

Onderzoek naar het verband tussen de frequentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken (II)*

Huisartsbezoekfrequenties

H. M. VAN DER PLOEG**

In het eerste deel van dit artikel is uiteengezet dat een groep patiënten die in drie maanden driemaal of meer bij de huisarts kwam, een verhoogde psychoneurotische labiliteit vertoonde op een persoonlijkheidsvragenlijst. Het één jaar later wederom aanbieden van deze vragenlijst gaf een soortgelijk beeld. De groep met geen of zeer weinig huisartsbezoek vertoonde zowel bij de eerste als bij de tweede test een zeer gemiddelde stabiliteit.

De huisartsbezoekfrequenties van beide groepen patiënten zijn na de eerste en na de tweede test-aanbieding nauwkeurig geregistreerd. In dit deel wordt verslag gedaan van deze bezoek-aantallen en van mogelijke relaties tussen het huisartsbezoek en de in deel I uitgebreid beschreven persoonlijkheidskenmerken. Een mogelijk verband tussen neurotische persoonlijkheidskenmerken en verhoogd bezoek aan de huisarts, één van de vormen waarin een algemene neurotische klagentendie zich zou kunnen manifesteren, wordt besproken.

Methode

In deel I is uiteengezet op welke wijze de steekproef patiënten is samengesteld en de vragenlijsten zijn aangeboden. Ter verduidelijking geeft *schema 1* in het kort het verloop van de twee onderzoeken. Zoals daaruit blijkt zijn er twee test-aanbiedingen (Test 1 en Test 2), alsmede twee jaren waarin de bezoekfrequentie werd geregistreerd (Bezoek I en Bezoek II). Onder huisartsbezoek werd zowel een consult als een visite verstaan; telefonische contacten met de huisarts of zijn assistente werden niet meegeteld in dit onderzoek.

* Zie voor eerste deel (1976) huisarts en wetenschap 19, 451-456.

** Klinisch psycholoog Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden, Jelgersma-kliniek te Oegstgeest (hoofd: Prof. Dr. J. Bastiaans).

De volgende „voorspellende” relaties werden nagegaan:

- Test 1 met Bezoek I (voorspellen van het bezoek gedurende het jaar ná de eerste test)
- Test 2 met Bezoek II (idem, ná de tweede test)
- Test 1 met Bezoek I plus II (voorspellen van het bezoek gedurende twee jaren ná de eerste test)
- Retrospectief werd Bezoek I in verband gebracht met Test 2. (Achteraf „duiden” van persoonlijkheids- en klachtenscores op grond van het bezoek-getal.)

Het nagaan van deze relaties biedt de mogelijkheid de volgende twee vragen te beantwoorden:

- Resulteert een hoge bezoekfrequentie uit een „neurotische” persoonlijkheidsstructuur? (relatie a, b en c).
- Resulteert uit een hoog frequent huisartsbezoek (het hebben van veel klachten) een „neurotische” klagentendie (een neurotische persoonlijkheid)? (relatie d).

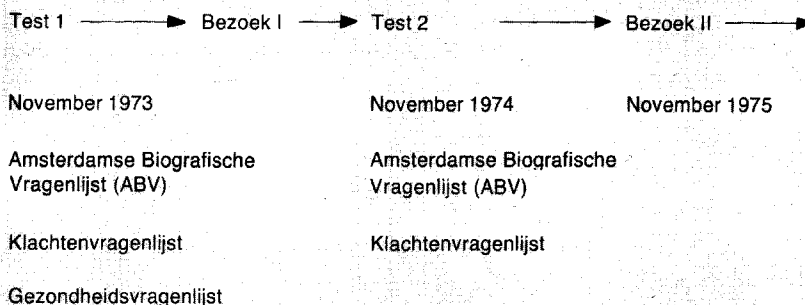
Genoemde relaties zijn nagegaan per subgroep (groot- en kleingebruikers) afzonderlijk en voor beide subgroepen tezamen.

Resultaten

Bezoekfrequenties. Eerst wordt de bezoekfrequentie per groep patiënten per jaargang weergegeven (*tabel*). Voor de duidelijkheid werden de bewerkingen steeds uitgevoerd voor de steekproeven (dat wil zeggen 41 groot-gebruikers en 40 klein-gebruikers), die in beide jaren alle

(Zie tevens de tabel en de schema's op de pagina's 23, 24 en 25).

Schema 1. Het verloop van de twee onderzoeken.



vragenlijsten volledig hebben ingevuld. Uit de tabel is duidelijk af te lezen dat de verschillen tussen groot- en klein-gebruikers in de bezoek-aantallen in de twee jaren ná de steekproefbepaling blijven bestaan. In het eerste jaar gaat de groot-gebruiker ongeveer zeven keer vaker naar de huisarts dan de klein-gebruiker. Dit verschil manifesteert zich ook in het tweede jaar. De groot-gebruikers gaan dan zelfs nog iets vaker naar de huisarts dan in het jaar daarvoor en de klein-gebruikers gaan iets minder vaak. In beide jaren en in beide groepen blijkt dat vrouwen vaker naar de huisarts gaan dan mannen. De significante verschillen tussen groot- en klein-gebruikers zijn ook met andere statistische kenmerken dan het gemiddelde overtuigend waarneembaar.

