

6 DE INVLOED VAN NIET-MEDISCHE FACTOREN OP HET CONTACT MET DE HUISARTS

Marga Weide en Dinny de Bakker (Nivel)

6.1 Inleiding

Gewoonlijk is in Nederland de huisarts de eerste tot wie men zich wendt bij klachten over de gezondheid. Hoe lang dat contact duurt en wat er aan interventies in het contact plaatsvindt, kan variëren. De huisarts kan zelf onderzoek doen, laboratoriumdiagnostiek aanvragen, voorlichting geven aan de patiënt, een gesprek voeren met de patiënt, het even aankijken, medicijnen voorschrijven of verwijzen naar een andere hulpverlener. De aard van het gepresenteerde gezondheidsprobleem is vanzelfsprekend in de eerste plaats bepalend voor wat er in het contact gebeurt. Voor sommige gezondheidsproblemen is het door de huisarts gevolgde beleid duidelijk, maar bij veel problemen is er een aanzienlijke beslissingsruimte. De mate waarin deze beslissingsruimte wordt bepaald door niet-medische factoren, is het onderwerp van dit hoofdstuk.

Inzicht in factoren die van invloed zijn op tijdsduur en inhoud van het contact tussen huisarts en patiënt is van belang voor de vraag hoe het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen zich in de toekomst gaat ontwikkelen. Dat gebruik wordt namelijk mede bepaald door de wijze waarop het samenspel tussen arts en patiënt zich ontwikkelt. De patiënt van de toekomst is vermoedelijk een andere dan die van het heden. Zo zal de patiënt van de toekomst gemiddeld hoger opgeleid en in samenhang daarmee beter geïnformeerd en mondiger zijn. Daarnaast krijgt een arts steeds vaker te maken met allochtone patiënten. Ook de huisarts van morgen zal niet dezelfde zijn als die van vandaag. Jongere huisartsen hebben andere opvattingen over hun vak en over hun houding ten opzichte van patiënten dan oudere huisartsen. Er blijken verder verschillen te bestaan in de manier waarop vrouwelijke en mannelijke huisartsen hun patiënten benaderen, en in de toekomst zullen er meer vrouwelijke artsen zijn. De verschillen in opvatting kunnen samenhangen met de situatie waarin men werkt. Ook deze situatie zal in de toekomst veranderen. Nu werkt nog de helft van de huisartsen in een solo-praktijk. In de toekomst zal dat veranderen, doordat huisartsen steeds vaker part-time werken, onder andere als gevolg van het feit dat er steeds meer vrouwen in het beroep komen.

Niet-medische factoren kunnen een rol spelen aan de kant van de huisarts, aan de kant van de patiënt en in de interactie tussen beiden tijdens het contact. Op deze drie aspecten zal nader worden ingegaan.

Aan de kant van de patiënten bestaan er verschillen in de wijze waarop zij hun klachten aan de huisarts presenteren. De een zal dit doen in termen van min of meer vage symptomen, de ander zal al een vast omlijnd beeld hebben van wat hij of zij denkt dat er aan de hand is. De een zal de keuze voor een behandeling aan de arts overlaten, een ander zal direct vragen om een bepaald onderzoek, een voorschrift of een verwijzing. Het gedrag van de patiënt tijdens het contact wordt in de eerste plaats bepaald door de doelstellingen van die patiënt. Het bevorderen of het herwinnen van gezondheid hoeft hierbij niet de enige doelstelling te zijn (Groenewegen 1995). Reductie van angst of onzekerheid of legitimering van verzuim kunnen andere doelstellingen zijn. Dat andere doelstellingen een rol spelen, komt voort uit het feit dat steeds meer maatschappelijke fenomenen benaderd worden vanuit het perspectief van ziekte. Dit verschijnsel wordt aangeduid met de term 'medicalisering' (Mol en Van Lieshout 1989; Laeyendekker 1990). Patiënten kunnen daarnaast verschillen in de hun ter beschikking staande hulpbronnen, zoals informatie over het door hen ervaren gezondheidsprobleem en de ter beschikking staande oplossingswegen. Professionele kennis verspreidt zich in toenemende mate over de bevolking (dit proces wordt wel aangeduid met 'protoprofessionalisering', zie b.v. Oosterbaan en Zeldenrust 1985). Hoger opgeleide patiënten beschikken vaak over een zekere mate van kennis, en dat geldt nog sterker voor patiënten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg of relaties hebben die dat zijn.

Los van de kenmerken van patiënten bestaat er variatie tussen huisartsen in de manier waarop zij hun vak uitoefenen. Dit komt tot uiting in variatie in aantallen verwijzingen en voorschriften tussen huisartsen, zonder dat daar een aanwijsbare medische verklaring voor is, als ook in verschillen in communicatiestijl tussen huisartsen. Deze variatie komt ten dele voort uit verschillen tussen artsen in de wijze waarop zij over hun vak denken. Een arts die zichzelf in de eerste plaats als de autoriteit ziet, zal anders met zijn patiënten omgaan dan een meer democratisch ingestelde arts, die openstaat voor zijn patiënten. De opvatting van de arts over wat tot zijn taak behoort en wat tot de taak van de specialist, zal invloed hebben op de mate waarin hij patiënten zelf behandelt dan wel verwijst. Een zelfverzekerde, zich competent voelende arts zal meer geneigd zijn risico's te nemen en dus minder snel onderzoek laten doen of verwijzen dan een arts die minder zeker is van de diagnoses die hij of zij stelt. Kortom, ook aan de kant van de arts spelen niet-medische factoren een rol. De primaire doelstelling van de arts zal bevordering van de gezondheid van de patiënt zijn. Daarnaast kan ook het tevreden stellen van de patiënt een doelstelling zijn, wat niet hetzelfde is als bevordering van de gezondheid (denk aan het voorschrijven van een placebo). Sociale waardering van collega's, bij voorbeeld door het conformeren aan professionele standaarden, is een derde mogelijke doelstelling. Ten slotte dient als een mogelijke doelstelling genoemd het streven naar vrije tijd of, beter, het binnen aanvaardbare grenzen houden van de werkdruk. Deze doelstellingen kunnen, maar zullen lang niet altijd conflicteren. De doelstelling om de patiënt tevreden te stellen kan in conflict komen met de professionele standaard als de patiënt een recept wil, maar juist overeenkomen als de patiënt goede voorlichting wenst.

Uit een onderzoek naar de relatie tussen wat uitspraken van huisartsen over de gezondheid van patiënten en de manier waarop zij deze uitspraken presenteren. Het onderzoek is uitgevoerd door de auteurs van dit artikel. De resultaten zijn te vinden in de literatuur.

De mate waarin deze doelstellingen worden nagestreefd, hangt af van de omstandigheden waarin men verkeert, de opleiding die men heeft gehad, enzovoort. In een groepspraktijk staat het verkrijgen van waardering van collega's meer op de voorgrond dan in een solopraktijk. Hierdoor krijgen in een solopraktijk automatisch andere doelstellingen meer gewicht.

De niet-medische factoren aan de kant van de huisarts en de patiënt werken op elkaar in. Wat in een huisartscontact gebeurt, wordt immers in belangrijke mate bepaald door de interactie tussen patiënt en arts in hun onderlinge contacten. Een patiënt die in hoge mate op de arts vertrouwt in combinatie met een zelfverzekerde, zich in hoge mate competent voelend arts zal een ander gebruik van zorgvoorzieningen hebben dan een veeleisende, gemedicaliseerde, assertieve patiënt in combinatie met een democratisch georiënteerde arts, die minder geneigd is zijn onzekerheden te verbergen. Is het in het ene consult dus vooral de huisarts die bepaalt wat er gebeurt, in een ander consult zal wat er gebeurt uitkomst zijn van een onderhandelingsproces tussen huisarts en patiënt. De Swaan (1982) spreekt in dit verband van de overgang van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding.

Of onderhandeling plaatsvindt, zal afhangen van de aard van het gepresenteerde gezondheidsprobleem (Groenewegen 1995). Naarmate dat urgenter is, zullen bredere doelstellingen aan de kant van de arts en de patiënt minder een rol spelen. Het is dan vooral de diagnose die bepaalt wat er gebeurt (Delnoij 1994). Doelstellingen van arts en patiënt zullen dan goed met elkaar sporen en onderhandeling zal nauwelijks plaatsvinden.

Onderhandeling zal ook minder snel plaatsvinden naarmate een huisarts bepaalde door de patiënt gevraagde verrichtingen toch al standaard verricht. Een huisarts die snel geneigd is naar de specialist te verwijzen of een recept voor te schrijven zal hierover weinig hoeven te onderhandelen met zijn patiënten, dit ondanks de zeer verschillende doelstellingen van huisarts en patiënt. Bij de huisarts zal het wellicht gaan om de doelstelling het spreekuur niet uit te laten lopen, terwijl de patiënt gerustgesteld wil worden, liefst na uitgebreid medisch onderzoek door een specialist, dan wel gelegitimeerd wil worden in zijn ziek zijn met een medicijnrecept. Verondersteld kan worden dat bij huisartsen die minder snel voorschrijven of verwijzen, hoger opgeleide patiënten eerder 'de strijd' zullen aangaan dan wel als 'overwinnaar' uit die strijd zullen komen.

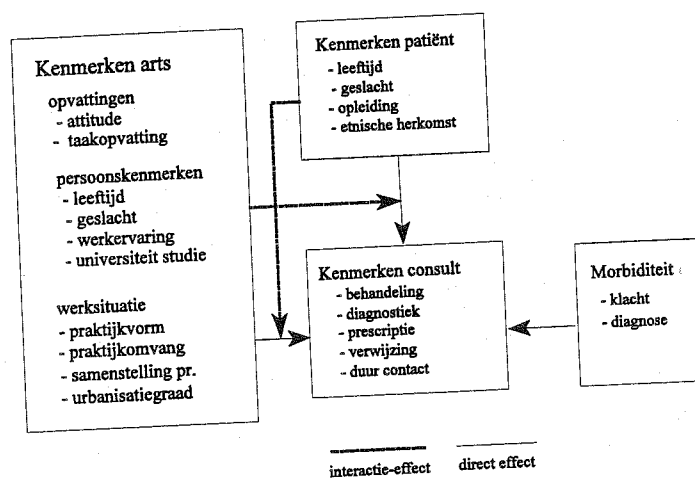
Hetzelfde verschijnsel geldt voor artsen die standaard voorlichting geven aan de patiënt, snel bereid zijn een therapeutisch gesprek aan te gaan en dus meer de tijd nemen voor hun patiënten. Bij deze artsen hoeft de patiënt niet om informatie of aandacht te vragen. De 'strijd' om informatie en aandacht zal zich juist afspelen bij huisartsen die niet standaard voorlichting over klacht en diagnose geven. Ook hier kan worden verondersteld dat hoger opgeleiden beter in staat zullen zijn de aandacht van de huisarts voor zich op te eisen.

In deze redeneringen wordt er steeds van uitgegaan dat de additionele doelstellingen van de patiënt ertoe leiden dat om meer verrichtingen (meer voorlichting, gesprek, verwijzingen, recepten) wordt gevraagd van de huisarts dan uit medisch oogpunt noodzakelijk is. Hoewel het in principe legitiem is te

veronderstellen dat doelstellingen als onzekerheidsreductie en legitimering van ziekte tot meer medisch ingrijpen zullen leiden, is het omgekeerde natuurlijk ook mogelijk. De geïnformeerde patiënt kan bij een veel voorschrijvende arts prescriptie 'tegenhouden' bij voorbeeld door te vragen naar de bijwerking van medicijnen. Aangenomen kan echter worden dat dat in een situatie waarin men niet hoeft te betalen voor medicijnen niet vaak zal voorkomen; men zal er eerder voor kiezen om overbodig geachte medicijnen niet in te nemen.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre wat in het huisartscontact gebeurt, wordt bepaald door factoren die niet direct te maken hebben met de aard van het gepresenteerde gezondheidsprobleem. Aan de kant van de huisarts wordt in de eerste plaats gekeken naar de opvattingen van de huisarts in samenhang met zijn/haar persoonskenmerken en de kenmerken van de werksituatie. Aan de kant van de patiënt worden achtergrondkenmerken als etnische herkomst en opleidingsniveau in de analyse betrokken. De interactie tussen huisarts en patiënt, ofwel de vraag of huisartsen verschillen in hun behandeling van patiënten onderscheiden naar opleiding, etnische herkomst enzovoort, komt daarbij ook aan de orde. De verschillende elementen uit het onderzoek zijn in een analysemodel geplaatst in figuur 6.1.

Figuur 6.1 Analysemodel arts-patiëntinteractie



Het betoog in dit hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van drie vraagstellingen.

- Welke verschillen in opvattingen tussen huisartsen bestaan er aangaande hun werk en met welke persoonskenmerken van huisartsen en hun werksituatie hangen deze samen?

Ook blijkt uit onderzoek dat uiteindelijk niet meer of minder belang wordt toegekend aan de werksituatie van de huisarts. Ook blijkt dat de werksituatie van de huisarts niet meer of minder belangrijk wordt gevonden dan de werksituatie van de patiënt. Ook blijkt dat de werksituatie van de huisarts niet meer of minder belangrijk wordt gevonden dan de werksituatie van de patiënt. Ook blijkt dat de werksituatie van de huisarts niet meer of minder belangrijk wordt gevonden dan de werksituatie van de patiënt.

- Hoe werken verschillen in opvattingen tussen en persoonskenmerken van huisartsen, en kenmerken van hun werksituatie door op de beroepsuitoefening en met name in het contact tussen huisarts en patiënt?
- Wat is de invloed van achtergrondkenmerken van patiënten op het contact met de huisarts en hoe hangt die samen met kenmerken van de huisarts?

De vraagstellingen worden beantwoord op basis van een secundaire analyse van gegevens uit de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In paragraaf 6.2 wordt meer informatie gegeven over dit materiaal, waarin het mogelijk is te controleren voor verschillen in gepresenteerde morbiditeit. Daarna worden in paragrafen 6.3, 6.4 en 6.5 achtereenvolgens de drie vraagstellingen behandeld. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing.

