,06-7,46)	1,74 (0,69-4,38)
Depressie/ov neurosen	0,84 (0,64-1,10)	0,94 (0,76-1,17)	1,04 (0,79-1,36)	1,15 (0,92-1,45)
Problemen in/rond sociale netwerk	1,51 (0,98-2,33)	1,20 (0,82-1,77)	**1,91 (1,34-2,73)**	1,39 (0,99-1,94)
Overig psych/soc problemen	0,96 (0,63-1,47)	0,90 (0,64-1,27)	1,00 (0,62-1,62)	0,61 (0,40-0,93)
Gezinsplanning	*1,17 (0,54-2,55)*	*1,76 (0,98-3,17)*	*0,82 (0,58-1,15)*	*0,91 (0,71-1,15)*
Zwangerschap,bevalling,kraambed	–	–	*0,77 (0,60-0,98)*	*1,01 (0,86-1,19)*
Angst voor ziekten	*0,87 (0,52-1,44)*	*1,06 (0,71-1,59)*	*1,01 (0,65-1,56)*	*1,15 (0,79-1,68)*
Gevolgen zorg	*1,49 (0,85-2,64)*	*1,13 (0,67-1,89)*	*1,51 (1,03-2,22)*	*1,15 (0,81-1,63)*
Overig	*1,13 (0,67-1,92)*	*1,07 (0,69-1,64)*	*0,81 (0,52-1,27)*	*0,91 (0,63-1,31)*

* Alleen vergelijking laag-midden/hoog met midden/hoog als referentiecategorie.
Vet gedrukt: p<0,01.

Tabel 3 Relatieve morbiditeitsrisico's (RR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) voor clusters van diagnosen bij 65-plussers, gebaseerd op cumulatieve incidenties per 1000 personen per drie maanden, naar opleiding en gecorrigeerd voor leeftijd, met de hoogst opgeleide groep als referentiecategorie