De samenhang van de medische consumptie in het eerste jaar met die in het tweede jaar is per patiënt met behulp van produkt-moment-correlaties van de bezoek-getallen nagegaan. Bij de groot-gebruikers correleert Bezoek I met Bezoek II: $r = .75$ ($p < .001$); bij de klein-gebruikers: $r = .44$ ($p < .002$); bij de groot-plus klein-gebruikers tezamen: $r = .86$ ($p < .001$).

Wanneer wij deze resultaten zouden generaliseren, kan worden gesteld dat het

mogelijk blijkt op grond van een bepaald selectie-criterium een zekere voorspelling te doen over het huisartsbezoek van patiënten gedurende een aantal jaren ná die uitspraak. Doorgaans blijven „groot-gebruikers” frequent naar de huisarts gaan en zullen „klein-gebruikers” niet vaak komen. Op deze generalisatie zal in de discussie nader worden ingegaan.

Relatie van Test 1 met Bezoek I en met Bezoek I plus II.

De hierna beschreven relaties hebben betrekking op produktmoment-correlaties (r) van test-gegevens (de voornaamste persoonlijkheidskenmerken: psychoneuroticisme - N; functioneel neuroticisme - NS; sociale extraversie - E; test-attitude - T; en de totaal score van de klachtenvragenlijst - T kl) van de eerste test (november 1973) met de geregistreerde bezoekcijfers in het eerste jaar ná de test, alsmede met het bezoek in twee jaren ná die test. Achtereenvolgens zullen de relaties voor groot- en klein-gebruikers afzonderlijk en voor beide groepen tezamen worden beschreven. Alleen significanties binnen de 5 procent marge zijn vermeld.

Test 1 met Bezoek I; groot-gebruikers (N = 41): Geen significante relaties.

Test 1 met Bezoek I; klein-gebruikers (N =

40): Patiënten met een lage test-attitude-score (T) gaan vaker naar de huisarts ($r = -.29$), evenals patiënten met veel klachten in de afgelopen week (zowel somatische - S, depressie - D, angst - A, als insufficiëntiegevoel - I klachten) (.36).

Test 1 met Bezoek I; groot- en klein-gebruikers (N = 81): Vaker naar de huisarts gaan patiënten met een hoge neuroticisme-score (.29); een hoge functioneel neuroticisme-score (.37) en een hoge klachten-score (zowel S, D, A als I) (.46).

Test 1 met Bezoek I plus II; groot-gebruikers (N = 41): Geen relaties.

Test 1 met Bezoek I plus II; klein-gebruikers (N = 40): Patiënten met een hoge neuroticisme-score (.36) en zij met veel klachten (zowel S, D, A als I) gaan vaker (.49).

Test 1 met Bezoek I plus II, groot- én klein-gebruikers (N = 81): Patiënten met een hoge neuroticisme-score (.27), een hoge functioneel neuroticisme-score (.37) en veel klachten (zowel S, D, A als I) (.42) gaan vaker naar de huisarts.

Uit deze relaties blijkt dat in de groep groot-gebruikers géén persoonlijkheidscore op zich, noch het ervaren en rapporteren van klachten, samenhangt met de medische consumptie bij de huisarts. Bij de klein-gebruikers hangt het bezoek wel samen met neurotische kenmerken van het individu, en/of met de gerapporteerde ervaren klachten van de afgelopen week. Wanneer beide groepen tezamen worden genomen bestaan patiënten met een hoge medische consumptie uit individuen met meer dan gemiddelde psycho- en/of functioneel-neurotische kenmerken, en/of een veelheid aan klachten in de afgelopen week. Opvallend is dat in beide groepen het huisartsbezoek niet met dezelfde factoren samenhangt. De klein-gebruikers, die vaak gaan, hebben veel klachten in de afgelopen week en/of een hogere psychoneuroticisme-score. Bij de groot-gebruikers vinden wij geen relaties met de test-scores.

Overigens werden geen multiple correlaties berekend. De mogelijkheid bestaat dat, wanneer eerst meer persoonlijkheidskenmerken met elkaar worden geselecteerd, de relatie met het huisartsbezoek wel duidelijk wordt. In dit verslag zal op deze interactie van factoren nog worden ingegaan.

Relatie van Test 2 met Bezoek II (voorspellend) en van Bezoek I met Test 2 (retrospectief). Ook bij deze relaties worden

Tabel. Bezoekfrequenties per groep patiënten per jaargang.