6.2 De gebruikte gegevensbron: de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

De gegevens uit de Nationale studie zijn verzameld in 1987/'88 bij 161 huisartsen in 103 praktijken met 335.000 ingeschreven patiënten. De huisartsen zijn afkomstig uit een aselechte steekproef van artsen die op 1 januari 1985 als huisarts in Nederland waren gevestigd. De steekproef is disproportioneel gestratificeerd getrokken, met als stratificatiecriteria urbanisatiegraad, regio en afstand tot het ziekenhuis.

Voor een uitgebreide verantwoording van steekproeftrekking en methoden in de Nationale studie wordt verwezen naar Foets en Van der Velden (1990) en Bensing et al. (1991). Hier wordt de bespreking beperkt tot de voor dit hoofdstuk relevante gegevens.

Centraal in de studie is een drie maanden durende registratie van contacten ($n = 386.000$) in de huisartspraktijk. Per contact is een aantal kenmerken van het contact (duur, spreekuur/visite, initiatiefnemer e.d.) geregistreerd, alsmede gegevens over de door de patiënt verwoorde contactredenen, de werkdiagnose van de huisarts en de verrichtingen door de huisarts. Contactredenen en diagnoses van de huisarts zijn centraal gecodeerd volgens de *International classification of primary care* (ICPC; Lamberts en Woods 1987). De volgende verrichtingen zijn geregistreerd:

- behandeling door de huisarts zelf (zowel medisch-technische verrichtingen als meer gespreksmatige items als gespreksvoering, voorlichting en even aankijken);
- diagnostiek in eigen praktijk en elders aangevraagd;
- prescriptie van medicijnen (produkt, dosering en hoeveelheid);
- verwijzingen naar de medisch specialist, alsmede wie het initiatief tot de verwijzing heeft genomen (huisarts of patiënt);
- eventuele vervolgafspraken.

Daarnaast bevat de Nationale studie uitgebreide gegevens over kenmerken van de arts, verkregen via een huisartsenquête. In deze huisartsenquête zijn onder meer schalen opgenomen over opvattingen van de huisarts (Foets et al. 1991). Van een aantal van deze schalen wordt in dit hoofdstuk gebruikgemaakt.

Ten slotte is een aantal sociaal-demografische achtergrondgegevens van de bij de

arts ingeschreven patiënten verzameld. Deze sociaal-demografische gegevens zijn verkregen door middel van een korte vragenlijst onder alle bij de huisarts ingeschreven patiënten. De respons op deze vragenlijst was 91%. Leeftijd en geslacht zijn voor vrijwel alle patiënten bekend. Sociaal-demografische kenmerken die verder in dit hoofdstuk worden gebruikt, zijn het hoogst behaalde opleidingsniveau (onderscheiden in geen of lager onderwijs, voortgezet of middelbaar onderwijs en hoger beroeps- of universitair onderwijs) en de etnische herkomst (op basis van de nationaliteit, de nationaliteit van de ouders en het geboorteland).

6.3 Opvattingen van huisartsen

6.3.1 Inleiding

Zoals in de inleiding gesteld, verschillen huisartsen in opvattingen over de wijze waarop hun beroep dient te worden uitgeoefend. Die opvattingen kunnen verschillen op een aantal aspecten. In de eerste plaats is het een bekend gegeven dat huisartsen verschillen in de mate waarin zij bepaalde onderdelen van de beroepsuitoefening tot hun taak rekenen. We zien dat bij voorbeeld bij kleine chirurgische ingrepen, waarbij sommige huisartsen standaard verwijzen en anderen de verrichting zelf doen. Dergelijke taakopvattingen blijken hardnekkig, want zelfs als kleine chirurgische verrichtingen apart worden gehonoreerd, blijken huisartsen slechts in geringe mate ertoe over te gaan patiënten zelf te behandelen in plaats van te verwijzen (Delnoij et al. 1992). Een tweede aspect waarop huisartsen verschillen, is de mate waarin zij ruimte bieden aan inbreng van de patiënt. Al heeft de huisarts de witte jas in de jaren zeventig aan de wilgen gehangen, toch is er nog een aanzienlijke variatie in de mate waarin huisartsen een democratische houding tegenover de patiënt aannemen (Verhaak 1984; De Maeseneer 1990a en 1990b). Huisartsen verschillen ook qua geneigdheid om risico's te nemen, bij voorbeeld bij het aanvragen van externe diagnostiek, het behandelen van patiënten dan wel het nog even aankijken en het al dan niet voorschrijven of verwijzen (Mokkink et al. 1986). In samenhang daarmee kunnen verschillen in opvatting bestaan over de wenselijkheid van medisch ingrijpen in de vorm van het voorschrijven van antibiotica versus genezing langs natuurlijke weg. Dergelijke cultuurverschillen komen ook tot uiting als men de Nederlandse huisarts beziet in internationaal perspectief. Vergeleken met huisartsen in andere Europese landen schrijft de Nederlandse huisarts weinig medicijnen voor en ligt ook het verwijscijfer beneden het gemiddelde. Voor wat betreft de inbreng van de patiënt vinden in Nederland meer dan in andere landen verwijzingen plaats onder invloed van de patiënt (Fleming 1993). De beroeps cultuur van de Nederlandse huisartsen komt ook naar voren uit de standaarden van het Nederlands huisartsengenootschap. De in deze standaarden neergelegde richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig handelen ademen een sfeer van zo veel mogelijk behandelen door de huisarts zelf in plaats van verwijzen, en meer algemeen terughoudendheid met voorschrijven en verwijzen (Rutten en Thomas 1993).

zich niet gezonder dan mensen die gezondheidszorg vinden, maar dat uiteindelijk niet meer of minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste landen te zijn gelijk. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste landen te zijn gelijk. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste landen te zijn gelijk.

In deze paragraaf worden verschillen in opvattingen tussen huisartsen beschreven. Nagegaan wordt of er sprake is van typen huisartsen, gekenmerkt door specifieke combinaties van opvattingen. Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre eventuele typen huisartsen verschillen op structurele kenmerken van de huisarts zelf (geslacht, leeftijd en ervaring), de praktijk (solo-, duo-, groepspraktijk of gezondheidscentrum), de urbanisatiegraad van de praktijkomgeving en de grootte en samenstelling van de praktijkpopulatie.

6.3.2 Methode

Operationalisatie begrippen

Op basis van het voorgaande zijn uit het gegevensbestand van de Nationale studie de volgende opvattingen en attitudes geselecteerd:

- democratische houding tegenover de patiënt;
- de breedte van de taakopvatting op psychosociaal vlak;
- de breedte van de taakopvatting op somatisch vlak;
- de bereidheid risico's te nemen;
- de geneigdheid een geneesmiddel voor te schrijven;
- de mate waarin de arts zelf medisch-technische verrichtingen uitvoert (dit is in feite een gedragskenmerk, maar zegt ook iets over de taakopvatting van de arts).

De opvattingen en attitudes zijn gemeten door de arts een aantal vragen te stellen die te zamen de betreffende opvatting representeren. Bij de meeste vragen waren vijf antwoorden mogelijk. Vragen die samen één opvatting representeren, vormen een schaal. De opvatting van een arts wordt weergegeven door de gemiddelde antwoordscore op de vragen die samen de opvattingsschaal vormen. Voor een overzicht van de vragen die de verschillende opvattingen representeren, wordt verwezen naar Foets et al. (1991).

Naast deze opvattingen, is gebruikgemaakt van de volgende kenmerken.

Persoonskenmerken:

- geslacht;
- leeftijd;
- ervaring (jaar van afstuderen, jaar van vestiging);
- universiteit van afstuderen;
- part-time (minder dan 1 fte)/full-time (1 fte) werken.

Werk situatie:

- praktijkvorm (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, gezondheidscentrum);
- urbanisatiegraad (ruraal, suburbaan, urbaan, grote stad);
- praktijkgrootte;
- samenstelling praktijkpopulatie (percentages 0-4-jarigen, ouderen boven de 75 jaar, laag opgeleiden, werklozen en allochtonen).

Analyses

Om te onderzoeken in hoeverre de artsen op basis van hun opvattingen en attitudes te typeren zijn, is een clusteranalyse uitgevoerd. Met behulp van deze

techniek worden op basis van deze opvattingen clusters huisartsen gevormd die wat hun scores betreft zo veel mogelijk op elkaar lijken en zo min mogelijk op de andere (clusters van) huisartsen.

Om te controleren hoe 'goed' de typering op basis van de clusteranalyse nu eigenlijk is, is als vervolg hierop een discriminantanalyse uitgevoerd. Onderzocht is in welke mate de opvattingen en attitudes die opgenomen zijn in de clusteranalyse, een bijdrage leveren aan het onderscheiden van de clusters. Daarnaast is gecontroleerd in hoeverre de onderzoekseenheden op basis van hun opvattingen inderdaad bij de 'juiste' groep worden ingedeeld.

Ten slotte is met behulp van variantie- en kruistabelanalyse onderzocht in hoeverre de artsen zich op structurele kenmerken en kenmerken van de praktijkpopulatie van elkaar onderscheiden.

6.3.3 Typering huisartsen

Hierna worden eerst enkele beschrijvende gegevens van de schalen gepresenteerd. Vervolgens worden de resultaten van de clusteranalyse en de discriminantanalyse besproken.

Beschrijvende gegevens schalen

In tabel 6.1 zijn de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de huisartsen op de opvattingenschalen weergegeven.

Tabel 6.1 Gemiddelde scores (gem.) en standaarddeviaties (sd.) huisartsen op de opvattingenschalen, 1987/88

	gem.	sd.	range
democratische houding	3,3	0,57	1-5
taakopvatting psychosociaal	3,4	0,48	1-5
taakopvatting somatisch	3,9	0,44	1-5
risico's nemen	3,1	0,69	1-5
voorschrijfgeneigdheid	2,6	0,52	1-5
medisch-technische verrichtingen	2,9	0,80	1-4

(n = 161)

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Huisartsen verschillen in hun opvattingen over hun beroep. Dat blijkt uit de spreiding van de scores op de verschillende schalen. Er zijn bij voorbeeld huisartsen die zelf geen medisch-technische verrichtingen uitvoeren, terwijl anderen wel veel zelf doen. Ook wat betreft de bereidheid risico's te nemen zijn er duidelijke verschillen. De verschillen in houding van artsen tegenover hun patiënten en in hun geneigdheid een geneesmiddel voor te schrijven, zijn wat kleiner. In hun taakopvattingen op psychosociaal en somatisch terrein verschillen de artsen het minst. Van de voorgelegde activiteiten vindt vrijwel niemand dat ze helemaal niet tot de taak van de huisarts behoren. Taakopvattingen variëren van

zich niet gezonder dan mensen die gezondheidszorg minder belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste gevallen niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste gevallen niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste gevallen niet zo belangrijk vinden.

'behoort nauwelijks/enigszins tot de taak van de huisarts' tot 'behoort volledig tot de taak van de huisarts'.

Clusteranalyse

Vijf huisartsen zijn niet in de clusteranalyse meegenomen, omdat ze op een of meer van de schalen geen score hadden. De analyse is dus uitgevoerd op 156 huisartsen.

Uit de clusteranalyse komt geen duidelijk optimaal aantal clusters naar voren. Om redenen van datareductie en helderheid is gekozen voor twee clusters. De artsen zijn goed over deze clusters verdeeld: 58% bevindt zich in het eerste cluster, 42% in het tweede cluster. In tabel 6.2 worden per cluster de gemiddelde scores in opvattingen weergegeven en wordt aangegeven of deze score significant boven of onder het algemeen gemiddelde ligt (bij een tweezijdige toetsing op 5%-niveau).

Tabel 6.2 Resultaten clusteranalyse: gemiddelde score (gem.) opvattingen huisartsen per cluster en afwijking (afw.) van het gemiddelde van de totale groep, 1987/88

cluster	cluster 1		cluster 2		totaal
	gem.	afw.	gem.	afw.	
aantal huisartsen	90		66		156
democratische houding	3,6	+	2,9	-	3,3
taakopvatting psychosociaal	3,5	+	3,1	-	3,3
taakopvatting somatisch	4,1	+	3,7	-	3,9
risico's nemen	3,4	+	2,8	-	3,1
voorschrijfgeneigdheid	2,4	-	2,8	+	2,6
medisch-technische verrichtingen	3,0	0	2,7	0	2,9

- + positieve afwijking van gemiddelde totale groep; tweezijdig getoetst 5%-niveau
- negatieve afwijking van gemiddelde totale groep; tweezijdig getoetst 5%-niveau
- 0 geen afwijking van gemiddelde totale groep; tweezijdig getoetst 5%-niveau

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Tabel 6.2 laat zien dat de huisartsen in de twee clusters duidelijk in opvattingen verschillen. Slechts wat medisch-technische verrichtingen betreft wijken beide groepen artsen niet af van het algemene gemiddelde. De huisartsen in cluster 1 kenmerken zich door een relatief democratische houding tegenover hun patiënten, een brede taakopvatting, zowel op psychosociaal als somatisch terrein en een grote bereidheid risico's te nemen. Ze zijn verder niet zo snel geneigd een geneesmiddel voor te schrijven. De artsen in cluster 2 scoren op al deze kenmerken tegenovergesteld: ze zijn minder patiëntgericht, hebben een minder brede taakopvatting en zijn minder bereid risico's te nemen, terwijl ze sneller geneigd zijn een recept uit te schrijven. Wanneer deze bevindingen worden gelegd naast de standaarden van het Nederlands huisartsengenootschap (NHG) als richtlijn voor wat op dit moment de 'norm' is in de huisartspraktijk - brede

6.3.4 Opvattingen van de huisarts, persoonskenmerken en kenmerken van de werksituatie

Nadat vastgesteld is dat huisartsen op basis van hun taakopvatting en attitudes ingedeeld kunnen worden in verschillende typen, is het van belang te onderzoeken met welke structurele kenmerken van de huisarts deze typologie samenhangt. Hierna worden de resultaten achtereenvolgens besproken voor persoonskenmerken en kenmerken van de werksituatie. Omdat van twee huisartsen, een moderne en een traditionele arts, deze kenmerken ontbraken, zijn de analyses uitgevoerd op 154 huisartsen.