	Mannen laag RR (95% BI)	**Mannen midden RR (95% BI)**	**Vrouwen laag RR (95% BI)**	**Vrouwen midden RR (95% BI)**
Totaal	*1,03 (0,88-1,18)*	*0,96 (0,82-1,11)*	*0,85 (0,71-1,03)*	*0,85 (0,70-1,04)*
Geen ziekte	*0,65 (0,36-1,15)*	*0,92 (0,51-1,65)*	*1,04 (0,48-2,22)*	*1,20 (0,55-2,61)*
Symptomen/klachten	*1,19 (0,91-1,57)*	*0,94 (0,71-1,25)*	*0,96 (0,71-1,32)*	*0,92 (0,67-1,27)*
Algemeen	0,85 (0,36-1,99)	0,86 (0,35-2,10)	0,44 (0,22-0,87)	0,53 (0,26-1,08)
Maag/darm	0,87 (0,46-1,64)	0,91 (0,47-1,75)	1,40 (0,57-3,41)	1,37 (0,55-3,42)
Hart/vaat	3,34 (0,45-24,6)	1,04 (0,12-8,91)	0,62 (0,23-1,71)	0,40 (0,15-1,11)
Bovenste/onderste extremiteit	0,60 (0,23-1,58)	0,43 (0,14-1,25)	2,69 (0,37-19,3)	2,92 (0,40-21,4)
Spieren/gewrichten	1,37 (0,75-2,49)	1,02 (0,54-1,91)	0,90 (0,47-1,70)	1,05 (0,54-2,02)
Neurologie (excl hoofdpijn)	0,93 (0,36-2,37)	1,05 (0,40-2,75)	4,34 (1,48-43,9)	2,14 (1,05-2,33)
Ademhaling	1,53 (0,85-2,78)	1,08 (0,58-2,02)	2,78 (0,89-8,71)	2,01 (0,63-6,44)
Huid (excl wonden)	2,75 (0,67-11,3)	1,46 (0,33-6,40)	0,66 (0,24-1,80)	1,03 (0,37-2,88)
Urinewegen/geslachtsorganen	1,50 (0,78-3,14)	1,62 (0,49-5,40)	2,79 (0,39-20,0)	2,93 (0,40-21,6)
Overige symptomen/klachten	1,35 (0,65-2,80)	0,89 (0,41-1,94)	0,53 (0,29-0,99)	0,65 (0,34-1,24)
Infectieziekten	*1,14 (0,89-1,46)*	*1,13 (0,87-1,45)*	*1,04 (0,78-1,38)*	*0,88 (0,66-1,17)*
Maag/darm	1,03 (0,36-2,91)	1,10 (0,38-3,21)	0,87 (0,32-2,38)	0,71 (0,25-2,02)
Ogen	0,73 (0,36-1,48)	1,01 (0,49-2,09)	1,28 (0,47-3,46)	1,17 (0,42-3,26)
Luchtwegen/oren	1,26 (0,92-1,72)	1,02 (0,73-1,42)	1,05 (0,71-1,56)	0,82 (0,55-1,24)
Huid	1,09 (0,58-2,05)	1,24 (0,65-2,36)	0,77 (0,42-1,42)	0,66 (0,35-1,25)
Urinewegen/geslachtsorganen	0,99 (0,51-1,92)	1,35 (0,69-2,63)	1,15 (0,67-1,97)	0,98 (0,56-1,71)
Overige infectieziekten	1,08 (0,32-3,58)	1,78 (0,54-5,91)	1,10 (0,27-4,52)	1,79 (0,43-7,46)
Traumata	*0,74 (0,49-1,11)*	*0,67 (0,43-1,04)*	*0,60 (0,40-0,91)*	*0,67 (0,44-1,03)*
Fractuur/verstuiking/luxatie	**0,48 (0,28-0,82)**	0,65 (0,37-1,12)	0,66 (0,37-1,19)	0,89 (0,49-1,64)
Wonden	1,07 (0,54-2,15)	0,58 (0,27-1,25)	0,53 (0,29-0,99)	0,45 (0,24-0,83)
Overig traumata	1,28 (0,30-5,47)	1,04 (0,23-4,76)	0,91 (0,22-3,75)	0,77 (0,18-3,40)
Chronische ziekten (ex nieuwvorming)	*0,98 (0,81-1,20)*	*0,97 (0,79-1,18)*	*0,80 (0,64-1,00)*	*0,85 (0,67-1,07)*
Maag	0,75 (0,35-1,59)	0,53 (0,23-1,20)	0,44 (0,19-1,01)	0,31 (0,12-0,77)
Darm/lever/gal/pancreas	0,85 (0,33-2,17)	0,97 (0,37-2,57)	**0,37 (0,20-0,70)**	**0,42 (0,21-0,81)**
Cataract/glaucoom/ov oog	2,02 (0,44-8,44)	2,15 (0,50-9,20)	0,88 (0,28-2,81)	0,84 (0,25-2,80)
Doofheid/overig oor	0,73 (0,50-1,08)	0,81 (0,54-1,21)	0,74 (0,43-1,28)	0,71 (0,40-1,25)
Ischemische hartziekten	2,10 (0,85-5,17)	2,05 (0,82-5,15)	0,62 (0,33-1,19)	0,52 (0,26-1,03)
Overige hartziekten	0,56 (0,21-1,48)	0,42 (0,14-1,22)	0,62 (0,19-1,99)	0,48 (0,14-1,68)
Bloeddruk	0,62 (0,33-1,15)	0,74 (0,39-1,41)	0,82 (0,38-1,76)	1,13 (0,52-2,46)
CVA/TIA/overig arterieel vaatlijden	1,36 (0,62-2,96)	1,25 (0,56-2,80)	1,64 (0,52-5,16)	1,61 (0,50-5,21)
Overig vaatlijden	0,82 (0,37-1,83)	1,03 (0,45-2,33)	2,00 (0,64-6,29)	1,81 (0,56-5,80)
Dorsopathieën	1,41 (0,73-2,70)	1,33 (0,68-2,60)	0,70 (0,39-1,26)	0,68 (0,37-1,25)
Arthrosis def/RA/osteoporosis	1,36 (0,54-3,41)	1,26 (0,49-3,24)	1,60 (0,71-3,62)	1,74 (0,76-3,98)
Overig bewegingsapparaat	1,09 (0,56-2,11)	1,16 (0,59-2,29)	0,65 (0,35-1,21)	0,84 (0,45-1,58)
Neurologie (incl migraine/ov hoofdpijn)	0,82 (0,37-1,82)	1,41 (0,64-3,14)	1,22 (0,45-3,31)	1,11 (0,40-3,11)
Overige chronische ziekten	0,92 (0,64-1,33)	0,90 (0,62-1,33)	0,79 (0,51-1,22)	0,89 (0,57-1,40)
Nieuwvormingen	*0,95 (0,49-1,84)*	*0,90 (0,45-1,79)*	*0,50 (0,22-1,15)*	*0,79 (0,34-1,85)*
Maligne	1,03 (0,41-2,63)	1,02 (0,39-2,68)	0,36 (0,13-1,02)	0,60 (0,21-1,74)
Benigne/niet gespecificeerd	0,86 (0,33-2,21)	0,77 (0,29-2,09)	0,81 (0,20-3,37)	1,17 (0,28-4,96)
Psychische/sociale problemen	*1,02 (0,63-1,65)*	*0,95 (0,57-1,57)*	*0,79 (0,51-1,21)*	*0,83 (0,53-1,29)*
Psychische klachten/verslaving	0,91 (0,45-1,83)	0,72 (0,34-1,53)	0,65 (0,36-1,17)	0,73 (0,40-1,35)
Psychosen/neurosen	0,81 (0,53-1,25)	0,91 (0,73-1,12)	1,06 (0,82-1,37)	1,16 (0,90-1,49)
Problemen in sociale netwerk	1,45 (0,97-2,15)	1,25 (0,87-1,70)	1,86 (1,32-2,62)	1,47 (1,07-2,04)
Overig psych/soc problemen	0,93 (0,62-1,38)	0,92 (0,66-1,29)	0,82 (0,53-1,25)	0,55 (0,37-0,82)
Angst voor ziekten	*0,65 (0,18-2,26)*	*1,17 (0,34-4,02)*	*0,33 (0,10-1,10)*	*0,62 (0,18-2,10)*
Gevolgen zorg	*1,62 (0,50-5,24)*	*1,54 (0,46-5,15)*	*2,25 (0,55-9,12)*	*1,92 (0,46-7,99)*
Overig	*1,03 (0,65-1,63)*	*1,04 (0,69-1,55)*	*0,69 (0,46-1,03)*	*0,85 (0,60-1,21)*