	Bezoek I eerste jaar november '73-oktober '74		Bezoek II tweede jaar november '74-oktober '75		Bezoek I en II eerste plus tweede jaar november '73-oktober '75	
	N=41 17 man 24 vrouw Groot- gebruikers	N=40 32 man 8 vrouw Klein- gebruikers	Groot- gebruikers	Klein- gebruikers	Groot- gebruikers	Klein- gebruikers
Gemiddelde totale groep	8,7	1,3	11,0	1,0	19,6	2,3
Gemiddelde sub-groep mannen	7,8	1,2	8,9	0,7	16,7	1,9
Gemiddelde sub-groep vrouwen	9,3	1,9	12,4	2,1	21,7	4,0
Mediaan totale groep	7,8	1,0	9,9	0,6	19,6	1,9
Spreiding totale groep	0-24	0-6	0-32	0-4	0-56	0-8
Standaard afwijking totale groep	5,0	1,4	7,5	1,3	11,7	2,2

de voornaamste persoonlijkheidsscores en de klachtenvragenlijst-score in verband gebracht met de test-gegevens.

Test 2 met Bezoek II; groot-gebruikers (N = 41): Geen relaties. Conform het in de vorige paragraaf gestelde.

Tekst 2 met Bezoek II; klein-gebruikers (N = 40): Patiënten met een hoge psychoneuroticisme-score (.31) en zij met een hoge klachten-score (.27) gaan vaker naar de huisarts.

Test 2 met Bezoek II; groot- en klein-gebruikers (N = 81): Patiënten met een hoge psychoneuroticisme-score (.29), een hoge functioneel neuroticisme-score (.35), een hoge klachtenvragenlijst-totaalscore (.42) (zowel S, D, A als I) gaan vaker naar de huisarts. Conform de in de vorige paragraaf vermelde correlaties.

Vervolgens zullen enige „retrospectieve” relaties worden toegelicht.

Bezoek I met Test 2; groot-gebruikers (N = 41): Patiënten met een veelvuldig bezoek in het eerste jaar blijken aan het einde van dat jaar met geen van de voornaamste scores significante correlaties te behalen. Wel is er een aantal significante relaties met de experimentele reactiescores op de persoonlijkheidsvragenlijst, met name met het gebruik van weinig modale, weinig populaire en weinig sociaal wenselijke antwoorden; een groot aantal vraagtekenantwoorden aan het einde van het eerste jaar gaat samen met veelvuldig bezoek in het jaar daarvoor.

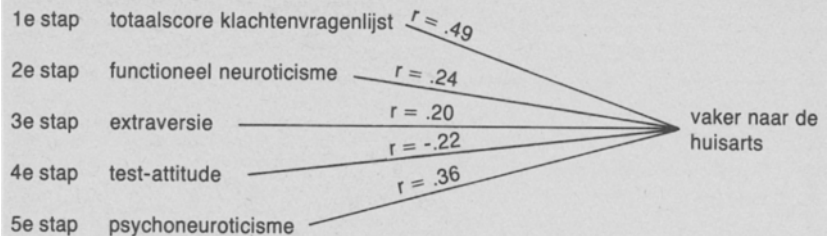
Bezoek I met Test 2; klein-gebruikers (N = 40): Een grotere bezoekfrequentie wordt weerspiegeld in een verhoogde klachten-totaalscore (.32) waarin met name niet-somatische klachten op de voorgrond staan.

Bezoek I met Test 2; groot- en klein-gebruikers (N = 81): Bij patiënten uit beide groepen tezamen gaan een hoge psychoneuroticisme-score (.40), een hoge functioneel neuroticisme-score (.44), een hoge klachten-totaalscore (.46) (zowel S, D, A als I) samen met een veelvuldig bezoek in het jaar daarvoor.

Voorspellende relaties. Voor alle patiënten tezamen geldt dat een hoge psychoneuroticisme-score, een hoge functioneel neuroticisme-score en veel gerapporteerde klachten samenhangen met een veelvuldig bezoek aan de huisarts (zowel een, als twee jaar na de test). In de groot-gebruikersgroep alleen worden

(1977) huisarts en wetenschap 20, 24

Schema 2. Voor verklaring zie tekst.



Deze factoren verklaren tezamen 31 procent van de variantie.

geen relaties gevonden tussen de test en het huisartsbezoek. In de klein-gebruikers groep alleen geldt dat met name het rapporteren van veel ervaren klachten in de afgelopen week en hebben van een hoge psychoneuroticisme-score samengaan met meer bezoeken aan de huisarts. Op grond hiervan zou men kunnen concluderen dat de motieven, besluitprocessen en redenen om de huisarts te consulteren in beide steekproeven niet dezelfde zijn. Wanneer men weinig naar de dokter gaat, zal het zeer van belang zijn of men recent klachten heeft ervaren; wellicht versterkt dan een meer labiele persoonlijkheidsstructuur het besluit om bij het hebben van een recente klacht naar de arts te gaan. Uiteraard kan ook de klacht als versterking gelden bij een meer labiele persoonlijkheidsstructuur. Gaat men doorgaans toch al vaak naar de huisarts dan zal het hebben van klachten of het bezitten van een aantal labiele persoonlijkheidskenmerken er weinig toe bijdragen de drempel tussen niet en wel consumeren te overschrijden.