Persoonskenmerken

In de onderzoeksgroep van huisartsen bevinden zich maar weinig vrouwen: van de 154 zijn dit er slechts 24 (16%). Mannen en vrouwen zijn evenredig over de twee typen artsen verdeeld. Vrouwelijke artsen hebben dus globaal gesproken geen andere opvattingen over hun werk dan mannelijke huisartsen, hoewel zoals gezegd het aantal vrouwen waarop deze uitspraak is gebaseerd klein is.

De twee typen artsen verschillen wel duidelijk in leeftijd en ervaring (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4 Gemiddelden (gem.) en standaarddeviaties (sd.) leeftijd en ervaring per type arts, 1987/88

type huisarts	modern		traditioneel		totaal		F-toets	sign.
	gem.	sd.	gem.	sd.	gem.	sd.		
aantal huisartsen	89		65		154			
leeftijd	39,5	6,4	45,2	8,2	41,9	7,7	23,9	0,00
jaar afstuderen	74,3	6,6	69,6	8,4	72,4	7,7	15,1	0,00
jaar vestiging	77,2	6,9	72,5	8,5	75,2	8,0	14,2	0,00

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Moderne artsen zijn gemiddeld jonger dan traditionele artsen (39,5 tegenover 45,2 jaar) en hebben dan ook minder ervaring. De moderne artsen zijn gemiddeld later afgestudeerd en hebben zich later gevestigd dan de traditionele artsen. Deze kenmerken hangen - vanzelfsprekend - sterk met elkaar samen.

De meeste huisartsen zijn afgestudeerd in Groningen (27%), gevolgd door Nijmegen (18%), Leiden (15%) en Utrecht (12%). Bij de overige vier universiteiten (Amsterdam VU en UvA, Maastricht en Rotterdam) is minder dan 10% van de artsen afgestudeerd. Of iemand een moderne of traditionele arts is, hangt niet samen met de plaats waar hij/zij is afgestudeerd.

Van de 154 artsen werken er 34 part-time (22%). Het betreft 17 mannen en 17 vrouwen. Verhoudingsgewijs werken vrouwelijke huisartsen dus aanzienlijk vaker part-time dan mannelijke huisartsen (71% tegenover 13%). Er bestaat geen samenhang tussen het type arts en part-time of full-time werken.

Werkssituatie

Bij de werksituatie gaat het in de eerste plaats om de soort praktijk waarin men zich bevindt (solo-, duo-, groepspraktijk of gezondheidscentrum). Daarnaast is de lokatie van de praktijk van belang. Opvattingen blijken duidelijk samen te hangen met de soort praktijk waarin men werkt ($\chi^2 = 14,6$, $df = 3$, $p = 0,00$). Moderne artsen werken vaker in groepspraktijken en gezondheidscentra dan traditionele artsen. In tabel 6.5 wordt een overzicht gegeven.

Tabel 6.5 Praktijkvorm per type arts, 1987/88 (in absolute getallen en procenten)

	modern		traditioneel		totaal	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
solopraktijk	(21)	24	(29)	45	(50)	33
duopraktijk	(30)	34	(26)	40	(56)	36
groepspraktijk	(25)	28	(7)	11	(32)	21
gez.centrum	(13)	14	(3)	4	(16)	10
totaal	(89)	100	(65)	100	(154)	100

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Tabel 6.5 laat zien dat over het geheel genomen 33% van de huisartsen alleen werkt, 36% in een duopraktijk, 21% in een groepspraktijk en 10% in een gezondheidscentrum. Traditionele artsen werken voornamelijk in een solo- of duopraktijk; slechts 15% van deze artsen is werkzaam in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Moderne artsen werken juist relatief weinig als solist (24%) en relatief veel in een groepspraktijk of gezondheidscentrum (42%).

Van de huisartsen heeft slechts 6% zijn/haar praktijk in een grote stad en nog eens 14% in een verstedelijkt gebied. Verreweg de meeste huisartsen zijn werkzaam in een kleinere stad of dorp (beide 40%). Dit geldt zowel voor modern als voor traditionele artsen. Zij verschillen gemiddeld dus niet wat betreft de urbanisatiegraad van hun praktijkomgeving.

Tot de werksituatie worden ook de omvang en samenstelling van de praktijkpopulatie gerekend. Deze hebben een belangrijke invloed op de werklust van de huisarts.

De twee typen artsen hebben gemiddeld evenveel patiënten (niet in tabel), maar zijn wel verschillen in de samenstelling van hun praktijkpopulatie (zie tabel 6.6

zich niet gezonder dan mensen die gezondheid minder belangrijk vinden. Ook blijkt dat mensen die gezondheid minder belangrijk vinden wel zeggen dat zij met bepaalde klachten de arts zullen raadplegen, maar dat uiteindelijk niet meer of minder van belang is. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de praktijk minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de praktijk minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden.

Tabel 6.6 Gemiddelden (gem.) en standaarddeviaties (sd.) praktijkpopulatie per type arts, 1987/88

type huisarts	modern		traditioneel		totaal		F-toets	sign.
	gem.	sd.	gem.	sd.	gem.	sd.		
aantal huisartsen		89		65		154		
% 0-4-jarigen	7,4	3,1	6,1	2,0	6,9	2,7	8,1	0,01
% 75-plussers	5,2	3,1	5,1	2,5	5,2	2,9	0,1	0,72
% laag opgeleiden	14,8	6,0	17,1	6,6	15,8	6,3	5,2	0,02
% werklozen	4,9	2,6	4,8	2,1	4,9	2,4	0,0	0,95
% allochtonen	1,8	2,0	2,4	2,6	2,1	2,3	3,2	0,08

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk

Moderne artsen hebben verhoudingsgewijs meer kinderen onder de vier jaar in hun patiëntenbestand, terwijl traditionele artsen meer laag opgeleide en buitenlandse patiënten hebben.

6.3.5 Conclusies

In de praktijk kunnen globaal twee typen huisartsen onderscheiden worden, die duidelijk verschillen in taakopvattingen en attitudes: een modern en een traditioneel type. De moderne arts vindt het belangrijk dat de patiënt goed geïnformeerd wordt, meent dat de huisarts voor een breed scala aan klachten op psychisch en somatisch terrein de juiste persoon is en wacht bij onzekerheid liever even af, dan meteen nader onderzoek te (laten) doen. De moderne arts is relatief jong (gemiddeld 40 jaar), is midden jaren zeventig afgestudeerd en werkt voor het merendeel in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. De traditionele arts is wat minder patiëntgericht en vindt juist veel psychische en somatische problemen meer tot het terrein van de specialist dan dat van de huisarts behoren. Dit type arts neemt eerder het zekere voor het onzekere en lijkt wat gemakkelijker dan de moderne arts een geneesmiddel voor te schrijven. Traditionele artsen zijn wat ouder dan moderne artsen (ze zijn gemiddeld 45 jaar), zijn gemiddeld eind jaren zestig afgestudeerd en werken vooral in een solo- of duopraktijk. Er zijn dus twee duidelijke profielen.

Deze twee typen artsen verschillen enigzins wat betreft de samenstelling van hun praktijkpopulatie. Moderne artsen hebben een hoger percentage patiëntjes onder de vier jaar, traditionele artsen wat meer laag opgeleide en buitenlandse patiënten. In paragraaf 6.4 wordt behandeld in hoeverre deze profielen terug te vinden zijn in de praktijk, dat wil zeggen in hoeverre de twee typen huisartsen verschillen in de tijd die ze besteden aan spreekuren en visites en in hun handelen tijdens het spreekuurconsult.

6.4 Het handelen van de huisarts in relatie tot zijn opvattingen

6.4.1 Inleiding

Elk consult bestaat in principe uit dezelfde cyclus. De patiënt komt met een klacht, de arts stelt een (voorlopige) diagnose op basis van het gesprek met de patiënt en eventueel nadere diagnostiek, legt uit wat er aan de hand is, geeft advies, schrijft een recept uit of verwijst de patiënt door. Hoe het consult precies verloopt en hoelang het duurt, hangt af van de gepresenteerde klacht(en), van de patiënt en van de huisarts zelf.

De hoeveelheid anamnese en lichamelijk onderzoek hangt sterk samen met de aard van de klacht (Tielens et al. 1986). Bij sommige klachten, zoals hoofdpijn, kan de arts via een uitvoerige anamnese al een goed beeld krijgen van de mogelijke oorzaken, zodat het lichamelijk onderzoek beperkt kan blijven. Bij andere klachten zal zowel het lichamelijk onderzoek beperkt blijven. Dit is ook van invloed op de duur van het consult. Consulten duren langer bij klachten met een langdurige diagnostiek en uitgebreid lichamelijk onderzoek (Mokkink et al. 1993), bij psychosociale klachten en wanneer het meer dan een klacht betreft (Verhaak 1986a; Mokkink et al. 1993).

Behalve de klacht, is ook de patiënt van invloed op het verloop van het consult en het voorschrijf- en verwijsgedrag van de huisarts (Verhaak 1986a; Webb en Lloyd 1994). Dit zal in de volgende paragraaf nog uitvoerig aan de orde komen (zie § 6.5.1).

Ten slotte is de huisarts zelf een belangrijke factor in het geheel. Zoals in de inleiding al is gezegd, verschillen huisartsen in de wijze waarop ze met hun patiënten communiceren, in hun aanpak van medische problemen en in hun verwijs- en voorschrijfgedrag, ook na controle voor verschillen in morbiditeit en praktijkpopulatie. Over de communicatie tussen huisarts en patiënt is al zeer veel geschreven. Er wordt hier niet uitgebreid op deze omvangrijke literatuur ingegaan; voor een recent en uitgebreid overzicht wordt verwezen naar Ong et al. (1995). Globaal kan onderscheid gemaakt worden tussen een benadering waarbij het gesprek vooral door de huisarts wordt gestuurd en een benadering waarin de arts de patiënt meer aan het woord laat. Het onderscheid kan teruggevoerd worden op het verschil tussen een instrumentele en een affectieve benadering: de eerste heeft vooral het stellen van de diagnose en het oplossen van het ziekteprobleem tot doel, de tweede is gericht op het tot stand brengen van een goede relatie met de patiënt (Bensing 1991). De wijze van communiceren is van invloed op de duur van het consult: een patiëntgerichte benadering kost meer tijd (Verhaak 1986b; Hofmans-Okkes 1991). Behalve in communicatiestijl, verschillen artsen ook in hun aanpak van medische problemen, vooral waar het medische problemen betreft waarover weinig wetenschappelijke kennis bestaat (b.v. acute keelpijn, kinderen met koorts; Thomas 1994). Daarnaast verschillen ze in de mate waarin ze externe diagnostiek aanvragen (Zaat et al. 1991), in voorschrijfgedrag en in verwijsgedrag (Kersten 1991; Gloerich en Van der Zee 1992).

zich niet gezonder dan mensen die gezondheid minder belangrijk vinden. Ook blijkt dat mensen die gezondheid minder belangrijk vinden wel zeggen dat zij met bepaalde klachten de arts zullen raadplegen, maar dat uiteindelijk niet meer of minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste gevallen minder te zijn bij mensen die gezondheid minder belangrijk vinden (Ong, 1995; van den Broek, 1995).

Het handelen van huisartsen hoeft niet altijd overeen te komen met hun opvattingen en attitudes. Zo is uit een onderzoek naar preventiegedrag onder huisartsen aangetoond dat veel huisartsen voorstander zijn van preventieve maatregelen en voorlichting, maar dat ze dit vaak niet of nauwelijks in praktijk brengen (Verhaak et al. 1991). In ander onderzoek is echter wel een duidelijke relatie vastgesteld tussen opvattingen en handelen van de huisarts (Mokkink et al. 1986).

Uit de hiervoor beschreven typering van huisartsen kunnen veronderstellingen over hun handelen worden afgeleid. In schema 6.1 zien deze er als volgt uit.

Schema 6.1 Typering van huisartsen

	modern	traditioneel
ruimte voor initiatief patiënt	meer	minder
gesprek	meer	minder
informatie/voorlichting	meer	minder
even aankijken	meer	minder
diagnostiek	minder	meer
voorschrijfgedrag	minder	meer
verwijsgedrag	minder	meer
medisch-technische verrichtingen	gelijk	gelijk
duur van het contact	langer	korter

De moderne arts heeft naar verwachting een meer patiëntgerichte benadering, waarin hij/zij meer het initiatief aan de patiënt laat, meer met de patiënt praat en meer informatie en voorlichting geeft dan de traditionele huisarts. Hierdoor zal het contact waarschijnlijk wat langer duren. Omdat de moderne arts een hogere risicobereidheid heeft, zal hij/zij naar verwachting wat minder diagnostisch onderzoek doen en de zaak vaker even aankijken. De moderne huisarts heeft tevens een brede taakopvatting en zal dan ook minder snel geneigd zijn een patiënt door te verwijzen naar de psycholoog/psychiater of medisch specialist dan de traditionele arts. Ten slotte valt te verwachten dat de moderne arts wat minder snel een geneesmiddel zal voorschrijven. Wat de medisch-technische verrichtingen betreft, is geen duidelijk verschil te verwachten, hoewel het in principe bij een brede taakopvatting past dat de arts meer medisch-technische verrichtingen zelf doet. Omdat de twee typen artsen echter niet verschillen op de schaal die aangeeft in welke mate de arts, naar eigen zeggen, medisch-technische verrichtingen uitvoert, wordt hier vooralsnog van uitgegaan dat de artsen zich op dit punt niet van elkaar onderscheiden.

6.4.2 Methode

Operationalisatie begrippen

Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag naar de relatie tussen opvattingen en structurele kenmerken van huisartsen enerzijds en hun concrete handelingen anderzijds, zijn gegevens gebruikt die verkregen zijn op basis van de contactregistratie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen meer globale gegevens die het aantal en de duur van een bepaald soort contacten betreffen, en meer specifieke gegevens die concreet betrekking hebben op het handelen tijdens spreekuurcontacten.