Vet gedrukt: p<0,01.

bel). Bij vrouwen geldt het tevens voor neurologische aandoeningen en psychische/sociale problemen.

Verder valt bij mannen op dat de relatieve risico's voor overige hartziekten (met name ritmestoornissen, klepafwijkingen), overig vaatlijden (met name hemorroïden/varices) en depressie/overige neurosen lager zijn bij de lager opgeleiden. Ook voor vrouwen geldt dat het overheersende patroon niet opgaat voor alle aandoeningen. Er zijn nauwelijks verschillen voor algemene symptomen/klachten, infecties aan het oog en overige infectieziekten en cataract/glaucoom/overig oog. De relatieve risico's voor chronische oorproblemen (met name cerumen), overige hartziekten (met name ritmestoornissen, klepafwijkingen), nieuwvorming, traumata van het oog, gezinsplanning en zwangerschap zijn juist lager bij de laag en midden opgeleiden.

Tot slot is het opvallend dat de verschillen in morbiditeitsrisico's tussen de verschillende opleidingscategorieën bij mannen groter zijn dan bij vrouwen voor vrijwel alle aandoeningen, behalve voor hartvaatproblemen, neurologische klachten en psychische/sociale problemen.

De absolute aantallen van de 58 ziektecategorieën in deze tabel variëren van 57 voor overige hart-vaatziekten bij mannen tot 5175 voor luchtweginfecties bij vrouwen; slechts 15 categorieën omvatten minder dan 100 gevallen.

Eenzelfde analyse voor personen van 65 jaar en ouder levert een gedifferentieerder beeld op (*tabel 3*). Bij de mannen zien we alleen hoge relatieve risico's voor laag opgeleiden bij symptomen/klachten hart/vaten, symptomen/klachten huid, cataract/glaucoom/overig oog en ischemische hartziekten; een hoog relatief risico op traumata zien we hier vaker bij hoog opgeleiden.