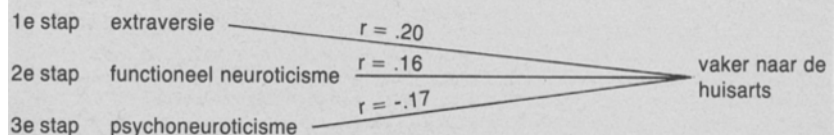
Relaties achteraf. Wij hadden twee sterk verschillende groepen patiënten geselecteerd op grond van de bezoekfrequentie vóór november 1973. Het blijkt dat deze consumptieverschillen blijven bestaan. De relaties achteraf kunnen derhalve,

mede gezien de stabiliteit van de persoonlijkheids- en klachten-scores, niet sterk verschillen van de voorspellende relaties tussen Test 1 en Bezoek I. Boeiend is het te observeren dat ook achteraf in de relaties verschillen bestaan tussen de twee steekproeven. Groot-gebruikers vertonen een samenhang met uit de persoonlijkheid afgeleide reactiescores. Klein-gebruikers bezitten een samenhang met de klachten-scores. Evenals uit de voorspellende relaties lijkt het waarschijnlijk dat mag worden geconcludeerd dat de motieven, besluitprocessen en redenen om de huisarts te bezoeken verschillen naar gelang men behoort tot de „groep” groot- of klein-gebruikers.

Voorspellende multiple regressie-analyse. In het voorgaande zijn steeds op zichzelf staande onafhankelijke variabelen (ABV en klachtenvragenlijst) gecorreleerd met de afhankelijke variabele „bezoek aan de huisarts”. Het is waarschijnlijk dat het samenspel van meer onafhankelijke variabelen een betere voorspelling vormt van de medische consumptie dan een enkele.

Een aantal multiple regressie-analysen is uitgevoerd en de meest verstrekkende multiple correlaties worden beschreven. Uitgaande van de testgegevens in november 1973 (Test 1) werd getracht het

Schema 3. Voor verklaring zie tekst.



Deze factoren verklaren tezamen 20 procent van de variantie.

Discussie

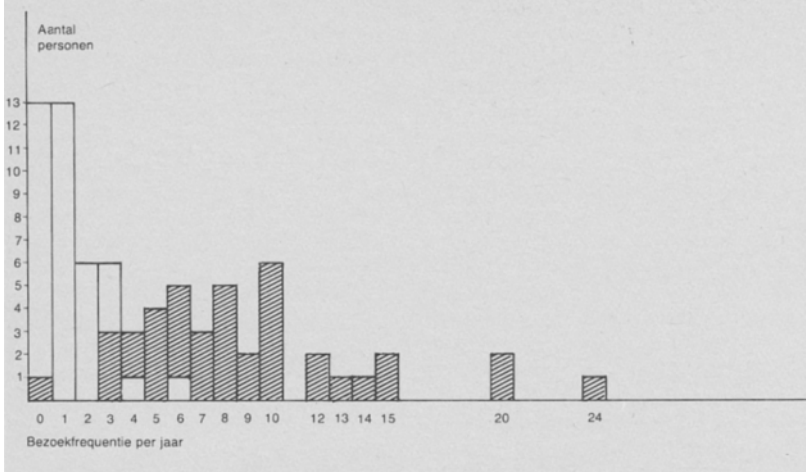
In deze discussie zullen twee thema's centraal staan, ten eerste de verschillen in bezoekfrequentie en daarmee samenhangende factoren, ten tweede de mogelijk oorzakelijke relatie tussen psychoneuroticisme en medische consumptie.

In de ABV zijn dertig vragen opgenomen waarmee een indicatie wordt verkregen omtrent het niveau van psychoneuroticisme van een individu. Een voorbeeld van zo'n vraag is: „Piekert u vaak over uw verleden?“ en „Vindt u dat u een zenuwachtig of innerlijk gespannen iemand bent?“. Een voorbeeld van een van de zeventien vragen omtrent functioneel neuroticisme is: „Voelt u zich meestal slap?“. Het blijkt dat de in 1973 geobserveerde verschillen in persoonlijkheidsprofielen tussen de twee groepen ook in 1974 behouden zijn gebleven. De verschillen in bezoekfrequentie tussen deze twee groepen zijn ook behouden gebleven. De bezoekfrequenties van beide groepen overlappen elkaar weinig. Het lijken werkelijk verschillende groepen te zijn. Zoals uit de figuren 1 en 2 blijkt zijn in beide jaren vrijwel alle klein-gebruikers op grond van het bezoek te onderscheiden van vrijwel alle groot-gebruikers.