Tot de eerste groep behoren:

- percentage spreekuurcontacten;
- percentage visites;
- percentage herhaalcontacten op initiatief arts;
- percentage herhaalcontacten op initiatief patiënt/ouders patiënt;
- percentage spreekuurcontacten die langer dan 10 minuten duren.

Het percentage spreekuurcontacten en visites geeft een indicatie van de mate waarin de arts het initiatief neemt. Visites vinden namelijk aanmerkelijk vaker op initiatief van de arts plaats. Spreekuurcontacten zijn echter wat vaker contacten die een nieuwe klacht betreffen. Nieuwe contacten komen vrijwel uitsluitend op initiatief van de patiënt tot stand, zodat de vergelijking niet helemaal de gewenste informatie oplevert. Daarom is als aanvulling hierop onderzocht in hoeverre bij herhaalcontacten het initiatief bij de arts, dan wel bij de patiënt lag.

De vergelijking van artsen op het percentage consulten dat langer duurt dan 10 minuten, geeft een globaal idee van de mate waarin de arts hier daadwerkelijk tijd voor uittrekt. Voor de vergelijkbaarheid, wordt de bespreking hier tot de spreekuurcontacten beperkt.

De tweede groep gegevens betreft:

- behandeling (gesprek, voorlichting, even aankijken, medisch-technische verrichtingen);
- diagnostiek (intern en extern);
- voorschrijfgedrag (recept);
- verwijsgedrag (tweede lijn);
- initiatief (initiatief verwijzen bij arts of bij patiënt/ouders patiënt,¹ vervolgspraak).

Analyses

De verschillen tussen de twee typen artsen zijn getoetst met behulp van covariantieanalyse. Hiertoe is gebruikgemaakt van gegevens die geaggregeerd zijn naar huisartsniveau. Omdat de verschillende handelingen sterk kunnen afhangen van de klacht van de patiënt, is gestandaardiseerd voor verschillen in morbiditeit. Vanwege de mogelijke invloed van verschillen in de samenstelling van de praktijkpopulaties, zijn in de analyses de kenmerken van de praktijkpopulatie waarop de twee typen artsen verschillen als covariaten meegenomen: het

zich niet gezonder dan mensen die gezondheid minder belangrijk vinden. Ook blijkt dat mensen die gezondheid belangrijker vinden wel zeggen dat zij met bepaalde klachten de arts zullen raadplegen, maar dat uiteindelijk niet meer of minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de

percentage 0-4-jarigen, het percentage laag opgeleiden en het percentage allochtone patiënten.

6.4.3 Het handelen van de huisarts

In paragraaf 6.4.1 is een aantal veronderstellingen geformuleerd betreffende het (verschil in) handelen van de moderne en traditionele huisarts. Hierna wordt bekeken in hoeverre deze veronderstellingen kloppen.

In tabel 6.7 worden de resultaten gepresenteerd die het soort contact en de duur van het contact betreffen.

Tabel 6.7 Contacten naar soort, initiatief en duur per type arts, 1987/'88 (in procenten)

	modern	traditioneel	F-toets	sign.
spreekuurcontacten	71	72		
visites	16	16	1,19 0,07	0,28 0,79
herhaalcontacten				
initiatief arts	16	21		
initiatief patiënt	52	51	6,24 0,03	0,01 0,86
spreekuurcontacten > 10 minuten	24	20	1,61	0,21
(n = 154)				

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

De twee typen huisartsen verschillen niet in het percentage spreekuurcontacten en het percentage visites. Wel nemen traditionele artsen zelf meer het initiatief tot een herhaalcontact dan moderne artsen. De artsen verschillen echter niet in het percentage herhaalcontacten op initiatief van de patiënt. Er is eveneens geen verschil gevonden tussen de twee groepen in het percentage spreekuurcontacten dat langer duurt dan 10 minuten.

In tabel 6.8 wordt een overzicht gegeven van de resultaten die betrekking hebben op de handelingen tijdens spreekuurcontacten. Omdat patiënten tijdens een spreekuurcontact meer dan een klacht of probleem kunnen presenteren, is bij deze vergelijking gekeken naar verschillen tussen artsen in hun handelen per 1.000 problemen.

De tabel laat zien dat de twee typen artsen verschillen in behandeling. Deze betreffen het geven van voorlichting en de mate waarin de arts de zaak even aankijkt. Moderne artsen scoren op beide kenmerken hoger dan traditionele artsen. De twee groepen onderscheiden zich niet-significant van elkaar in de frequentie waarmee ze een gesprek voeren en in de hoeveelheid medisch-technische verrichtingen.

Zoals verwacht doen traditionele artsen wat vaker diagnostisch onderzoek, maar het verschil is gering en slechts significant op 10%-niveau. Er is echter geen verschil tussen de artsen in het aanvragen van extern diagnostisch onderzoek. Traditionele artsen schrijven vaker een recept uit dan moderne artsen en datzelfde geldt voor het verwijzen naar de tweede lijn. Dit komt overeen met de verwachting.

Tabel 6.8 Behandeling, diagnostiek, voorschrijfgedrag, verwijsgedrag en initiatief per type arts; aantal handelingen per 1.000 problemen, 1987/88

	modern	traditioneel	F-toets	sign.
behandeling			0,83	0,36
- gesprek	334	297	5,37	0,02
- voorlichting	507	415	10,19	0,00
- even aankijken	63	43	0,12	0,73
- med.-techn. verricht.	70	71		
diagnostiek			2,71	0,10
- interne diagnostiek	747	768	0,01	0,93
- externe diagnostiek	79	79		
voorschrijfgedrag			9,41	0,00
- medicatie op recept	441	475		
verwijsgedrag			12,30	0,00
- tweede lijn	56	66		
initiatief			8,53	0,00
- init. verwijzen arts	45	57	0,11	0,74
- init. verwijzen patiënt	14	13	0,05	0,82
- afspraak vervolgcontact	339	339		

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Ten slotte is er een verschil te zien in de mate waarin de arts het initiatief neemt tot verwijzen: traditionele artsen doen dit vaker. Er zijn echter geen verschillen in het aantal verwijzingen dat plaats heeft gevonden op initiatief van de patiënt en in het aantal contacten dat eindigt in een concrete vervolgspraak.

6.4.4 Conclusies

Over het geheel genomen kan geconcludeerd worden dat de opvattingen van huisartsen voor een belangrijk deel terug te vinden zijn in hun gedrag. Moderne artsen geven vergeleken met traditionele artsen meer voorlichting, kijken vaker de zaak even aan, doen wat minder vaak diagnostisch onderzoek, schrijven minder voor en verwijzen minder vaak. Dit komt overeen met hun opvattingen. De twee groepen artsen verschillen echter niet van elkaar in de mate waarin ze een gesprek voeren en in de mate waarin ze extern diagnostisch onderzoek aanvragen.

zich niet gezonder dan mensen die gezondheid minder belangrijk vinden. Ook blijkt dat mensen die gezondheid minder belangrijk vinden wel zeggen dat zij met bepaalde klachten de arts zullen raadplegen, maar dat uiteindelijk niet meer of minder vaak zal gebeuren. Dit kan te maken hebben met de mate waarin mensen de gezondheid minder belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste gevallen niet te verschillen van tevredenheid over de gezondheidszorg. Dit kan te maken hebben met de mate waarin mensen de gezondheid minder belangrijk vinden.

Wat het gesprek betreft, werd verondersteld dat moderne artsen vaker een gesprek met de patiënt zouden voeren dan traditionele artsen, omdat ze een meer patiëntgerichte benadering hebben. In de praktijk is dit verschil echter niet terug te zien. Nu gaat het in theorie ook meer om een verwacht verschil in de aard van het gesprek en de wijze waarop de arts met de patiënt communiceert, dan om de frequentie van het gesprek. In feite geeft de mate waarin de arts voorlichting geeft al iets van de aard van dit gesprek weer. Dat de artsen hierop wel verschillen, is een indicatie voor het feit dat de gesprekken waarschijnlijk bij beide typen artsen wat anders verlopen. Hierbij moet echter wel voor ogen gehouden worden dat er bij deze gegevens sprake is van een zekere onbetrouwbaarheid, omdat artsen kunnen verschillen in datgene wat ze onder voorlichting verstaan. Het is mogelijk dat een moderne arts, juist doordat hij/zij de taak van de huisarts breder opvat, een activiteit eerder als voorlichting zal bestempelen dan een traditionele arts. Dit is echter niet na te gaan, omdat meer objectieve gegevens over de wijze van communiceren, zoals observatiegegevens, ontbreken. Dit betekent tevens dat het gevonden verschil in voorlichtingsgedrag met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dient te worden.

Dat de artsen niet verschillen in het aanvragen van extern diagnostisch onderzoek, is niet zo verwonderlijk. De mate waarin een arts dat doet zal ook afhangen van de mogelijkheden die hij/zij in de eigen praktijk heeft om bepaald diagnostisch onderzoek te (laten) doen. Dit interfereert mogelijk met de invloed van opvattingen.

Nu vastgesteld is dat de twee typen artsen niet alleen in opvattingen, maar ook in hun handelen verschillen, is de volgende vraag wat de rol van de patiënt is in dit geheel. Daar wordt in paragraaf 6.5 nader op ingegaan.

6.5 Het handelen van de huisarts in relatie tot sociaal-culturele kenmerken van patiënten

6.5.1 Inleiding

Artsen hebben te maken met verschillende 'soorten' patiënten. In de inleiding van dit hoofdstuk is al aangegeven dat patiënten verschillen in hun verwachtingen van de huisarts, in de wijze waarop ze hun klacht presenteren, in dat wat ze zelf van hun ziekte afweten en in hun behoefte aan geruststelling. Sommige patiënten zullen veel vragen stellen, anderen willen het liefst dat de arts een pilletje, drankje of zalfje voorschrijft of zijn pas tevreden met een verwijzing naar de specialist. Dat is van invloed op de wijze waarop het consult verloopt en de concrete handelingen die de arts verricht.

Onderzoek naar de interactie tussen arts en patiënt laat zien dat sociaal-culturele kenmerken van de patiënt in dit contact een rol spelen. De consulten met vrouwelijke en oude patiënten duren relatief lang, maar dat komt vooral doordat deze tijdens één consult meer klachten naar voren brengen (Verhaak 1986a; Groenewegen et al. 1992). Verder krijgen vrouwen en hoog opgeleide patiënten vergeleken met respectievelijk mannen en laag opgeleide patiënten meer informatie. Vrouwen en hoog opgeleide patiënten stellen ook meer vragen en zijn

minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over het gebruik van de gezondheidszorg is lager bij allochtone patiënten dan bij autochtone patiënten.

meer geneigd hun bezorgdheid te tonen, wat het gedrag van de arts ten dele verklaart (Stewart 1983; Waitzkin 1985; Roter 1991). Ook ouderen lijken over het geheel genomen meer aandacht, meer tijd en meer informatie te krijgen (Roter 1991). Voor allochtone patiënten kunnen culturele verschillen, nog afgezien van concrete taalproblemen, de communicatie met de huisarts bemoeilijken. Taalproblemen kunnen direct van invloed zijn op de lengte van het consult (Hofman-Okkes 1991). Allochtone patiënten hebben doorgaans een andere verwachting van de arts dan autochtonen en presenteren hun klachten op een andere manier. Uit een onderzoek onder huisartsen in grote steden komt naar voren dat artsen deze groep patiënten juist vanwege deze verschillen als problematisch ervaren (Luijten en Tjadens 1995). Allochtone patiënten dringen zelf vaak aan op een verwijzing naar de specialist (Luijten en Tjadens 1995). Verder krijgen zij aanmerkelijk vaker een recept mee dan autochtone patiënten (De Haan 1984; Slegt et al. 1985; Van Wieringen et al. 1987).

Artsen behandelen hun patiënten dus niet allemaal gelijk, maar of hun opvattingen en houding tegenover het beroep hierbij nog een rol spelen, is niet duidelijk. Onderzoek op dit terrein ontbreekt. Voorstelbaar is dat artsen die gericht zijn op het opbouwen van een relatie met de patiënt en die dus veel met de patiënt communiceren en het belangrijk vinden dat de patiënt goed geïnformeerd wordt, bij al hun patiënten van deze basishouding uitgaan en op deze punten minder door de patiënt beïnvloed zullen worden. Artsen die dit minder belangrijk vinden, zullen eerder geneigd zijn pas informatie te geven wanneer de patiënt daar expliciet om vraagt. Bij een dergelijke arts kunnen op dit punt dus grotere verschillen in de behandeling van (verschillende typen) patiënten verwacht worden. Voor verwijzen en voorschrijven van medicijnen kan eenzelfde redenering gehanteerd worden. Hoe meer een arts dit uit zichzelf al geneigd is te doen, des te minder verschillend zal hij/zij patiënten op dit terrein behandelen.

Uitgaande van deze veronderstelling kunnen voor de verschillende aspecten van het contact op basis van de resultaten in de vorige paragraaf de volgende verwachtingen afgeleid worden ten aanzien van de mate waarin moderne en traditionele artsen beïnvloed zullen worden door een patiënt (zie schema 6.2).

Schema 6.2 De mate van beïnvloeding van artsen door de patiënt

	modern	traditioneel
gesprek	minder	meer
informatie/voorlichting	minder	meer
even aankijken	minder	meer
diagnostiek	meer	minder
voorschrijfgedrag	meer	minder
verwijsgedrag		
duur van het contact	minder	meer

Naar verwachting zullen moderne artsen minder verschil maken tussen patiënten wat betreft het geven van voorlichting en even aankijken en meer wat betreft het (laten) doen van diagnostisch onderzoek, het voorschrijven van medicijnen en verwijzen naar de tweede lijn dan traditionele artsen. Wat het voeren van een gesprek betreft, verschillen de twee typen artsen gemiddeld niet, maar gezien de opvattingen van moderne artsen, kan wel gesteld worden dat dit meer tot hun basishouding behoort dan voor traditionele artsen het geval is. Ook op dit punt valt dus te verwachten dat moderne artsen minder beïnvloed zullen worden door de patiënt dan traditionele artsen.

Wanneer ervan uitgegaan wordt dat contacten van moderne artsen gemiddeld langer duren dan die van traditionele artsen, omdat zij wat meer tijd besteden aan het geven van voorlichting, valt te verwachten dat moderne artsen ook op dit punt minder verschil zullen maken tussen patiënten dan traditionele artsen.