Bij oudere vrouwen geldt sterker dan bij oudere mannen dat hoog opgeleiden een hoog relatief risico op geregistreerde morbiditeit hebben. Hoge relatieve risico's voor laag opgeleiden zijn er alleen voor een aantal symptomen/klachten (betreffende onder meer bovenste/onderste ex-

Tabel 4 Verrichtingen bij de belangrijkste einddiagnosen bij vier contactredenen (begin episode) bij spreekuurbezoekers ≥25 jaar, onderscheiden naar opleidingsniveau, en gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht*

	Laag	Midden	Hoog	p
Contactreden hoesten	42,8	33,1	24,3	
Diagnose infectie bovenste luchtwegen (n=1955)				
– incidentie	15,5	10,5	6,8	
– lichamelijk onderzoek	69,3	75,2	79,1	<0,01
– aanvullende diagnostiek	3,9	5,0	7,0	
– gesprek/voorlichting	46,4	53,0	55,0	<0,01
– prescriptie	90,4	89,3	87,0	
– verwijzing 1e/2e lijn	0,6	0,1	–	
Diagnose acute bronchitis (n=1016)				
– incidentie	7,0	5,7	5,4	
– lichamelijk onderzoek	90,7	93,8	96,4	<0,05
– aanvullende diagnostiek	6,5	5,3	7,0	
– gesprek/voorlichting	60,5	65,1	60,9	
– prescriptie	98,6	96,1	95,2	<0,05
– verwijzing 1e/2e lijn	0,6	0,4	0,8	
Diagnose hoesten (n=860)				
– incidentie	6,3	4,9	3,1	
– lichamelijk onderzoek	52,0	52,1	60,8	
– aanvullende diagnostiek	5,7	5,8	10,6	
– gesprek/voorlichting	40,8	39,9	35,3	
– prescriptie	90,2	89,5	82,7	
– verwijzing 1e/2e lijn	1,0	0,9	4,2	
Contactreden symptomen/klachten rug	23,8	24,9	16,7	
Diagnose lumbago(n=1341)				
– incidentie	8,0	8,7	4,7	
– lichamelijk onderzoek	91,6	90,2	88,7	
– aanvullende diagnostiek	9,9	6,9	4,5	<0,05
– gesprek/voorlichting	70,7	69,4	67,0	
– prescriptie	69,0	63,0	52,6	<0,01
– verwijzing 1e/2e lijn	26,2	32,8	27,7	
Diagnose myalgia/fibrositis (n=864)				
– incidentie	5,6	5,4	3,0	
– lichamelijk onderzoek	89,7	90,4	90,5	
– aanvullende diagnostiek	4,1	6,6	4,5	
– gesprek/voorlichting	66,1	73,6	79,3	<0,01
– prescriptie	71,6	56,3	37,4	<0,001
– verwijzing 1e/2e lijn	16,3	18,6	24,3	
Diagnose symptomen/klachten rug (n=336)				
– incidentie	2,1	2,0	1,5	
– lichamelijk onderzoek	84,7	78,7	74,0	
– aanvullende diagnostiek	20,0	14,3	6,3	<0,05
– gesprek/voorlichting	68,1	70,7	78,6	
– prescriptie	56,1	49,5	31,5	<0,05
– verwijzing 1e/2e lijn	28,1	41,9	43,4	<0,05

* Het aantal verrichtingen wordt weergegeven als percentage van alle nieuwe gevallen. De frequenties van de contactredenen en de incidenties worden weergegeven als aantallen per 1000 ingeschreven personen per 3 maanden.
Voor de gehanteerde indeling van verrichtingen zij verwezen naar de desbetreffende basispublicatie.[26]

Tabel 4, vervolg Verrichtingen bij de belangrijkste einddiagnosen bij vier contactredenen (begin episode) bij spreekuurbezoekers ≥25 jaar, onderscheiden naar opleidingsniveau, en gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht*