Ondanks de relatieve onmogelijkheid op grond van persoonlijkheids- en klachten-scores de individuen achteraf in te delen in klein- en groot-gebruiker, is toch een aantal significante relaties gevonden. Als klein- en groot-gebruikers naar de huisarts gaan zullen hun besluit-processen en bezoekredenen grotendeels van elkaar verschillen. In de groot-gebruikersgroep zijn de persoonlijkheidsfactoren, onder andere het antwoorden met vage, niet-populaire, niet sociaal wenselijke antwoorden, gerelateerd aan een hogere bezoekfrequentie. Het laat zich denken dat, wanneer zich een dergelijk taalgebruik ook bij de huisarts manifesteert, het diagnosticeren wordt bemoeilijkt en dat het ziekte-inzicht en de klachtenherkenning worden beperkt, zodat in een groot aantal gevallen de huisarts zal moeten besluiten iemand te laten terugkomen. In hoeverre bezoeken op verzoek van de arts werden gemaakt was achteraf niet meer nauwkeurig te achterhalen. Wellicht zullen er patiënten zijn geweest die door een groter ziekte-inzicht en meer duidelijke klachtenpresentatie telefonisch een en ander met de arts konden afhandelen (waardoor bezoek overbodig werd) en die hierdoor bijvoorbeeld met adequate „zelf-medicatie“ de klacht verhielpen.

Het blijft een vraag in hoeverre deze verschillen in bezoekfrequentie bestendigen in de loop van vele jaren. Dit onderzoek

Figuur 1. Bezoekfrequentie per jaar klein- en groot-gebruikers Bezoek I (november 1973-oktober 1974).

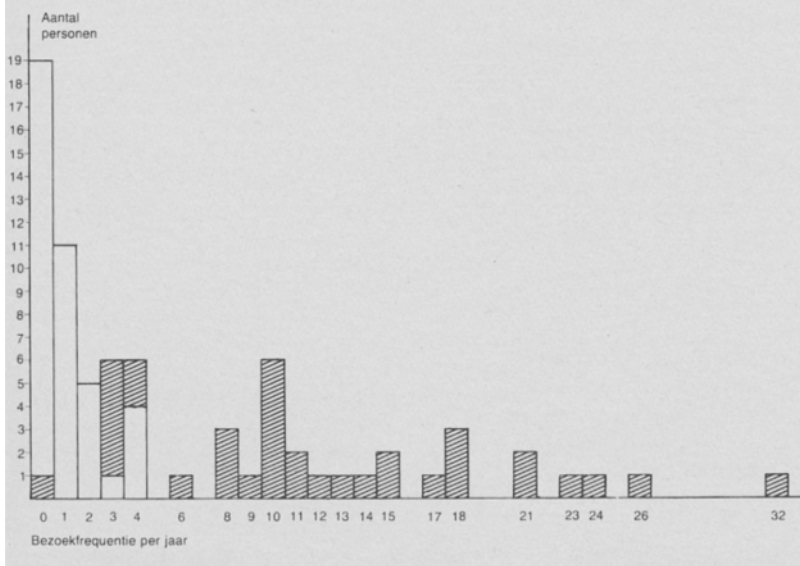


bezoek in de twee jaren na die test (Bezoek I plus Bezoek II) te voorspellen of te verklaren. In de klein-gebruikersgroep ontstond het in *schema 2* gegeven beeld. Uit de stapsgewijze multiple regressie-analyse bleek dat de in *schema 3* genoemde variabelen in de groot-gebruikersgroep significant waren gecorreleerd met de huisartsbezoekfrequentie in de twee jaren ná de test.

Het bezien van de overige regressie-analysen laat de algemene conclusie toe

dat bij de klein-gebruikers de klachtenvragenlijst-scores meer voorspellen en verklaren dan de persoonlijkheids-scores, terwijl in de groot-gebruikersgroep de persoonlijkheids-scores (zij het in mindere mate) meer dan de klachtenvragenlijst-scores voorspellen en verklaren van het totaal aan factoren dat in dit onderzoek is betrokken om een antwoord te geven op de vraag omtrent de relatie van persoonlijkheidsfactoren en medische consumptie.

Figuur 2. Bezoekfrequentie per jaar klein- en groot-gebruikers Bezoek II (november 1974-oktober 1975).



nodigt uit tot het opzetten van een longitudinaal project waarbij gedurende een aantal jaren nauwkeurig de bezoeksfrequenties per individu worden berekend. Het lijkt relevant bij een dergelijke opzet, mede gezien het onderzoek van *Huygen*, ook te denken aan het observeren van gezinsinvloeden. De geneigheid en het besluit de huisarts te consulteren zal vaak in de gezinskring worden besproken. Hierin kan zich waarschijnlijk een proces afspelen waarbij het besluit versneld of vertraagd wordt genomen op grond van individuele kenmerken van een van de gezinsleden. Tevens leren de kinderen op welke wijze men medische hulp inroept en waarvoor. In het gehele ontwikkelingsproces zullen onder meer op deze wijze impliciete waarden en normen omtrent gezondheid en ziekte worden overgedragen. Of het mogelijk is te spreken van „groot- en klein-gebruikende gezinnen” is een object voor onderzoek. Vooropgesteld mag worden dat bepaalde „gezinscodes” van essentieel belang zullen zijn in het totale proces van de medische consumptie.