6.5.2 Methode

Operationalisatie begrippen

Ten behoeve van de derde onderzoeksvraag, die naar de invloed van patiëntkenmerken op de duur en inhoud van het contact met de huisarts, en de samenhang met kenmerken van de huisarts, is een selectie gemaakt van de volgende contactgegevens:

- duur (in minuten);
- inhoud (gesprek, voorlichting, even aankijken, diagnostiek (totaal), medicatie op recept, verwijzing tweede lijn).

In principe zijn slechts die contactkenmerken geselecteerd waarvan verwacht kan worden dat patiëntkenmerken hierop van invloed zijn. Dit zijn, afgezien van de mate waarin een gesprek wordt gevoerd, allemaal kenmerken waarop moderne en traditionele huisartsen van elkaar verschillen.

De patiëntkenmerken van belang voor dit onderzoek zijn:

- geslacht (man, vrouw);
- leeftijd (20 jaar en ouder);
- opleiding (geen onderwijs/lager onderwijs, voortgezet/middelbaar onderwijs en hbo/universitair onderwijs);
- etnische herkomst (autochtoon, allochtoon);
- verzekeringsvorm (ziekenfonds, particulier).

De patiëntengroep is beperkt tot patiënten van 20 jaar en ouder om twee redenen. Bij jonge patiënten vindt het contact vaak niet met de patiënt zelf plaats, maar met een ouder of verzorger. Voor jongeren onder de 20 die wel zelfstandig de arts bezoeken, maar nog geen opleiding hebben afgerond, kan de samenhang tussen opleidingsniveau en contactkenmerken niet vastgesteld worden. Deze personen worden namelijk automatisch in de laagste opleidingscategorie geplaatst, hetgeen meestal geen goede indicatie is voor hun opleidingsniveau.

Analyses

Voor het analyseren van gegevens is gebruikgemaakt van het programma MLn (Rasbash et al. 1995). Omdat de duur van het contact sterk afhangt van het soort contact - visites duren doorgaans langer dan spreekuurcontacten, en contacten waarin een probleem voor het eerst wordt gepresenteerd duren langer dan herhaalcontacten - zijn de analyses beperkt tot één type contact, namelijk spreekuurcontacten waarin patiënten een nieuw probleem voor het eerst presenteren (eerste contacten). Verder zijn uitsluitend contacten meegenomen waarin slechts één klacht of probleem wordt gepresenteerd. Ten slotte is per patiënt slechts één contact meegenomen.

De analyses ter beantwoording van de onderzoeksvraag vereisen een verschillende aanpak waar het de contactduur en de inhoud van het contact betreft. Contactduur is een continue afhankelijke variabele, waarop een 'gewone' (multilevel) regressieanalyse uitgevoerd kan worden. De afhankelijke variabelen die betrekking hebben op de inhoud van het contact (gesprek, voorlichting, even aankijken, diagnostiek, medicatie op recept, verwijzing tweede lijn) zijn alle dichotoom. Dat betekent dat hier de vraag gesteld wordt naar de kans van een patiënt om bij voorbeeld wel of niet een medicijn voorgeschreven te krijgen. Om deze kans te schatten wordt gebruikgemaakt van logistische (multilevel) regressieanalyse. Op deze plaats wordt niet uitgebreid ingegaan op de statistische achtergrond van deze analyses; hiervoor wordt verwezen naar Goldstein (1995). Morbiditeit (ingedeeld in 17 ICPC-hoofdstukken) en de kenmerken van de praktijkpopulatie waarop artsen verschillen (percentages 0-4-jarigen, laag opgeleiden en allochtone patiënten) worden als covariaten in het model opgenomen.

Beschrijving geselecteerde patiënten

Van het oorspronkelijke aantal patiënten vanaf 20 jaar is vanwege de hiervoor genoemde selecties uiteindelijk slechts een kwart overgebleven. In tabel 6.9 worden de achtergrondkenmerken van deze groep gepresenteerd. Ter vergelijking zijn de gegevens van de oorspronkelijke groep patiënten vanaf 20 jaar opgenomen.

De twee groepen verschillen met name in leeftijd. Gemiddeld zijn de patiënten in de oorspronkelijke groep zes jaar ouder. Vooral de proporties patiënten onder de 45 jaar en van 65 jaar en ouder wijken van elkaar af. Van de geselecteerde patiënten valt ruim 10% meer in de eerste en 10% minder in de laatste categorie dan van de oorspronkelijke groep. De verklaring hiervoor moet waarschijnlijk deels gezocht worden in het feit dat er geen herhaalcontacten zijn meegenomen - ouderen zullen verhoudingsgewijs vaker een dergelijk contact met de huisarts hebben.

minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de laatste jaren te dalen. Dit kan te maken hebben met de veranderingen in de gezondheidszorg. Het is belangrijk om te weten hoe tevreden mensen zijn met de gezondheidszorg. Dit kan helpen bij het verbeteren van de gezondheidszorg. Het is belangrijk om te weten hoe tevreden mensen zijn met de gezondheidszorg. Dit kan helpen bij het verbeteren van de gezondheidszorg.

Tabel 6.9 Vergelijking geselecteerde patiëntengroep en oorspronkelijke patiëntengroep op achtergrondkenmerken, 1987/88 (in procenten)

	selectie	oorspronkelijk
geslacht		
- man	44	40
- vrouw	56	60
leeftijd		
- 20-44 jaar		50
- 45-64 jaar	64	28
- 65 jaar en ouder	25	22
	11	
gemiddelde leeftijd (in jaren)	41	47
opleiding		
- geen/lager onderwijs	26	34
- voortgezet/middelbaar onderwijs	63	57
- hbo/universiteit	11	9
etnische herkomst		
- autochtoon	91	92
- allochtoon	9	8
(n)	31.975	(127.070)

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Verder wijkt de geselecteerde groep enigszins van de oorspronkelijke groep af in opleiding; de leden daarvan zijn verhoudingsgewijs wat hoger opgeleid. Dit verschil is echter wat kleiner dan het leeftijdsverschil. Op de overige kenmerken verschillen de beide groepen niet noemenswaardig van elkaar.

6.5.3 Patiëntkenmerken en het handelen van de huisarts

Hierna worden eerst de resultaten besproken die betrekking hebben op de duur van het contact. Vervolgens komt de inhoud van het contact aan de orde.

Contactduur

Voordat de resultaten van de multilevelanalyses worden gepresenteerd en besproken, wordt in tabel 6.10 voor verschillende categorieën patiënten een overzicht gegeven van het aantal minuten dat het contact gemiddeld duurt.

Tabel 6.10 Gemiddelde contactduur voor verschillende categorieën patiënten per type arts, 1987/88 (in minuten)

	modern	traditioneel	alle artsen
geslacht			
- man	7,6	6,9	7,3
- vrouw	8,0	7,4	7,7
leeftijd			
- 20-44 jaar	7,8	7,0	7,5
- 45-64 jaar	7,9	7,4	7,6
- 65+	7,8	7,6	7,7
opleiding			
- geen/lager onderwijs	7,5	7,0	7,3
- voortgezet/middelbaar onderwijs	7,8	7,1	7,5
- hbo/universiteit	8,5	8,0	8,3
etnische herkomst			
- autochtoon	7,8	7,2	7,5
- allochtoon	8,0	7,1	7,6
patiënten totaal	7,8	7,2	7,5

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Over het geheel genomen zien we dat eerste spreekuurcontacten van vrouwen en hoog opgeleiden, zoals verwacht, langer duren dan de contacten van respectievelijk mannen en laag opgeleiden. Dit verschil is wat minder duidelijk voor jonge en oudere patiënten en voor patiënten van een verschillende etnische herkomst.

Contacten met moderne artsen duren gemiddeld langer dan contacten met traditionele artsen. Zowel bij moderne als bij traditionele artsen duren de contacten van vrouwen en hoog opgeleiden relatief lang. Wel lijken moderne en traditionele artsen enigszins te verschillen wanneer de contactduur van oude en jonge patiënten vergeleken wordt. Bij moderne artsen duren deze contacten gemiddeld even lang; traditionele artsen besteden verhoudingsgewijs meer tijd aan oudere patiënten. Deze beschrijvende gegevens geven echter slechts een eerste indruk. De hierna gepresenteerde resultaten van de multilevelanalyses geven een duidelijker beeld.

In tabel 6.11 wordt een overzicht gegeven van de regressiecoëfficiënten. De tabel laat zien dat vrijwel alle morbiditeitscategorieën significant samenhangen met de duur van het contact. De regressiecoëfficiënt drukt in minuten het geschatte verschil in tijdsduur uit tussen een contact van klachten in de betreffende morbiditeitscategorie en een contact met een algemene of niet gespecificeerde klacht.

Tabel 6.11 Regressiecoëfficiënten duur contact, 1987/88

algemeen gemiddelde	7,92 ^o
morbiditeit	
- algemeen/niet-gespecificeerd ^a	0,00
- bloed/lymfestelsel/milt	-0,13 n.s.
- maag-darmkanaal	0,26
- oog	-1,33
- oor	-1,00
- hart-vaatstelsel	0,29
- bewegingsapparaat	-0,07 n.s.
- zenuwstelsel	0,67
- psyche	2,45
- ademhalingsorganen	0,96
- huid/onderhuids weefsel	-1,16
- endocriene klieren/metabolisme	0,39 *
- urinewegen	0,04 n.s.
- zwangerschap	1,08
- vrouwelijke geslachtsorganen	0,67
- mannelijke geslachtsorganen	0,22 n.s.
- sociale problemen	4,20
patiëntkenmerken	
- geslacht	
man ^a	0,00
vrouw	0,14
- leeftijd	0,01
- opleiding	0,24
- etnische herkomst	
autochtoon ^a	0,00
allochtoon	-0,03 n.s.
- verzekeringsvorm	
ziekenfonds ^a	0,00
particulier	0,41
type arts	
- modern ^a	0,00
- traditioneel	-0,49 +
samenstelling praktijkpopulatie	
- % 0-4-jarigen	-0,02 n.s.
- % laag opgeleiden	-0,04 +
- % allochtonen	0,01 n.s.

^a Effect eerste categorie op 0 gesteld.

n.s. Niet-significant bij $p < 0,10$, tweezijdig getoetst.

* Significat bij $p < 0,05$, tweezijdig getoetst.

+ Significat bij $p < 0,10$, tweezijdig getoetst.

^o Coëfficiënten zonder teken zijn significant bij $p < 0,01$, tweezijdig getoetst.

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste landen te verschillen met 90% van patiënten tevreden tot zeer tevreden.

Dit is de categorie waarmee de overige klachten worden vergeleken. Tot de algemene, niet gespecificeerde klachten behoren bij voorbeeld pijnklachten, koorts, angsten, kinderziekten als mazelen, waterpokken en rode hond, virusinfecties en bijwerkingen van geneesmiddelen. Vergeleken met de contacten waarbij deze klachten aan de orde komen, duren contacten die oog-, oor- en huidklachten betreffen, en contacten die betrekking hebben op de ademhalingsorganen, gemiddeld 1 tot 1,5 minuut korter, contacten waarin psychische en sociale problemen aan de orde komen duren respectievelijk 2,5 en ruim 4 minuten langer.

Wat de patiëntkenmerken betreft, is er slechts voor etnische herkomst geen samenhang met contactduur vastgesteld. De regressiecoëfficiënten van geslacht en verzekeringsvorm kunnen op dezelfde wijze geïnterpreteerd worden als die van de morbiditeitscategorieën. Vrouwen zitten gemiddeld 0,14 minuut langer bij de arts dan mannen; contacten van particulier verzekerden duren bijna een halve minuut langer dan die van ziekenfondsverzekerden. Dit laatste effect overlapt enigszins met het effect van opleiding. Het effect van leeftijd lijkt vrij klein, maar niet vergeten moet worden dat deze variabele een bereik heeft van 20 tot 101. Een leeftijdsverschil van 20 jaar betekent dus een gemiddeld verschil in contactduur van 0,2 minuut.

De contacten van moderne artsen duren wat langer dan die van traditionele artsen, maar dit verschil is slechts significant op 10%-niveau.

Van de kenmerken van de praktijkpopulatie ten slotte, heeft alleen het percentage laag opgeleide patiënten nog enige invloed op de duur van het contact, maar ook deze samenhang is slechts significant op 10%-niveau.

Wanneer de contacten van moderne en traditionele artsen apart bekeken worden, dan komt naar voren dat traditionele artsen significant meer verschil maken tussen hun patiënten dan moderne artsen. Dit resultaat komt overeen met de verwachting die in paragraaf 6.5.1 was geformuleerd. De volgende vraag is dan welke patiëntkenmerken hierbij van belang zijn, of anders gezegd, tussen welke categorieën patiënten bij traditionele artsen meer verschil in contactduur bestaat dan bij moderne artsen. In tabel 6.12 wordt een overzicht gegeven van de resultaten van aparte analyses voor moderne en traditionele artsen.

Tabel 6.12 Regressiecoëfficiënten duur contact, aparte analyses per type arts, 1987/88

	modern	traditioneel	interactie-effect?
geslacht (vrouw)	0,09 ^o	0,19	nee
leeftijd	0,01	0,02	ja ^o
opleiding	0,21	0,27	nee
etnische herkomst (allochtoon)	0,08 n.s.	-0,13 n.s.	nee

n.s. Niet-significant bij $p < 0,10$, tweezijdig getoetst.

^o Coëfficiënten zonder teken zijn significant bij $p < 0,01$, tweezijdig getoetst.

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Uit tabel 6.12 valt af te lezen dat het verschil in contactduur tussen mannen en vrouwen bij traditionele artsen wat groter is dan bij moderne artsen. Datzelfde geldt voor het verschil in contactduur tussen oude en jonge patiënten en tussen hoog en laag opgeleide patiënten. De verschillen zijn echter klein. Aanvullende analyses wijzen uit dat er slechts sprake is van een significant interactie-effect van type arts met de leeftijd van de patiënt. Het verschil in contactduur tussen autochtone en allochtone patiënten is bij beide typen artsen niet-significant.

