

Het gedrag van hulpverleners en patiënten

Toepassingen van de methode van de sociologische modelbouw

P.P. Groenewegen *

Medische sociologie is toegepaste sociologie. Voor zover algemene theorieën uit de sociologie niet direct voorhanden zijn om toe te passen voor de oplossing van medisch-sociologische probleemstellingen, kan de methode van de sociologische modelbouw uitkomst bieden. Elementen van sociologische modelbouw zijn een eenvoudige theorie over menselijk gedrag, assumpties over de invloed van sociale omstandigheden en institutionele structuren op

het gedrag van mensen en transformaties van het gedrag van mensen naar bovenindividuele verschijnselen. De methode wordt toegelicht aan de hand van de interactie tussen hulpverleners en patiënten. De uitkomsten van deze interactie worden beïnvloed op drie niveaus: de context van het concrete contact, de sociale context van respectievelijk hulpverleners en patiënten en de context van het gezondheidszorgsysteem.

Trefwoorden: medische sociologie, hulpverleners, patiënten, interactie

Medische sociologie houdt zich bezig met de wetenschappelijke studie van sociale aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg.¹ De opvatting van medische sociologie als toegepaste sociologie² veronderstelt dat algemene, theoretische inzichten uit de sociologie worden toegepast om vraagstellingen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg te beantwoorden.³ Met uitzondering van enkele specifieke deelgebieden van de sociologie, zoals die ontwikkeld zijn rond sociale ongelijkheid⁴ en netwerken⁵, is er een grote kloof tussen algemene, theoretische inzichten en concrete toepassingen. Die kloof wordt overbrugd met behulp van de methode van de sociologische modelbouw.^{6,7}

De methode van de sociologische modelbouw bestaat uit een combinatie van elementen. Het algemene principe achter het hoe en waarom van het handelen van mensen is ontwikkeld op basis van de gedragswetenschappen, vooral de besliskunde, en wordt ook gebruikt in de economie. Om een concreet verschijnsel te verklaren wordt aangegeven welke handelende personen een rol spelen, wat hun opties zijn en waardoor hun keuzes worden bepaald. Daarbij wordt enerzijds de invloed gespecificeerd van sociale omstandigheden en institutionele regels op het gedrag van mensen; anderzijds wordt uitgewerkt hoe het gedrag van meerdere handelende personen tezamen weer leidt tot bovenindividuele uitkomsten.⁸

In dit artikel wordt een aantal aspecten van de methode van sociologische modelbouw aan de orde gesteld aan de hand van voorbeelden op het gebied van het gedrag van hulpverleners en patiënten en hun interactie. De methode van de sociologische modelbouw kan worden gebruikt als heuristiek of 'plan van aanpak' voor de opbouw van verklaringen voor verschijnselen die de medische sociologie bestudeert. De relatie hulpverlener-patiënt kan vanuit

het gezichtspunt van de sociologische modelbouw worden gezien als de interactie tussen twee doelgericht handelende personen die hun hulpbronnen gebruiken en beperkingen ondervinden op verschillende niveaus. Deze interactie wordt gekenmerkt door asymmetrie. Beperkingen en hulpbronnen liggen op het niveau van de situationele context van het concrete contact, de sociale context van ieder van beiden en de institutionele structuur van het gezondheidszorgsysteem die op beider gedrag van invloed is.

THEORIE VAN DOELGERICHT HANDELEN

Een belangrijk element van de sociologische modelbouw is een theorie over het gedrag van mensen. We gaan er vanuit dat mensen doelgericht handelen en in beperkte zin rationeel zijn, dat wil zeggen rationeel tegen de achtergrond van de kennis en ideeën die zij zelf hebben over relaties tussen doelen en middelen, wat wel genoemd wordt 'bounded rationality'.⁹ Dit uitgangspunt is in overeenstemming met de bevinding uit kwalitatief medisch-sociologisch onderzoek dat patiënten hun eigen ideeën hebben over de oorzaken van hun ziekten en over wat daaraan gedaan zou moeten worden, en dat zij daar ook naar handelen.¹⁰ Een belangrijke vraag voor sociologen is of die ideeën systematisch verschillen tussen sociale categorieën.