Voortgezet onderzoek zal ook een aselecte steekproef uit de huisartspopulatie moeten bevatten. In dit onderzoek werd gewerkt met twee „selectie” groepen. Binnen deze zogenaamde homogene groepen werden correlaties gevonden, doch door de „restriction of range” werden de resultaten beïnvloed. Het laat zich gissen in hoeverre in de totale groep de variabelen psychoneuroticisme en klachten-score gecorreleerd zijn met de huisartsbezoeksfrequenties. Waarschijnlijk zal door de beperktheid van de steekproeven een aantal relaties gemist zijn. Impliciet aan het steekproef-selectie criterium zal een aantal samenhangen zijn betrokken in andere variabelen: achterwege laten van de selectie in groot- en klein-gebruik zal dan andere relaties met persoonlijkheid- en klachten-scores met zich brengen.

De duur van de premedische periode is in dit onderzoek niet nagegaan, alhoewel achteraf wel sterk werd ervaren dat deze factor van essentieel belang is. De ABV is een meetinstrument dat relatief vage, specifieke klaagtendenties meet die zich over een lange periode uitstreken. De Klachtenvragenlijst daarentegen meet nauw omschreven, specifieke klachten in de afgelopen week. In onze steekproeven bleek dat klein-gebruikers in samenhang met deze recent ervaren specifieke klachten de huisarts consulteren. Groot-gebruikers tenderen naar een samenhang met langerdurende specifieke klaagtendenties. Voortgezet onderzoek dient de vraag te impliceren welk tijdsverloop be-

staat tussen het herkennen van de klacht en het huisartsbezoek. Dit tijdsverloop zal waarschijnlijk verschillen voor individuen uit de groot- en klein-gebruikersgroep en voor neurotische en niet-neurotische individuen.

Met dit laatste punt zijn wij eigenlijk al gekomen bij ons tweede discussiethema, welke „oorzakelijke” relatie bestaat er tussen de klaagtendentie en het huisartsbezoek? *Van der Velden* vond dat neurotisch labele persoonlijkheden meer gezondheidsstoornissen bleken te ervaren en meer contact met de huisarts hadden dan stabiele vrouwen. Door het ervaren van meer klachten (zowel functionele als „niet-functionele”) is het begrijpelijk dat zij uiteindelijk frequenter contact hadden met de arts. Hij concludeerde dat tussen het aantal ervaren klachten en de dispositie voor neurose een positieve samenhang werd gevonden. Een uitspraak over de volgorde van deze relatie heeft *Van der Velden* niet expliciet gedaan.

Wij vragen ons af, mede gezien de resultaten uit dit onderzoek, of niet van een sequentie met vele variabelen zou kunnen worden gesproken. Ten eerste kan men veronderstellen dat een periode van ziekte en klachten invloed heeft op de tendentie om op psychoneurotisch gebied te klagen (hoge ABV-N) en veel klachten te rapporteren op de Klachtenvragenlijst (hoge T kl), als gevolg waarvan men vaker naar de dokter gaat. Een hoge N-score impliceert overigens nog niet dat iemand daarmee een „neuroticus” is geworden of een dispositie voor neurose bezit.

Van Praag noemt vier kenmerken voor de term „neurose”:

- A demonstrable chronic conflict situation which the individual is unable to solve by himself.
- Demonstrable weak spots in the personality structure, which indicate why the conflict situation was not solved.
- The possibility to trace the weak spots in the personality structure to the individual's psychological development.
- The presence of manifest psychopathological symptoms, which the patient recognizes as morbid (e.g. phobia, compulsions, anxiety) or which he experiences as troublesome but nevertheless an integral part of his personality (e.g. marked need for dependency; marked need to oppose superiors).

De ABV meet deze vier kenmerken maar ten dele. Ten tweede kan men veronderstellen dat een „neuroticus” iemand is die meer klaagt, daardoor ook een hogere ABV-N score verkrijgt en ook vaker naar de dokter gaat om te klagen (en wellicht ook vaker „ziek” is).

Wat was er nu het eerste, de periode van ziekte en klachten of de neurotische dispositie? Achter elkaar zijn de volgende relaties genoemd:

1 periode van ziekte of klachten → hogere klaagtendentie → hoge T kl en ABV-N score → vaker naar de dokter;

2 „neuroticus” → hogere klaagtendentie → hoge ABV-N en T kl-score → vaker naar de dokter.