Inhoud contact

In tabel 6.13 worden enkele beschrijvende gegevens gepresenteerd die betrekking hebben op de inhoud van het contact.

Tabel 6.13 Percentage patiënten per aspect van de inhoud van het contact voor verschillende categorieën patiënten per type arts, 1987/88 (M = modern, T = traditioneel, A = alle artsen)

	gesprek			voorlichting			aankijken			diagnostiek			recept			verwijzen		
	M	T	A	M	T	A	M	T	A	M	T	A	M	T	A	M	T	A
geslacht																		
- man	32	31	32	60	42	52	9	5	7	87	88	88	47	56	51	5	6	6
- vrouw	37	32	35	60	44	53	8	4	6	85	88	87	48	56	52	4	6	5
leeftijd																		
- 20-44 jaar	34	32	33	61	46	54	9	5	7	87	88	87	46	55	50	4	6	5
- 45-64 jaar	35	31	33	61	41	51	8	4	6	86	90	88	52	57	55	6	6	6
- 65+	36	27	32	54	35	45	6	4	6	84	87	85	50	54	52	5	7	6
opleiding																		
- geen/lo	34	29	31	60	40	50	7	4	6	86	87	86	53	60	56	5	6	5
- vo/mo	35	33	34	60	45	53	9	5	7	87	88	88	46	55	50	5	6	5
- hbo/uni	38	30	35	59	45	53	8	5	7	84	89	86	42	50	46	5	7	6
etn. herkomst																		
- autochtoon	35	32	33	60	44	52	8	5	7	86	88	87	47	55	51	5	6	5
- allochtoon	37	29	34	62	41	52	9	4	6	86	85	85	54	59	56	5	6	5
patiënten totaal	35	31	33	60	43	52	8	5	7	86	88	87	48	56	51	5	6	5

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

De verschillende categorieën patiënten lijken op een aantal aspecten verschillend behandeld te worden. Huisartsen hebben wat vaker een gesprek met vrouwen en hoog opgeleide patiënten (vergeleken met mannen en laag opgeleide patiënten), geven ouderen minder vaak voorlichting en kijken de zaak bij mannen, jongeren en hoog opgeleiden wat vaker even aan. Ze geven laag opgeleide en allochtone patiënten relatief vaak een recept mee, terwijl ze mannelijke, oudere en hoog opgeleide patiënten relatief vaak verwijzen.

Zoals ook al in het voorgaande bleek, verschillen moderne en traditionele

minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De levensduur over de gezondheidszorg lijkt in de

huisartsen vooral in de mate waarin ze voorlichting geven, in de mate waarin ze de zaak even aankijken en in hun voorschrijfgedrag. Wat de overige aspecten betreft, zijn de verschillen minder duidelijk.

Daar waar huisartsen verschil maken tussen verschillende categorieën patiënten, doen moderne en traditionele artsen dit doorgaans op dezelfde wijze. Zo krijgen laag opgeleide en allochtone patiënten bij beide typen artsen vaker een recept mee. Er zijn echter ook verschillen. Zo lijken bij voorbeeld vrouwen en hoog opgeleide patiënten bij traditionele artsen vaker voorlichting te krijgen dan mannen respectievelijk laag opgeleiden, terwijl moderne artsen geen verschil maken tussen deze patiënten. Op mogelijke andere verschillen wordt op deze plaats niet nader ingegaan. Dit komt aan de orde bij de bespreking van de resultaten van de multilevelanalyses.

De samenhangen die betrekking hebben op de inhoud van het contact zijn, zoals gezegd, onderzocht met behulp van logistische multilevelanalyse. Hiermee kan voor een bepaald type patiënt de kans berekend worden dat een bepaald aspect van het contact voorkomt. Zo kan bij voorbeeld voor een vrouw vastgesteld worden wat de extra kans is die zij heeft om een recept mee te krijgen, wanneer zij vergeleken wordt met een man met dezelfde morbiditeit, leeftijd, opleiding, verzekeringsvorm en arts. De toegenomen kans wordt dus steeds afgezet tegen de kans van iemand onder dezelfde omstandigheden (*ceteris paribus*). In tabel 6.14 wordt hiervan voor de verschillende aspecten van het contact een overzicht gegeven. Hierbij is de toe- of afname in kans afgezet tegen een basiskans, die geldt voor iemand die op alle dichotome variabelen de waarde 0 (in de tabel telkens de eerste categorie) en op de continue variabelen een gemiddelde score heeft. De basiskans geldt voor een autochtone man van gemiddelde leeftijd en opleiding, die via het ziekenfonds verzekerd is, een moderne arts als huisarts heeft en deze met een algemene of niet gespecificeerde klacht heeft bezocht.

Tabel 6.14 Toe- of afname kans vergeleken met de basiskans, inhoud contact, 1987/88

	gesprek	voorlichting	aankijken	diagnostiek	recept	verwijzen
basiskans	0,50	0,50	0,08	0,84	0,32	0,02
morbiditeit						
- algemeen/niet-gespecificeerd ^a	--	--	--	--	--	--
- bloed/lymfestelsel/milt	0,00	0,00	0,00	+0,10	0,00	0,00
- maag-darmkanaal	-0,15	+0,22	-0,02	+0,04	+0,25	+0,03
- oog	-0,32	0,00	-0,06	+0,10	+0,27	+0,11
- oor	-0,39	-0,11	-0,06	+0,09	+0,05	+0,01
- hart-vaatstelsel	-0,12	+0,17	-0,04	+0,12	+0,12	+0,07
- bewegingsapparaat	-0,21	+0,19	-0,01	+0,12	+0,09	+0,02
- zenuwstelsel	-0,05	0,00	+0,02	+0,03	+0,15	+0,05
- psyche	+0,31	+0,17	-0,03	-0,24	+0,11	+0,01
- ademhalingsorganen	-0,30	+0,14	-0,06	+0,08	+0,51	-0,01
- huid/onderhuids weefsel	-0,30	+0,07	-0,04	+0,08	+0,22	+0,03
- endocriene klieren/metabolisme	-0,25	+0,22	-0,06	+0,05	0,00	0,00
- urinewegen	-0,35	+0,19	-0,05	+0,11	+0,39	+0,02
- zwangerschap	-0,33	+0,11	-0,06	-0,03	0,00	+0,08
- vrouwelijke geslachtsorganen	-0,19	+0,17	-0,02	+0,03	+0,13	+0,06
- mannelijke geslachtsorganen	-0,12	+0,18	0,00	-0,06	0,00	+0,26
- sociale problemen	+0,39	-0,26	-0,06	-0,66	-0,14	+0,03
patiëntkenmerken						
- geslacht						
man ^a	--	--	--	--	--	--
vrouw	+0,05	+0,02	0,00	0,00	+0,02	-0,00
- leeftijd ^b	0,00	-0,03	-0,01	-0,02	0,00	+0,00
- opleiding	+0,02	0,00	+0,01	0,00	-0,04	0,00
- etnische herkomst						
autochtoon ^a	--	--	--	--	--	--
allochtoon	0,00	0,00	0,00	0,00	+0,02	0,00
- verzekeringsvorm						
ziekenfonds ^a	--	--	--	--	--	--
particulier	-0,02	+0,03	0,00	+0,02	0,00	0,00
type arts						
- modern ^a	--	--	--	--	--	--
- traditioneel	0,00	-0,17	-0,03	+0,02	+0,07	0,00
samenstelling praktijkpopulatie						
- % 0-4-jarigen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,01
- % laag opgeleiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- % allochtonen	0,00	0,00	0,00	-0,01	0,00	0,00

^a Basiskans berekend uitgaande van deze categorie.

^b Berekend voor een patiënt die 20 jaar ouder is dan gemiddeld.

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Tabel 6.14 laat zien dat de basiskans voor de verschillende aspecten van de inhoud van het contact sterk verschilt. Een referentiepatiënt heeft bij voorbeeld 50% kans op een gesprek en op voorlichting, maar slechts 2% kans op een

verwijzing naar de tweede lijn. Dat betekent dus ook dat een toename van een kans met 2% een duidelijk andere betekenis heeft wanneer het om voorlichting gaat dan wanneer het verwijzen betreft. In het eerste geval gaat het om een relatieve toename van 4%, in het laatste geval om een relatieve toename van 100%.

De soort klacht waar een patiënt mee komt heeft duidelijk invloed op de inhoud van het contact, hetgeen natuurlijk voor de hand ligt. Zo is er bij vrijwel alle morbiditeitscategorieën - vergeleken met een algemene klacht - minder kans op een gesprek en even aankijken, maar juist meer kans op voorlichting, diagnostisch onderzoek, het voorschrijven van een geneesmiddel en verwijzen. Wat het gesprek betreft, vormen klachten met een mogelijke psychische oorzaak en klachten waarbij sociale problemen meespelen een uitzondering. Patiënten met dergelijke klachten hebben respectievelijk 31% en 39% meer kans op een gesprek dan patiënten die met een algemene klacht komen. Artsen geven relatief weinig voorlichting aan patiënten die bij hen komen vanwege sociale problemen (26% minder kans). Even aankijken doen artsen vooral bij klachten die betrekking hebben op het zenuwstelsel; dat is de enige morbiditeitscategorie waarbij vergeleken met een algemene klacht sprake is van een toename in kans (absoluut met 2%; relatief, uitgaande van de basiskans, met 25%). Diagnostisch onderzoek komt relatief weinig voor bij klachten die te maken hebben met psychische en sociale problemen. Bij klachten die de ademhalingsorganen en urinewegen betreffen, schrijven artsen relatief vaak medicijnen voor. Ten slotte verwijzen artsen het meest bij problemen die de mannelijke geslachtsorganen betreffen. De kans hierop is dan zelfs dertien keer zo groot als de 'basiskans'. Ook bij oogklachten wordt relatief vaak verwezen.

Alle patiëntkenmerken zijn op de een of andere wijze van invloed op de inhoud van het contact. Vrouwen hebben vergeleken met mannen een grotere kans op een gesprek, op voorlichting, op het meekrijgen van een recept en minder kans op een verwijzing naar de specialist. Oudere patiënten hebben een wat kleinere kans op voorlichting, op even aankijken en op diagnostisch onderzoek en een wat grotere kans op een verwijzing. Hoger opgeleiden hebben wat meer kans op een gesprek en op even aankijken dan laag opgeleiden, maar krijgen naar verwachting wat minder vaak een recept mee. Allochtone patiënten hebben een grotere kans op een recept dan autochtone patiënten. Particulier verzekerden, ten slotte, hebben een wat kleinere kans op een gesprek, en een wat grotere kans op voorlichting en op even aankijken dan ziekenfondspatiënten.

De invloed van de arts op de inhoud van het contact was ook reeds in het voorgaande vastgesteld. De daar gevonden resultaten worden hier bevestigd. Patiënten met een traditionele arts hebben minder kans op voorlichting en op even aankijken en meer kans op diagnostisch onderzoek en op een recept dan patiënten met een moderne arts. Dit verschil in kans is erg klein voor diagnostisch onderzoek. Uitgaande van de basiskans (0,84), heeft een patiënt bij een traditionele arts slechts 2% meer kans op diagnostisch onderzoek dan bij een moderne arts. Voor voorlichting, even aankijken en voorschrijven van een geneesmiddel neemt de kans, uitgaande van de basiskans, af, dan wel toe met

respectievelijk 34%, 37% en 22%. In tegenstelling tot de eerdere bevinding is geen verschil vastgesteld tussen moderne en traditionele artsen in verwijsgedrag. Een mogelijke reden is dat herhaalcontacten in de hier besproken analyses niet zijn meegenomen. Verwijzen komt in deze contacten meer voor dan in eerste contacten. Het is goed mogelijk dat verschillen tussen moderne en traditionele artsen in verwijsgedrag minder duidelijk zichtbaar zijn wanneer deze contacten buiten beschouwing blijven.

De samenstelling van de praktijkpopulatie is nauwelijks van invloed op de inhoud van het contact. In praktijken met relatief veel allochtonen vindt wat minder diagnostisch onderzoek plaats, terwijl in een praktijk met veel patiënten onder de vier jaar verhoudingsgewijs weinig verwezen wordt.

De volgende vraag is of moderne en traditionele artsen verschillen in de behandeling van hun patiënten. In tabel 6.15 wordt voor de diverse aspecten van de inhoud van het contact apart voor moderne en traditionele artsen een overzicht gegeven van de kansen die de verschillende categorieën patiënten op elk aspect hebben.

Tabel 6.15 Toe- of afname kans per aspect van de inhoud van het contact voor verschillende categorieën patiënten, aparte analyses per type arts (M = modern, T = traditioneel), 1987/88

	gesprek		voorlichting		aankijken		diagnostiek		recept		verwijzen	
	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
geslacht (vrouw)	+0,03	+0,02	0,00	+0,02	0,00	0,00	0,00	+0,02	+0,02	+0,03	-0,00	-0,00
leeftijd	-0,01	0,00	-0,03	-0,01	-0,01	0,00	-0,03	0,00	0,00	0,00	+0,00	0,00
opleiding	0,00	+0,02 ^a	0,00	0,00	+0,02	0,00	0,00	0,00	-0,03	-0,05	0,00	0,00
etn. herkomst (all.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	+0,03	0,00	0,00	0,00

^a Significant interactie-effect bij $p < 0,05$, tweezijdig getoetst.

Bron: Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

De aparte analyses voor moderne en traditionele artsen laten een aantal verschillen zien, maar deze zijn klein en vrijwel nooit significant. Er is slechts sprake van één significant interactie-effect (bij tweezijdige toetsting op 5%-niveau): traditionele artsen voeren vaker een gesprek met hoog opgeleide dan met laag opgeleide patiënten, terwijl moderne artsen tussen deze groepen patiënten geen verschil maken.