Of mensen hun doelen bereiken wordt beïnvloed door de restricties waarmee zij te maken hebben en de hulpbronnen waarover zij kunnen beschikken. Langs deze weg wordt de verbinding gelegd met de sociale en institutionele context. In het leggen van deze verbindingen ligt de bijdrage van de sociologie aan de verklaring van verschijnselen op het gebied van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Uitgaande van een theorie van doelgericht handelen is dit beter realiseerbaar dan wanneer van een socialisatie- of leertheorie zou worden uitgegaan. Daarnaast spelen bij de laatste ook problemen rond de verklaring van reacties op veranderende omstandigheden en rond gegevensverzameling een rol.¹¹

* P.P. Groenewegen, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Vakgroep Sociologie/ICS, Vakgroep Toegepaste Geografie en Planologie, Universiteit Utrecht

Algemene doelstellingen	Fysiek welzijn	Sociale waardering
Instrumentele doelstellingen	Inkomen/vrije tijd	Waardering door patiënten of door collega's
Structurele condities	Beïnvloed door betalingssysteem	Beïnvloed door praktijkvorm of specialisme

Figuur 1 Specificatie van algemene doelstellingen van hulpverleners

Macro-probleem	Gedrag (micro)	Instrumentele doelstellingen	Restricties
Spreiding van huisartsen	Keuze van vestigingsplaats	Inkomensverwerving, professionele contacten	Systeem
Verschillen in werkbelasting	Allocatie van tijd	Inkomen/vrije tijd, sociale waardering	Systeem Praktijk, hulpverlener
Variatie in medisch handelen	Verwijzen of zelf behandelen	Inkomen, sociale waardering, gezondheid patiënt	Systeem Praktijk, hulpverlener Contact

Figuur 2 Voorbeelden van de toepassing van sociologische modelbouw op drie onderzoeksterreinen

Als uitgegaan wordt van een theorie van doelgericht handelen als bouwsteen, moet aangegeven worden tegen welke achtergrond mensen hun keuzen afwegen; er moet worden aangegeven op welke doelen mensen zich richten. Een systematische aanpak daarvan wordt gegeven in de sociale productiefunctie benadering.^{12,13} Daarin wordt uitgegaan van twee uiteindelijke doelen die alle mensen nastreven, het bereiken van fysiek welzijn en sociale waardering. Deze benadering is dus breder dan de economische, waarin veelal wordt uitgegaan van nutsmaximalisatie met als nutsargumenten inkomen en vrije tijd.

Het hangt af van institutionele en sociale omstandigheden op welke manieren, ofwel via welke tussenliggende of instrumentele doelen, mensen hun uiteindelijke doelstellingen kunnen bereiken. Binnen gegeven restricties en gebruikmakend van de hulpbronnen waarover zij beschikken, streven zij ernaar deze doelen zo goed mogelijk te bereiken. Aannamen over verschillen in waardering van doelen worden zo nodig pas gemaakt bij de specificatie van instrumentele doelen, waarbij deze verschillen gerelateerd kunnen worden aan institutionele en sociale omstandigheden.

HET GEDRAG VAN HULPVERLENERS

Uitgangspunt is dat hulpverleners streven naar fysiek welzijn en sociale waardering. Een belangrijke instrumentele doelstelling voor het verkrijgen van sociale waardering, die specifiek van belang is voor de voorspelling van het gedrag van hulpverleners, is de gezondheid van de patiënt. Via deze doelstelling vindt afstemming van het gedrag van hulpverleners en hun patiënten plaats. Hulpverleners hebben veelal een lange opleiding en professionele socialisatie achter de rug, waardoor de gezondheid van de patiënt voor hen een belangrijke doelstelling is geworden. Het feit dat hulpverleners ook andere instrumentele doelstellingen hebben, maakt begrijpelijk dat hulpverleners niet noodzakelijk perfecte agenten zijn voor hun patiënten.^{14,15} De keuzen die zij maken om de gezondheid van patiënten te bevorderen hebben gevolgen voor andere doelstellingen: ze kosten tijd, leveren inkomen op, of leiden tot goedkeurende of afkeurende reacties van collega's. Een voorbeeld van de manier waarop algemene doelstellingen worden gespecificeerd, wordt in figuur 1 gegeven.