	Laag	Midden	Hoog	p
Contactreden buikpijn/krampen	23,9	21,7	14,9	
Diagnose irritable bowel syndrome (n=596)				
– incidentie	3,9	3,5	2,7	
– lichamelijk onderzoek	86,3	94,9	88,8	<0,05
– aanvullende diagnostiek	25,8	28,6	36,5	
– gesprek/voorlichting	78,3	82,5	88,4	
– prescriptie	78,1	56,0	41,5	<0,001
– verwijzing 1e/2e lijn	3,3	4,1	3,6	
Diagnose buikpijn/krampen (n=403)				
– incidentie	3,2	2,2	1,2	
– lichamelijk onderzoek	84,0	85,3	80,5	
– aanvullende diagnostiek	39,8	40,0	55,9	
– gesprek/voorlichting	78,5	77,0	79,9	
– prescriptie	42,5	36,9	27,3	
– verwijzing 1e/2e lijn	15,0	11,6	3,9	
Diagnose overige vermoede infectie maag-darmkanaal (n=321)				
– incidentie	2,2	1,9	1,2	
– lichamelijk onderzoek	87,1	84,2	78,7	
– aanvullende diagnostiek	8,6	14,9	27,7	<0,05
– gesprek/voorlichting	76,7	79,8	81,6	
– prescriptie	65,4	55,2	42,9	<0,05
– verwijzing 1e/2e lijn	–	1,1	–	
Contactreden hoofdpijn	18,9	20,0	13,3	
Diagnose sinusitis (n=660)				
– incidentie	3,1	4,4	3,8	
– lichamelijk onderzoek	94,5	92,4	90,8	
– aanvullende diagnostiek	8,2	9,8	17,2	
– gesprek/voorlichting	69,1	72,3	54,1	
– prescriptie	92,9	94,3	94,2	
– verwijzing 1e/2e lijn	5,5	3,2	–	<0,05
Diagnose spanningshoofdpijn (n=349)				
– incidentie	2,4	2,1	1,0	
– lichamelijk onderzoek	83,3	79,0	81,4	
– aanvullende diagnostiek	8,8	8,0	24,8	
– gesprek/voorlichting	76,6	85,9	72,2	
– prescriptie	72,5	56,9	48,0	<0,01
– verwijzing 1e/2e lijn	8,9	16,8	20,3	<0,05
Diagnose hoofdpijn(n=252)				
– incidentie	1,9	1,6	0,8	
– lichamelijk onderzoek	71,3	69,7	82,9	
– aanvullende diagnostiek	13,5	15,0	22,7	
– gesprek/voorlichting	67,6	75,1	87,4	
– prescriptie	52,7	57,0	56,3	
– verwijzing 1e/2e lijn	10,8	12,9	6,1	

* Het aantal verrichtingen wordt weergegeven als percentage van alle nieuwe gevallen. De frequenties van de contactredenen en de incidenties worden weergegeven als aantallen per 1000 ingeschreven personen per 3 maanden.
Voor de gehanteerde indeling van verrichtingen zij verwezen naar de betreffende basispublicatie.[26]

tremiteit, neurologie, ademhaling en urinewegen), arterieel en overig vaatlijden en gevolgen zorg.

De omvang in absolute aantallen van de 50 ziektecategorieën in deze tabel varieert van 33 voor angst voor ziekten bij mannen tot 1016 voor luchtweginfecties bij vrouwen; bij mannen omvatten 19 en bij vrouwen 33 categorieen meer dan 100 gevallen.

Verschillen in aanpak

De onderzochte contactredenen komen vooral voor onder laag opgeleide personen, evenals vrijwel alle daarbij behorende belangrijke einddiagnosen (*tabel 4*). Ook wat betreft de verrichtingen is het patroon consistent. Lichamelijk onderzoek wordt bij de meeste aandoeningen in alle opleidingscategorieën even vaak verricht. Aanvullende diagnostiek wordt vaker uitgevoerd bij hoog opgeleiden, behalve bij de einddiagnosen die voortkomen uit de contactreden rugpijn. Gesprek en/of voorlichting wordt bij vrijwel alle einddiagnosen even vaak gegeven, behalve bij myalgie en symptomen/klachten rug. Prescriptie is voor bijna alle einddiagnosen hoger voor laag opgeleiden. De verwijzing naar de eerste of tweede lijn verloopt wisselend. Waar naar de fysiotherapeut wordt verwezen – bij rugproblemen en spanningshoofdpijn – vindt dit vooral plaats onder hoog opgeleiden.

Een vergelijking tussen 25-64-jarigen en 65-plussers leverde geen specifieke patronen op.

Beschouwing

Uit het vele onderzoek naar de samenhang tussen sociaal-economische factoren en gezondheid lijkt naar voren te komen, dat de zorg hooguit een marginale bijdrage kan leveren aan het terugdringen van sociale verschillen in gezondheid.[4] Dat is niet direct een stimulans voor onderzoek naar dit fenomeen in de huisartspraktijk.