Er zijn daarnaast uit de tabel enkele indicaties voor verschillen af te leiden. Voor zover gesproken kan worden van een trend, lijken moderne artsen op vrijwel alle aspecten meer verschil te maken tussen oude en jonge patiënten dan traditionele artsen. Oudere patiënten krijgen bij deze artsen minder vaak een gesprek, voorlichting en diagnostisch onderzoek dan jonge patiënten, en de houding van de arts is bij deze groep wat minder afwachtend (minder even aankijken en meer verwijzen). Bij traditionele artsen is deze trend niet zichtbaar. Wel lijken zij op

een aantal aspecten wat meer verschil te maken tussen mannen en vrouwen. Vrouwen krijgen bij deze artsen wat vaker voorlichting en diagnostisch onderzoek. Hoog opgeleide patiënten krijgen bij traditionele artsen minder vaak een recept mee. Dat laatste is ook het geval bij moderne artsen, maar het verschil met laag opgeleide patiënten is wat minder groot. Daarnaast geven moderne artsen allochtone patiënten vaker een recept mee.

6.5.4 Conclusies

Artsen behandelen verschillende soorten patiënten niet op dezelfde manier. Vrouwen en hoog opgeleide patiënten krijgen vergeleken met mannen en laag opgeleiden vaker een gesprek, terwijl vrouwen ook vaker voorgelicht worden. De contacten van vrouwen en hoog opgeleiden duren naar verhouding dan ook wat langer. Vrouwen krijgen bovendien wat vaker een recept mee, en dat geldt ook voor allochtone patiënten. Oudere mensen krijgen juist wat minder vaak voorlichting en bij hen vindt ook minder diagnostisch onderzoek plaats. Wel is de houding van de arts bij deze groep wat minder afwachtend: hij/zij kijkt de zaak wat minder vaak even aan en verwijst vaker. Bovendien duren de contacten verhoudingsgewijs wat langer dan de contacten met jongere patiënten.

In de inleiding van deze paragraaf werd verondersteld dat artsen naarmate ze iets meer doen (b.v. voorlichting geven of een recept uitschrijven) op dit punt minder verschil zullen maken tussen patiënten. De gedachte hierachter was dat dit gedrag in dat geval een vast onderdeel zou uitmaken van de basishouding van de arts en dus minder door de patiënt beïnvloed zou worden. Deze veronderstelling wordt slechts gedeeltelijk ondersteund door de resultaten. De contacten van moderne artsen duren gemiddeld even lang voor verschillende groepen patiënten, terwijl traditionele artsen verhoudingsgewijs meer tijd aan oudere patiënten besteden dan aan jonge patiënten. Verder voeren traditionele artsen vaker een gesprek met hoog opgeleide patiënten dan met laag opgeleide patiënten. Moderne artsen maken deze verschillen niet. Dit komt overeen met de verwachtingen.

Daarnaast zijn er indicaties dat moderne artsen oudere patiënten wat anders behandelen dan jonge patiënten: zij voeren wat minder vaak een gesprek met hen, geven hun minder vaak voorlichting en doen wat minder diagnostisch onderzoek. Ook nemen ze bij oudere patiënten wat minder risico, dat wil zeggen dat ze de zaak wat minder vaak even aankijken en wat vaker verwijzen. Traditionele artsen lijken wat meer verschil te maken tussen mannen en vrouwen. Ze geven vrouwen wat vaker voorlichting en doen bij hen wat vaker diagnostisch onderzoek dan bij mannen, terwijl moderne artsen op deze aspecten geen verschil lijken te maken tussen mannen en vrouwen. Wel geven moderne artsen allochtone patiënten wat vaker een recept mee dan autochtone patiënten.

Het gaat hierbij weliswaar om zwakke aanwijzingen, maar er is toch enige ondersteuning voor de hiervoor geformuleerde veronderstelling. Wanneer ervan uitgegaan wordt dat vrouwen vaker expliciet om voorlichting en informatie vragen dan mannen, kan dat verklaren dat traditionele artsen vrouwen meer voorlichting geven dan mannen, terwijl moderne artsen dit verschil niet maken. Moderne artsen laten zich daarentegen juist bij het voorschrijven van een geneesmiddel

meer beïnvloeden, wat verklaart dat zij allochtone patiënten relatief vaak een recept meegeven. Mogelijk werkt voor deze artsen bij allochtone patiënten het voeren van een gesprek en het geven van voorlichting minder goed en nemen ze daarom hun toevlucht tot het uitschrijven van een recept. De aanwijzingen die het (laten) doen van diagnostisch onderzoek betreffen, zijn hiermee echter in strijd. Diagnostisch onderzoek gebeurt meer bij traditionele dan bij moderne artsen, terwijl toch juist de traditionele artsen hierbij meer verschil maken tussen mannen en vrouwen. Het verschil tussen beide typen artsen in diagnostisch onderzoek is echter vrij klein, terwijl diagnostisch onderzoek in 84% van de contacten plaatsvindt, en het is dan ook de vraag of gesteld kan worden dat dit meer tot de basishouding van traditionele artsen behoort dan tot die van moderne artsen. Het verschil tussen beide typen artsen lijkt hiervoor te klein. Als laatste is een opmerking op zijn plaats over de aanwijzing dat moderne artsen oudere patiënten op vrijwel alle aspecten anders behandelen dan jonge patiënten, terwijl dat voor traditionele artsen niet het geval is. Hiervoor past waarschijnlijk een andere verklaring. De basishouding van de moderne artsen is bij deze patiënten mogelijk minder adequaat. Zij presenteren de arts weliswaar een 'nieuw' probleem, maar waarschijnlijk is dit niet de eerste keer dat ze met een dergelijk probleem bij een arts komen. Gesprek en voorlichting zijn dus minder aan de orde en ook diagnostisch onderzoek is minder vaak nodig. En juist omdat deze patiënten waarschijnlijk niet voor het eerst met een dergelijke klacht komen, en zij een risicogroep vormen met een grotere kans dat er wat meer aan de hand is, zal de arts de zaak minder snel even aankijken en sneller verwijzen. Misschien dringen oudere patiënten op dit laatste ook wat meer aan, hetgeen weer overeenstemt met de veronderstelling dat moderne artsen zich op dit punt meer zullen laten beïnvloeden door de patiënt dan traditionele artsen.

6.6 Beschouwing

Huisartsen hebben verschillende opvattingen over hun beroep, over hetgeen wel en niet tot de taak van de huisarts behoort en de wijze van omgaan met patiënten. Het bleek mogelijk deze samen te vatten in twee verschillende basishoudingen die artsen typeren. 'Moderne' artsen hebben een democratische houding tegenover de patiënt, vinden het belangrijk dat de patiënt goed geïnformeerd is en rekenen een breed scala aan klachten op psychisch en somatisch terrein tot hun taak. 'Traditionele' artsen zijn wat minder patiëntgericht en hebben een wat smallere taakopvatting. Zij schrijven bovendien sneller een geneesmiddel voor dan moderne artsen.

Hiermee zijn twee verschillende benaderingen in kaart gebracht, die beschouwd kunnen worden als de neerslag van ontwikkelingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Zo is de relatie tussen arts en patiënt in de loop der tijd veranderd. Aanvankelijk was het de arts die de vragen stelde en de besluiten nam, later lag het accent meer op de inbreng van de patiënt. Dit maakte het noodzakelijk dat de patiënt door de arts goed geïnformeerd wordt (Ong et al. 1995). Bij de traditionele artsen in dit onderzoek heeft dit laatste idee wat minder

minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste landen te zijn toegenomen. Dit kan te maken hebben met de verbetering van de gezondheidszorg, maar ook met andere factoren, zoals de verbetering van de levensstandaard en de verbetering van de gezondheidszorg.

ingang gevonden dan bij de moderne artsen. Ook denkbeelden over het takenpakket van de huisarts en het voorschrijven van geneesmiddelen zijn in de loop der tijd veranderd. Deze ideeën zijn terug te vinden in de richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig handelen van het Nederlands huisartsengenootschap, waarin het accent ligt op zo veel mogelijk behandelen door de huisarts zelf, weinig voorschrijven van geneesmiddelen en weinig verwijzen naar de tweede lijn. Een recente enquête onder huisartsen (Grundmeijer et al. 1995) laat zien dat op dit moment deze opvattingen door het merendeel van de huisartsen worden onderschreven. Dit is enigszins in strijd met de in dit onderzoek gevonden tweedeling. Het is mogelijk dat de opvattingen van artsen de laatste jaren, mede onder invloed van deze richtlijnen, meer op elkaar zijn gaan lijken. In hoeverre dat tot een meer uniform gedrag heeft geleid, blijft vooralsnog een vraag. Bovendien moet bedacht worden dat het bij de gehanteerde typering (modern versus traditioneel) gaat om relatieve verschillen, die mogelijk bij een vergelijking met andere artsen in Europa aan betekenis verliezen, maar die desondanks wel zinvol zijn voor een vergelijking van artsen binnen Nederland.

Er zijn verschillende, elkaar aanvullende verklaringen te geven voor het geconstateerde onderscheid tussen moderne en traditionele huisartsen. De eerste heeft te maken met de periode waarin ze hun opleiding volgden. Traditionele artsen zijn gemiddeld eind jaren zestig afgestudeerd, moderne artsen rond het midden van de jaren zeventig. De professionalisering van de huisartsgeneeskunde kreeg in die periode een stevig fundament met de komst van de huisartsopleiding in 1974. Nieuwe huisartsen zijn daardoor gesocialiseerd op een opleiding waarin een brede taakopvatting en een patiëntgerichte benadering belangrijk werden gevonden.

Het lijkt erop dat voor moderne artsen het conformeren aan het ideale beroepsbeeld en in samenhang daarmee gerichtheid op collega's relatief belangrijk is. De tweede verklaring sluit hierop aan en heeft te maken met het type praktijk waarin de moderne arts werkzaam is. De moderne arts is vaker werkzaam in een groepspraktijk of een gezondheidscentrum (overigens voor een deel ook omdat hij/zij daar bewust voor gekozen heeft). Aannemelijk is dat huisartsen in groepspraktijken zich meer op hun collega's zullen richten dan huisartsen die solistisch werkzaam zijn. Het patiëntgerichte gedrag wordt in deze praktijkvormen bevestigd door collega's en bovendien ook nog gefaciliteerd, doordat intercollegiaal overleg in gevallen van twijfel eenvoudig mogelijk is.

De verschillen in opvatting tussen artsen komen tot uiting in het handelen van de huisarts. De moderne arts geeft in vergelijking met de traditionele arts meer voorlichting, kijkt vaker de zaak even aan, doet minder diagnostisch onderzoek, schrijft minder snel medicijnen voor en verwijst minder snel. Als gevolg hiervan duren de contacten bij moderne artsen gemiddeld gesproken langer. Beide groepen verschillen niet van elkaar in de mate waarin zij een gesprek voeren met de patiënt en in de mate waarin zij diagnostiek aanvragen. Deze verschillen kunnen niet worden toegeschreven aan verschillen in aard van de klacht, want daarvoor is statistisch gecontroleerd.

Een opmerking die hierbij moet worden gemaakt, betreft de hardheid van gegevens uit zelfregistratie. Met name items als voorlichting, gespreksvoering en even aankijken laten veel ruimte voor interpretatie. Uit een valideringsonderzoek blijkt echter dat de de schatting van de tijdsduur door de artsen betrouwbaar is (correlatie van 0,78 met handgeklokte tijden). Het feit dat het geven van meer voorlichting samenhangt met een langere contactduur vormt een bevestiging van de indruk dat het hier om een valide uitkomst gaat.

Kennelijk is het voor moderne huisartsen mogelijk om hun opvattingen in daden om te zetten en verwijzingen en medicijnvoorschriften te vervangen door meer aandacht te geven aan patiënten in de vorm van meer voorlichting en langduriger contacten. In hoeverre patiënten invloed hebben op wat er in het contact gebeurt, komt nu aan de orde.

Alle patiënten zouden in principe door een arts 'gelijk' behandeld moeten worden, maar de praktijk leert anders (Roter 1991). De in dit onderzoek gevonden resultaten bevestigen de uitkomsten van eerder onderzoek. Vrouwen krijgen in het algemeen wat meer aandacht dan mannen, dat wil zeggen dat ze meer voorlichting krijgen en dat de arts wat meer tijd aan hen besteedt. Ook aan hoog opgeleiden wordt relatief veel tijd besteed en er vindt vaker gespreksvoering plaats met deze groep. Deze resultaten komen overeen met bevindingen uit ander onderzoek (Stewart 1983; Waitzkin 1985; Roter 1991). Oudere mensen krijgen minder aandacht van de huisarts waar het voorlichting en diagnostisch onderzoek betreft. Dat is niet zo verwonderlijk. Hoewel er uitsluitend gekeken is naar eerste contacten, dat wil zeggen contacten waarbij de patiënt een nieuwe klacht presenteert, is dit bij ouderen waarschijnlijk niet de eerste keer dat er van een dergelijke klacht sprake is. De arts zal dus sneller terug kunnen grijpen op wat al bekend is, zowel bij de patiënt als bij hem-/haarzelf. Dat maakt voorlichting en diagnostisch onderzoek minder vaak noodzakelijk. Opmerkelijk is hier dat ondanks het feit dat ouderen minder voorlichting krijgen en er minder interne diagnostiek plaatsvindt, de contacten gemiddeld toch langer duren. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat ouderen meer tijd nodig hebben om hun verhaal te vertellen. Allochtone patiënten, ten slotte, krijgen vaker een recept mee, hetgeen ook overeenkomt met resultaten uit eerder onderzoek (De Haan 1984; Slegt et al. 1985; Van Wieringen et al. 1987).