Beide relaties lijken te kunnen worden samengevoegd: periode van ziekte of klachten → hogere klaagtendentie → hoge T kl-score → vaker naar de dokter → ingeval van bestending van hogere klaagtendentie → hoge ABV-N en hoge T kl stabiliseert → dispositie voor neurose → „neuroticus” → hogere klaagtendentie → hoge ABV-N → vaker naar de dokter.

Hypothetisch zou men dan een tweetal aanvangsmomenten kunnen onderscheiden; enerzijds de specifieke, recente klacht die aanleiding geeft tot huisartsbezoek, anderzijds de vage, specifieke klaagtendentie die leidt tot huisartsbezoek. In voortgezet onderzoek zou deze hypothese toetsbaar kunnen worden gemaakt. Het lijkt echter prematuur, zonder een daartoe passende onderzoeksopzet, te besluiten welk aanvangsmoment en welke verklaring met welke klachten en bij welke patiënten de voorkeur verdient.

Tenslotte dient nog te worden vermeld dat in ons onderzoek vrijwel geen relaties tussen sociale extraversie en huisartsbezoek zijn gevonden. *Van der Velden* rapporteerde een correlatie tussen extraversie (ABV) en een score omtrent de tendentie tot het inroepen van medische hulp (meegedeeld in een „geneigheid”-vragenlijst). Bij controle van de werkelijke bezoekcijfers in relatie met de extraversie verdween deze correlatie. Dit is niet verwonderlijk aangezien de desbetreffende vragenlijst een uitspraak vroeg omtrent een soort „actiebereidheid”. Het is bekend dat deze actiebereidheid wel sterk samenhangt met extraversie, maar dat zij niet sterk behoeft samen te gaan met werkelijke activiteiten; met andere woorden tussen zeggen iets te doen en het echt doen bestaan soms grote verschillen.

De extraversie speelde wel bij de groot-gebruikers in de multiple-regressie analyse een rol. In samenhang met de twee neuroticisme-scores bleek de extraversie-score in zekere mate voorspellend te zijn voor frequenter huisartsbezoek. Nadere analyse van de psychoneuroticisme- en extraversie-scores geven hieromtrent uitsluitel. Wanneer de gedachtegang van Gray, vermeld in *Gibson* en *Curran*, wordt gevolgd kan men een „angst”-score berekenen door van de extraversie-score de

neuroticisme-score af te trekken; een lage score (de labiele introvert) impliceert veel angst en een hoge score (de stabiele extravert) geen angst. In dit onderzoek is achteraf deze „angst“-score bij Test 1 in beide consumptiegroepen berekend (de groot-gebruikers zijn meer „angstig“ dan de klein-gebruikers) en per patiënt gecorreleerd met de bezoekcijfers van twee jaar tezamen na Test 1 (november 1973) (derhalve correlatie van E min N, Test 1, met Bezoek I plus Bezoek II). In de groot-gebruikersgroep vindt men dan een correlatie (.22) welke matig significant is ($p < .10$); in de klein-gebruikersgroep is er geen significante correlatie (-0.09). De afgeleide, aspectieve, niet in de tijd omschreven variabele „angst“ (als persoonlijkheidskenmerk) correleert wel bij de groot-gebruikers, maar niet bij de klein-gebruikers.

Resumerend kan worden gesteld dat in volgend onderzoek een aantal hier opgeworpen vragen nader moet worden getoetst. Dit onderzoek bij twee groepen met sterk verschillende medische consumptie suggereert dat waarschijnlijk de besluit-

processen, motieven en redenen, alsmede de bijdragende en verklarende factoren voor een aantal patiënten essentieel verschillend zijn. Wanneer een en ander in volgend onderzoek kan worden bevestigd, zullen hierdoor argumenten ontstaan om bij het diagnostiseren en behandelen van patiënten rekening te houden met deze uiteenlopende factoren, omdat bij sommigen dusdanig preventief te werk kan worden gegaan dat de medische consumptie kan verminderen.

-
- Gibson, H. B. en J. D. Curran (1974) Brit. J. Psychol., 65, 283-291.
 Huygen, F. J. A. (1976) huisarts en wetenschap, 19, 207-213.
 Ploeg, H. M. van der (1976) huisarts en wetenschap 19, 451-456.
 Praag, H. M. van (redacteur). Research in neurosis. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1976.
 Velden, H. G. M. van der. Huisvrouw – huisarts – huisgezin. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1971.