Dit onderzoek laat zien dat er duidelijke sociale patronen zijn aan te wijzen in de morbiditeit die de huisarts registreert, en in het handelen van de huisarts daarbij. Bij

lager opgeleide patiënten, vooral mannen, legt de huisarts veel vaker een probleem vast dan bij patiënten met een hogere opleiding. Voor enkele aandoeningen is het patroon omgekeerd. Deze resultaten stemmen overeen met analyses van vergelijkbare gegevens uit het Verenigd Koninkrijk.[6-7] Ook op het punt van het beleid van de huisarts bij alledaagse aandoeningen zijn er diverse verschillen tussen de sociale klassen. Lichamelijk onderzoek vindt, blijkens onze gegevens, even vaak plaats, maar er zijn verschillen voor wat betreft aanvullende diagnostiek, gesprek/voorlichting, prescriptie en verwijzen. Onze waarnemingen sporen dus grotendeels met eerdere analyses, waarin werd geconstateerd dat, gegeven de morbiditeit, hoog opgeleide personen vaker lichamelijk onderzoek, aanvullende diagnostiek en gesprek/voorlichting krijgen, en lager opgeleide personen vaker een recept of een verwijzing naar een medisch specialist.[28]

Het hoge risico op arthrosis deformans en traumata onder laag opgeleide 25-64 jarige mannen ten opzichte van de geringe verschillen in risico's bij 25-64-jarige vrouwen en bij 65-plussers, en het gegeven dat deze mannen vooral handarbeid verrichten, lijken de uitkomsten van eerder onderzoek te bevestigen.[29] Het hoge risico op maagproblemen, stoornissen in het vetmetabolisme en verslaving onder laag opgeleide mannen én vrouwen hangt ongetwijfeld samen met eerder vastgestelde verschillen in gezondheidsgedrag.[4,30] In het verlengde hiervan ligt de parallel tussen enerzijds het hoge risico op ischemische hartziekten, CVA/TIA/overig arterieel vaatlijden en astma/COPD onder laag opgeleide mannen en anderzijds de hoge percentages zware rokers onder laag opgeleide mannen.[4] Een aanzienlijk deel van deze laag opgeleide mannen is werkloos of ontvangt een uitkering krachtens de AAW/WAO (zie tabel 1) en juist bij deze groep constateert de huisarts deze aandoeningen bijzonder vaak.[29] Daarbij komt dat de ongunstiger leefomstandigheden van deze groep eveneens bijdragen tot verschillen in gezondheidsgedrag.[31] Al met al lijkt er sprake van een cumulatief effect.

Een opvallende bevinding is het hoge relatieve risico op geregistreerde nieuwvormingen bij hoog opgeleide mannen en vrouwen, terwijl de bekende epidemiologische informatie niet per se in die richting wijst.[30] Dit zou er op kunnen duiden dat binnen deze groep enerzijds een grotere alertheid ten aanzien van kanker bestaat, terwijl anderzijds meer belang wordt gehecht aan de uiterlijke verschijningsvorm (i.c. ongewenste 'pukkeltjes').[7]

De gevonden sociale verschillen in het handelen van de huisarts geven stof tot nadenken. Dat geldt bijvoorbeeld de bevinding dat bij hoog opgeleide patiënten met de contactredenen hoofdpijn, hoesten en buikpijn/krampen vaker aanvullende diagnostiek plaatsvindt, en bij de contactreden symptomen/klachten rug juist minder vaak. Met betrekking tot de behandeling zien we soms uniformiteit (einddiagnosen bij de contactreden hoesten), soms duidelijke verschillen:

- veel voorschrijven bij laag opgeleiden en veel verwijzen (naar de fysiotherapeut) bij hoog opgeleiden (spanningshoofdpijn en einddiagnosen symptomen/klachten rug);
- veel voorschrijven bij laag opgeleiden en veel verwijzen (naar de medische specialist) bij laag opgeleiden (alle einddiagnosen buikpijn/krampen).