Aangenomen kan worden dat huisartsen patiënten niet bewust verschillend behandelen, maar dat het verschil dat artsen maken tussen (groepen) patiënten voor een groot deel toe te schrijven zal zijn aan de wijze waarop patiënten hun invloed doen gelden tijdens het contact. Het lijkt erop dat vrouwen, hoog opgeleiden, allochtonen en jongeren in sterkere mate invloed uitoefenen op wat in het contact gebeurt. Zo is in eerder onderzoek vastgesteld dat vrouwen en hoog opgeleiden meer vragen stellen en zich bezorgder tonen, hetgeen kan verklaren dat ze relatief vaak voorlichting en informatie krijgen (Roter 1991). Het is van belang om in dit verband op te merken dat de invloed van de hoog opgeleide patiënt kennelijk niet leidt tot het voorschrijven van meer medicijnen en tot meer verwijzingen. Bij het voorschrijven van medicijnen is zelfs het omgekeerde het geval: bij hoog opgeleiden worden minder medicijnen voorgeschreven. Dat zou tot

minder doen dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de meeste landen te zijn toegenomen. Dit kan te maken hebben met de toegenomen aandacht voor de patiënt en de verbetering van de gezondheidszorg.

de conclusie kunnen leiden dat hoog opgeleiden eerder om meer aandacht van de huisarts vragen en laag opgeleiden eerder om een pilletje. Ook allochtone patiënten krijgen vaker een recept mee, wat deels kan worden toegeschreven aan een ander verwachtingspatroon (De Haan 1984; Slegt et al. 1985). Op basis van een gezondheidsenquête onder Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam, concluderen Uniken Venema et al. (1992) dat Turkse respondenten het vanzelfsprekend vinden de huisarts te bezoeken als ze ziek zijn, ook wanneer de oorzaak van de ziekte vooral op psychosociaal vlak ligt, maar dat ze vooral de somatische klacht een zaak voor de huisarts vinden. Dat duidt erop dat ze bij de huisarts vooral somatische klachten zullen presenteren, wat er weer toe leidt dat de huisarts sneller geneigd zal zijn een medicijn voor te schrijven dan in te gaan op mogelijke achterliggende psychosociale problemen. Het beeld dat allochtonen van de arts hebben als een behandelaar van somatische klachten, wordt hierdoor versterkt. Er is dus sprake van een wisselwerking, die somatische fixatie in de hand werkt. Daarnaast kunnen communicatieproblemen medicatie in de hand werken (Van Dijk 1990). Het gaat hierbij niet alleen om concrete taalproblemen, maar ook om interpretatieverschillen en verschillen in opvattingen. Kortom, arts en patiënt verstaan elkaar wel, maar begrijpen elkaar niet. Dat allochtone patiënten relatief vaak een recept meekrijgen, lijkt dan ook ten dele toegeschreven te moeten worden aan het onvermogen van de huisarts adequaat met deze patiënten om te gaan. Overigens valt hier een parallel te trekken met de laag opgeleide patiënt, die eveneens relatief snel een recept krijgt. In grote lijnen kunnen hier dezelfde mechanismen een rol spelen: enerzijds patiënten die hun klacht vooral in somatische termen presenteren en van de arts concrete oplossingen verwachten in de vorm van een medicijn en anderzijds de huisarts die bij deze groep meer moeite heeft om duidelijk te maken dat een recept niet nodig is.

Vastgesteld kan dus worden dat zowel aan de kant van de arts als aan de kant van de patiënt niet-medische factoren invloed hebben op wat er in het contact met de huisarts gebeurt. Nu rest nog de vraag in hoeverre beide op elkaar inwerken of, met andere woorden, in hoeverre de invloed van de patiënt op wat er gebeurt in het contact met de huisarts anders is bij moderne huisartsen dan bij traditionele huisartsen. Verondersteld werd hier dat de invloed van de patiënt minder zou zijn naarmate de huisarts bepaalde door de patiënten gevraagde verrichtingen toch al vaker verricht. Bij de moderne huisarts, die veel voorlichting geeft en langdurige contacten heeft, zal een patiënt minder snel vragen om nog meer voorlichting. Bij de traditionele arts, die veel voorschrijft en verwijst, zal een patiënt niet snel vragen om nog meer voorschriften of verwijzingen. In het algemeen werden slechts weinig aanwijzingen gevonden die deze veronderstellingen ondersteunen. De hiervoor genoemde effecten van patiëntkenmerken op de inhoud en duur van het contact bestaan in grote lijnen voor zowel de traditionele als de moderne artsen. Dit betekent dat ook bij artsen die bij voorbeeld al veel voorlichting geven en langere contacten hebben, patiënten van het vrouwelijk geslacht nog meer voorlichting vragen. Met andere woorden, het gedrag van de arts en de patiënt is grotendeels onafhankelijk van elkaar. Op één punt werden de verwachtingen wel bevestigd. Hoger opgeleide patiënten voeren vaker een gesprek met moderne

artsen dan met traditionele artsen. Zij vragen echter niet vaker om voorlichting bij traditionele artsen en ook vragen zij niet vaker om een recept of een verwijzing bij moderne artsen.

Wat zijn nu de consequenties van de bevindingen van dit onderzoek voor de toekomstige ontwikkeling voor de medische consumptie in de huisartspraktijk? Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de huisarts van de toekomst meer zal lijken op de moderne huisarts en dat de patiënt van de toekomst gemiddeld hoger opgeleid zal zijn. Een trend naar een groter aantal moderne huisartsen zou betekenen dat er meer voorlichting aan de patiënt plaatsvindt, de huisarts het vaker even aankijkt, er minder diagnostiek plaatsvindt en minder snel naar het receptenblok wordt gegrepen. Het betekent ook dat de arts-patiëntcontacten gemiddeld langer zullen duren. Daarnaast betekent meer hoog opgeleide patiënten een trend naar meer aandacht voor de patiënt en minder voorschrijven van medicijnen. Voor een belangrijk deel vinden deze ontwikkelingen los van elkaar plaats. Ook in de toekomst zal er ongelijkheid blijven bestaan in de behandeling van patiënten door de huisarts. Naarmate er meer moderne artsen komen kan wel uit het onderzoek worden afgeleid dat de ongelijkheid op bepaalde punten iets geringer wordt. Zo maken moderne artsen minder verschil tussen laag en hoog opgeleiden in het aangaan van een gesprek dan traditionele artsen.

Een andere trend is die naar meer allochtone patiënten. Dat zou kunnen leiden tot meer voorschrijven van medicijnen als huisartsen er in de toekomst niet beter in zullen slagen aan de patiënt duidelijk te maken dat een recept niet altijd nodig is. Een wederzijds gewenningsproces, van de arts aan de multiculturele samenleving en van de patiënt aan de bedrijfscultuur van de Nederlandse huisarts, zal daarvoor nodig zijn.

Noot

¹ Behalve bij de arts of de patiënt kan het initiatief ook nog bij beiden liggen of bij een externe instantie, bij voorbeeld de medisch specialist. Hier wordt uitsluitend gekeken naar de eerste twee mogelijkheden.

Literatuur

- Bensing (1991)
Bensing, J.M. Impliciete theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie. In: Huisarts en wetenschap 34 (1991) 7 (311-319).
- Bensing et al. (1991)
Bensing, J.M., M. Foets, J. van der Velden en J. van der Zee. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. In: Huisarts en wetenschap 34 (1991) 2 (51-60).
- Delnoij (1994)
Delnoij, D.M.J. Physician payment systems and cost control. Utrecht: RUU/Nivel, 1994 (proefschrift).
- Delnoij et al. (1992)
Delnoij, D.M.J., T.J.J.M.T. Kersten en L.J. Stokx. Geld, zorg en geldzorgen: honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing. Utrecht: Nivel, 1992.
- Van Dijk (1990)
Dijk, R. van. Gezondheid en gezondheidszorg. In: H.B. Entzinger en P.J.J. Stijnen (red.). Etnische minderheden in Nederland. Heerlen: Open universiteit, 1990.
- Fleming (1993)
Fleming, D.M. The european study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis publishers, 1993 (proefschrift).
- Foets en Van der Velden (1990)
Foets, M., en J. van der Velden. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- Foets et al. (1991)
Foets, M., L. Stokx, J. Hutten en H. Sixma. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De huisartsenquête: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.
- Gloerich en Van der Zee (1992)
Gloerich, A.B.M., en J. van der Zee. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweede lijn. Deelproject van de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
- Goldstein (1995)
Goldstein, H. Multilevel statistical models. London/New York: Edward Arnold/Halstead Press, 1995.
- Groenewegen (1995)
Groenewegen, P.P. Modelling van het gedrag van hulpverleners en patiënten. Lezing gehouden op studiedag ICS op 6 oktober 1995 te Utrecht.
- Groenewegen et al. (1992)
Groenewegen, P.P., D.H. De Bakker en J. van der Velden. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
- Grundmeijer et al. (1995)
Grundmeijer, H.G.L.M., J.M.A. Hendrick en J.P.M. van der Voort. Huisarts en zinvol handelen. Opvattingen van Nederlandse huisartsen. In: Medisch contact 50 (1995) 17 (557-560).
- De Haan (1984)
Haan, M. de. Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartspraktijk. In: Huisarts en wetenschap 27 (1984) (345-348).
- Hofmans-Okkes (1991)
Hofmans-Okkes, I.M. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: MEDitekst, 1991 (proefschrift).
- Kersten (1991)
Kersten, T.J.J.M.T. De invloed van huisartsen in de tweede lijn. Utrecht: Nivel, 1991 (proefschrift).

- Laeyendekker (1990)
 Laeyendekker, L. Gezondheidsstreven, spiegel der cultuur. In: E. Dekker en E. Elsinga (red.), Mensen en machten in de gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum, 1990.
- Lamberts en Woods (1987)
 Lamberts, H., en M. Woods. International classification of primary care. Oxford: Oxford university press, 1987.
- Luijten en Tjadens (1995)
 Luijten, M.C.G., en F.L.J. Tjadens. Huisartsen in achterstandswijken. De werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden: Research voor beleid, 1995.
- De Maeseneer (1990a)
 Maeseneer, J. de. Attitudes van huisartsen. Een onderzoek aan de RU Gent (deel 1). In: Huisarts nu 19 (1990) 5 (228-234).
- De Maeseneer (1990b)
 Maeseneer, J. de. Attitudes van huisartsen. Een onderzoek aan de RU Gent (deel 2). In: Huisarts nu 19 (1990) 7 (324-331).
- Mokkink et al. (1986)
 Mokkink, H.G.A., V.C.L. Tielens, A.J.A. Smits en R.P.T.M. Grol. Werkstijlen van huisartsen. Een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen. In: Huisarts en wetenschap 29 (1986) (72-76).
- Mokkink et al. (1993)
 Mokkink, H.G.A., C.M.A.M. Schellekens en V.C.L. Tielens. Consultduur in de huisartspraktijk. Een studie naar de consultduur in relatie tot patiënt- en klachtkenmerken en de kwaliteit van het handelen van de huisarts. In: Huisarts en wetenschap 36 (1993) 9 (285-290).
- Mol en Van Lieshout (1989)
 Mol, A.P., en P. van Lieshout. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taak van de huisartsgeneeskunde, 1945-1985. Nijmegen: Sun, 1989.
- Ong et al. (1995)
 Ong, L.M.L., J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos en F.B. Lammes. Doctor-patient communication: a review of the literature. In: Social science and medicine 40 (1995) 7 (903-918).
- Oosterbaan en Zeldenrust (1985)
 Oosterbaan, H., en W. Zeldenrust. Gescheiden wegen. Sociale netwerken, protoprofessionalisering, psychische problemen en hulpzoekend gedrag bij gescheiden mensen. Utrecht: NcGv, 1985.
- Rasbash et al. (1995)
 Rasbash, J. G. Woodhouse, H. Goldstein, M. Yang, J. Howarth en I. Plewis. MLn command reference, version 1.0. Londen: University of London/Institute of education, 1995.
- Roter (1991)
 Roter, D.L. The influence of patient characteristics on communication between the doctor and the patient. In: Huisarts en wetenschap 34 (1991) 7 (295-301).
- Rutten en Thomas (1993)
 Rutten, G.E.M.M., en S. Thomas (red.). NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- Slegt et al. (1985)
 Slegt, A.C., H.A. van Kessel-Al en H.J. Brouwer. Ziektegedrag van allochtone patiënten. Een retrospectief onderzoek in een Amsterdamse huisartspraktijk. In: Huisarts en wetenschap 28 (1985) (289-293).
- Stewart (1983)
 Stewart, M. Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. In: Family practice 1 (1983) 1 (30-36).
- De Swaan (1982)
 Swaan, A. de. De mens is de mens een zorg. Amsterdam: Meulenhof, 1982.
- Thomas (1994)
 Thomas, S. De positie van standaarden en adviezen van het Nederlands huisartsengenootschap. In: Nederlands tijdschrift geneeskunde 138 (1994) (2638-2640).

minder doet dan mensen die gezondheid niet zo belangrijk vinden. De tevredenheid over de gezondheidszorg lijkt in de praktijk te verschillen van tevredenheid over de tevredenheid over de gezondheidszorg. Dit is zeer te verwachten.

- Tielens et al. (1986)
Tielens, V.C.L., H. Mokkink en P. Mesker. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts.
In: Huisarts en wetenschap 29 (1986) (44-48).
- Uniken Venema et al. (1992)
Uniken Venema, H.P., H.F.L. Garretsen en P.J. van der Maas. Een enquête naar gezondheid en huisartsbezoek onder Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. In: Nederlands tijdschrift geneeskunde 136 (1992) 22 (1065-1068).
- Verhaak (1984)
Verhaak, P.F.M. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. In: Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 62 (1984) 11 (450-454).
- Verhaak (1986a)
Verhaak, P.F.M. Bewerkelijkheid van huisartsconsulten met verschillende klachten of patiënten, uitgedrukt in tijd. In: Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 64 (1986) 17 (559-562).
- Verhaak (1986b)
Verhaak, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: Nivel, 1986.
- Verhaak et al. (1991)
Verhaak, P.F.M., J.M. Bosman en J. van der Velden. Preventie. Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- Waitzkin (1985)
Waitzkin, H. Information giving in medical care. In: Journal health social behaviour 26 (1985) (81-101).
- Webb en Lloyd (1994)
Webb, S., en M. Lloyd. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. In: British journal of general practice 44 (1994) (165-169).
- Van Wieringen et al. (1987)
Wieringen, J.C.M. van, A. Leentvaar-Kuijpers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt en H.A. van Kessel-Al. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen. Een onderzoek in 12 Amsterdamse huisartspraktijken. In: Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 65 (1987) 18 (587-592).
- Zaat et al. (1991)
Zaat, J.O.M., J.Th.M. van Eijk en H.A. Bonte. Mag het ook een testje minder? De invloed van een beperking van het aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. In: Huisarts en wetenschap 34 (1991) 2 (72-77).