Summary. Study of the relation between family doctor consultation rate and personality traits. II. Family doctor consultation rates. Over a period of two years after dividing a population into high consumers and low consumers, their family doctor consultation rates were registered. These rates proved to be the same for patients with a high and those with a low medical consumption. The relations between consultation rates and personality traits and complaint scores were studied. It was found that the consultation rate of high consumers was hardly predictable on the basis of these variables. The consultation rate of low consumers could be predicted on the basis of the complaint score and the level of psychoneuroticism. When more factors were taken into account in the relations, the trend seemed to be that high consumers consult the family doctor on the basis of certain personality variables. With low consumers, recently experienced and reported complaints were prominent. In the discussion, the differences in consultation rates and related factors, and a possible „causal“ relation between psycho-neuroticism and medical consumption, are further elucidated.

Bibliografie huisartsgeneeskunde

Het Canadese Huisartsen Genootschap kent als service aan de leden de Canadian Library of Medicine. Deze instelling dient ten behoeve van huisartsen als aanvulling op bestaande plaatselijke of universitaire medische bibliotheken. De „Library“ is een dienstverleningsinstituut (geen bibliotheek), dat gevestigd is in de universiteit van Western Ontario, Canada. Men kan er fotocopies van bepaalde artikelen bestellen; men kan vragen om een beknopte literatuuropgave over een bepaald onderwerp, waartoe een catalogus met driehonderd trefwoorden beschikbaar is zoals, afspraakspreekuur – gezinstherapie – probleem oplossen; van elk onderwerp zijn vijf tot twintig recente literatuuropgaven beschikbaar. Men kan ook een advies vragen, zoals „Wat is een goed boek over medische terminologie voor mijn doktersassistente?“ Verder kan er een literatuuronderzoek over een bepaald onderwerp worden gedaan als eerste stap bij een onderzoekproject. Eventueel heeft de „Library“ de mogelijkheid via „Medline“ een volledig literatuuronderzoek per computer te doen. Een andere service van de bibliotheek is het ter beschikking stellen van een paar artikelen (eventueel met dia's) over een onderwerp zoals „ongevalen in de woning“, omdat men bijvoorbeeld volgende week moet spreken op de vereniging van de plattelandsvrouwen. In 1974 heeft de W.O.N.C.A. (World Organisation of National Colleges, Academics

and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) een bibliografie - werkgroep in het leven geroepen, samengesteld uit de vertegenwoordigers van verschillende landen. De opdracht aan de werkgroep was na te gaan in hoeverre het mogelijk zou zijn een internationale bibliografie voor de huisartsgeneeskunde samen te stellen, die regelmatig wordt aangevuld. Voorzitter van de werkgroep, die inmiddels tot commissie is verheven, is I. R. McWhinney, actieve functionaris is Dorothy Fitzgerald, bibliothecaresse van Canadian Library of Family Medicine. Deze commissie heeft inmiddels het nodige werk verzet met als resultaat, dat men nu een regelmatige publikatie – maandelijks of drie maandelijks – voorbereidt van alle literatuur, die er op het gebied van de huisartsgeneeskunde en de eerstelijns gezondheidszorg verschijnt. De lijst is gebaseerd op het systeem van de National Library of Medicine in Washington. Deze instelling geeft de Index Medicus uit, waarin maandelijks de artikelen uit drieduizend medische tijdschriften worden opgesomd (naar auteursnaam, titel en onder een aantal trefwoorden). De op te richten sectie huisartsgeneeskunde zal alle artikelen op het gebied van de huisartsgeneeskunde uit deze drieduizend tijdschriften vermelden met daarnaast alle oorspronkelijke artikelen uit de ongeveer veertig huisartsentijdschriften ter wereld zoals Ohio Family

Physician News, the Singapore Family Physician, Huisarts Nu en Ugeskrift for Laeger. De meeste van deze veertig tijdschriften komen tot nu toe niet op de Index Medicus-lijst voor. Voor het lezen en compileren van deze artikelen zal een speciale kracht moeten worden ingezet. De werkzaamheden zijn in een stadium, waarin de juiste „search-strategy“ voor de computer van de N.L.M. wordt vastgesteld: door de leden van de bibliografie-commissie worden diverse „print-outs“ beoordeeld in hoeverre de gesignaleerde artikelen relevant zijn. Een interessant, maar wel erg omvangrijk werk.

Het lijkt mij dat hier een belangrijke ontwikkeling gaande is. Een goede documentatie van wereldliteratuur op het gebied van de huisartsgeneeskunde zal stellig bijdragen aan de professionalisering van de huisartsgeneeskunde als jonge wetenschap. Een concrete vraag is of W.O.N.C.A. kan rekenen op voldoende afnemers van deze bibliografie, die overigens mijns inziens met een verdergaande service, zoals het regelmatig samenstellen van literatuuroverzichten voor studiedoeleinden, kan worden uitgebreid. Ik meen dat in Nederland in elk geval de U.H.I.'s en vermoedelijk ook het N.H.G., huisarts en wetenschap en dergelijke instellingen bereid zullen worden gevonden tot het nemen van een abonnement. De begrote abonnementsprijs zal \$ 35 jaarlijks bedragen.

Leids Instituut voor
huisartsgeneeskunde

Siem van der Kooij