Men kan zich op basis van deze resultaten afvragen of de huisarts bij iedere patiënt met eenzelfde aandoening hetzelfde beleid hanteert, of zich toch meer baseert op prognostiek in de zin van anticiperen op ernstgraad; wellicht wordt daar het handelen aan ontleend?[32]

Het is van belang zich te realiseren dat het in dit artikel gaat om een globaal beschrijvend onderzoek naar de morbiditeit zoals die door de huisarts is geregistreerd. Dat zijn niet per se de 'werkelijke' verschillen. Lang niet alle morbiditeit komt immers onder ogen van de huisarts, en juist factoren als opleiding, gezondheidsgedrag en persoonlijke leefomstandigheden van patiënten spelen daarbij een rol, naast factoren als (verzekerd) inkomen, beschikbaarheid van c.q. toegang tot de zorg, de verzekering, en de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem.[33]

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat onderzoek naar de samenhang tussen sociaal-economische factoren en gezondheid ook voor de huisartsgeneeskunde fascinerend en belangwekkend is. Het is voor de huisarts van belang te beseffen welke sociale achtergrond een gezondheidsprobleem kan hebben. Relaties met werk en leven liggen vaker voor de hand dan vermoed.

Wat is nu de betekenis van deze sociale verschillen voor het handelen van de huisarts?

De belangrijkste taak van de huisarts in dit opzicht is het signaleren van sociale problemen, al dan niet geplaatst in de context van maatschappelijke ontwikkelingen ('early warning of social epidemics').[34] Een tweede taak is het waarborgen van een goede toegang tot de huisartsgeneeskundige zorg voor alle sociale groepen. Bij een derde taak, het opzetten en uitvoeren van specifieke interventies (zoals preventie van ongevallen, kanker en hart-vaatziekten, aanpak van specifieke zwangerschapsrisico's en het stimuleren van borstvoeding), moet men zich realiseren dat dergelijke interventies alleen effectief zijn als ze intensief, specifiek en doelgroepgericht zijn.[35]

Er is behoefte aan nader onderzoek naar de interacties van sociale factoren en zorggebruik, zowel op langere termijn, als op lokaal niveau. Niemand minder dan de *founding father* van de huisartsgeneeskunde, Sir James Mackenzie – gedreven en alom gerespecteerd clinicus, en in zijn latere leven onderzoeker van klinische en maatschappelijke aspecten van de gezondheid(szorg) – heeft benadrukt dat medische en sociale factoren in de huisartsgeneeskunde onverbrekelijk met elkaar verbonden zijn.[36] De afgelopen tien jaren heeft de academische huisartsgeneeskunde in Nederland zich met veel enthousiasme gestort op het epidemiologisch onderzoek. Daarbij hebben vooral ziekten centraal gestaan. Misschien is het zaak de komende tien jaar meer aandacht te besteden aan sociale factoren.

Dankbetuiging
Mijn bijzondere dank gaat uit naar Harald Abrahamse voor het analyseren van de gegevens.

Literatuur

1 Townsend P, Davidson N. Inequalities in health. The black report. London, Harmondsworth: Penguin, 1981
2 Whitehead M. The health divide. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. Inequalities in health. London: Penguin, 1989.
3 Illsley R, Svensson PG, editors. Social inequalities in health. Soc Sci Med 1990;31:223-40.
4 Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Assen: Van Gorcum, 1994.
5 Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. Milbank Quarterly 1993;71:279-322.
6 Crombie DL. Social class and health status. Inequality or difference. Exeter: RCGP, 1984.
7 Van der Zee J. Sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk In: Boerma WBW, Hingstman L, redactie. De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 193-206.
8 Edwards A, Pill R. Patterns of help-seeking behaviour for toddlers from two contrasting socioeconomic groups: new evidence on a neglected topic. Fam Pract 1996;4:377-81.
9 Gomez Rodriguez E, Moreno Raymundo P, Hernadez Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. Fam Pract 1996;4:382-5.
10 Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. Soc Sci Med 1997;6:901-10.
11 Van der Velden J. Where there is a family doctor. Can the general/family practitioner move from primary medical to primary health care? [backgroundpaper]. In: Saltman R, Figueras J. European health care reform. Analyses of current strategies. Copenhagen: WHO, 1997.
12 White KL, editor. Healing the schism. Epidemiology, medicine and the public's health. New York: Springer, 1991.
13 Querido J. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge 1988.
14 Galesloot JAM, Bless GWAM. Huisarts in een achterstandswijk: onderbetaald en overwerkt. Med Contact 1993;48:1359-60.
15 Luijten MCG, Tjaden FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
16 Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en cultureel rapport 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau/Vuga, 1996.
17 Verheij R, Van der Velden J, De Bakker DH. De huisarts in de grote stad. Utrecht: Nivel, 1992.
18 Engbersen G, Vrooman JC, Snel E, redactie. Arm Nederland. Het eerste jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. 's-Gravenhage: Vuga, 1996.
19 Jacobs Aletta H. Herinneringen van –. Amsterdam: Van Holkema & Warendorf, 1924; heruitgave: Nijmegen: SUN, 1978.
20 Buma JT. Beschouwingen over de plaatrs van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, 1959.
21 Gill K. Sociaal verloskundige verkenningen. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1973.
22 Muntendam P. Gezondheidszorg in ontwikkeling. In: Schrijvers G, Boot JM. Een halve eeuw gezondheidszorg 1950-2000. Lochem: De Tijdstroom, 1983.
23 Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
24 Van der Velden J, Schellevis FG, Van der Steen J. De International Classification of Primary Care (aangepaste versie). Utrecht: Nivel, 1989.
25 Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981;24:342-6.
26 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
27 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
28 Van der Velden J. Socio-economic health differences and general practice in the Netherlands: is the removal of inequality being addressed? In: Mackenbach JP. Socioeconomic health differences. Proceedings of a conference. Rotterdam: Eramus University Rotterdam, 1991.
29 Van der Velden J, Abrahamse HPhH, De Bakker DH. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Arbeid en gezondheid. Utrecht: Nivel, 1991.
30 Ruwaard D, Kramers PGN, redactie. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Bilthoven/Utrecht: RIVM/De Tijdstroom, 1997.
31 Joung IMA, Glerum JJ, Van Poppel FWA, et al. The contribution of specific causes of death to mortality differences by marital status in the Netherlands. Eur J Publ Health 1996;6:142-9.
32 Van der Velden HGM. Diagnose of prognose? De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. Huisart Wet 1983;26:125-8.
33 Kohn R, White KL. Health Care. An international study. Oxford: Oxford University Press, 1976.
34 Cassel J, Tyroler HA. Epidemiological studies of culture change. Health status and recency of industrialization. Arch Environ Health 1961;3:25-33.
35 Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, et al. A systematic review of the effectiveness of health services intervention aimed at reducing inequalities in health. J Health Serv Res Policy 1996;2:93-103.
36 Mair A. Sir James Mackenzie 1853-1925. General practitioner. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1973.

■

Abstract
Van der Velden J. Social differences in morbidity and interventions in general practice. Huisarts Wet 1998;41(4):165-72.
To obtain a picture on social differences in general practice a secondary analysis has been performed on the Dutch National Survey of General Practice. The study focused upon the 25+ population consulting their GP and was directed to their highest educational level. In the age category 25-64 years the GP records significant more diseases in the lowest educational group. This pattern is stronger in men than in women. In the age category 65 years and over the picture is less uniform. In the management of the four most important reasons for encounters GPs' physical examination does not lead to differences among the educational groups, while laboratory investigations/X rays are more frequently requested for higher educated people. Prescription is more provided to lower educated people. The chance for counselling, patient education and referral differs per disease category. The GP must be aware that social differences in his/her job do exist. The possible contribution of the GP in reducing social differences is discussed.
Keywords Family practice; Interventions; Morbidity; Social differences.
Correpondence J. van der Velden MD MPH, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

COMMENTAAR

Vervolg van pag. 164

17 Van Gerven HPJ. Sociaal-economische gezondheidsverschillen [ingezonden]. Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:1587.
18 Derese A. Community oriented primary care. Huisarts Wet 1988;31(Suppl 12):14-8.
19 De Maeseneer J, De Dobbeleer C. Gezondheidsinitiatieven in achterstandssituaties: van centrum tot speelplein en veiligheid op straat. In: Vlug H, redactie. Gezondheid en verarming. Amsterdam: NCDB, 1991. p. 95-104.
20 Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization, 1995.
21 Anonymous. De duale samenleving: percepties van Vlamingen anno 1996. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap 1997.
22 De Foer S. Niet iedereen viert mee op Haags miljoenenfeest: poldermodel krijgt kritiek omdat het ongelijkheid vergroot. De Standaard, 16.09.97, p. 6.
23 Mackenbach JP. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ned Tijd- schr Geneeskd 1994;138:1259-61.

■