Hoe hulpverleners bijvoorbeeld de combinatie van inkomen en vrije tijd kunnen optimaliseren, hangt af van structurele condities, zoals het betalingssysteem. Betaling

per verrichting maakt het uitvoeren van meer verrichtingen aantrekkelijk, omdat daardoor het inkomen wordt verhoogd.¹⁶ Een ander voorbeeld van een structurele conditie is het gegeven dat artsen die in een solopraktijk werken voor het verkrijgen van sociale waardering meer afhankelijk zijn van patiënten, terwijl artsen die in groepen samenwerken sociale waardering van hun collega's kunnen krijgen.¹⁷

Restricties op het gedrag van hulpverleners

Bij het streven naar hun doelstellingen hebben hulpverleners te maken met restricties en hulpbronnen op drie niveaus. Het eerste niveau is de context van het contact tussen zorgverlener en patiënt (micro-niveau), het tweede niveau dat van de zorgverlener en/of zijn praktijk (meso-niveau) en het derde niveau dat van de instituties en structuur van de gezondheidszorg (macro-niveau).

Het klinkt als een open deur om te stellen dat het gezondheidsprobleem dat patiënten presenteren in belangrijke mate van invloed is op wat hulpverleners (kunnen) doen. Dat is het niet, want gezondheidsproblemen verschillen in de mate waarin ze beslissingsvrijheid laten aan hulpverleners; voor sommige gezondheidsproblemen is duidelijk welke gedragslijn gevolgd moet worden, terwijl de beslissingsruimte voor andere veel groter is.¹⁸

Restricties op het niveau van de hulpverleners en hun praktijken hebben betrekking op hulpbronnen, zoals vaardigheden en uitrusting van de praktijk, en restricties als werkdruk en beschikbaarheid van bedden en operatiekamers.

Restricties op het landelijke niveau van het gezondheidszorgsysteem hebben betrekking op de structuur en institutionele regels van de gezondheidszorg, zoals het systeem van honorering, verzekering en bekostiging.

In de empirisch-theoretische studies waarin deze gedachten zijn ontwikkeld, stonden uiteenlopende verklaringsproblemen op macro-niveau centraal en daardoor ook verschillende keuzen of gedragingen op micro-niveau. Die keuzen of gedragingen op micro-niveau verschillen in de mate waarin ze zich richten op het professioneel handelen van hulpverleners, de uitgebreidheid van het model van het gedrag van hulpverleners en de soorten restricties waarmee rekening wordt gehouden (figuur 2).

In de eerste groep toepassingen over vestiging en spreiding van hulpverleners¹⁹⁻²¹ gaat het om niet specifiek professioneel gedrag, speelt de gezondheid van patiënten geen rol als (instrumentele) doelstelling en worden restric-

ties voornamelijk gezocht op het niveau van het gezondheidszorgsysteem. De common-sense gedachte dat hulpverleners zich daar vestigen waar hun zorg het hardst nodig is, kan op basis van zo'n aanpak worden genuanceerd. Afhankelijk van de aard van het honorerings- en verzekeringsstelsel zijn zowel situaties te voorspellen waarin hulpverleners zich vestigen in gebieden waar de vraag naar hun zorg groot is, als situaties waarin ze dat niet zullen doen. Vergelijk (bij gelijke andere omstandigheden) betaling in de vorm van een vast bedrag per patiënt ongeacht het feitelijk zorggebruik (abonnement) en betaling per verrichting. In het eerste geval is er geen stimulans tot vestiging in plaatsen waar de vraag groot is; in het tweede geval is er een stimulans tot vestiging waar de koopkrachtige vraag groot is. Op deze manier kan de 'inverse care law'²² - daar waar de hulpvraag het grootst is, is de beschikbaarheid van hulpverleners het laagst - optreden.

In de tweede groep toepassingen, over allocatie van tijd^{23,24}, gaat het om professioneel gedrag, speelt de gezondheid van patiënten een indirecte rol als een van de bronnen van sociale bevestiging en worden naast restricties op het niveau van het gezondheidszorgsysteem restricties op het niveau van hulpverlener en praktijk gespecificeerd.

In de derde groep toepassingen, over keuzen van hulpverleners in de zorg voor patiënten, gaat het om professioneel gedrag, speelt de gezondheid van patiënten als doelstelling een overwegende rol en worden naast restricties op het niveau van het systeem en van de hulpverlener of praktijk restricties op het niveau van de context van het contact gespecificeerd.²⁵

HET GEDRAG VAN PATIËNTEN

In het onderzoek dat zich bezighoudt met het gedrag van patiënten is de aanpak van sociologische modelbouw veel minder gebruikelijk dan in het onderzoek naar hulpverleners. Wel is in de micro-economie het investeringsmodel van Grossman bekend dat mogelijk als basis kan dienen voor de verdere uitbouw van modellen ter verklaring van het gedrag van patiënten.^{26,27} Er kan in ieder geval van worden uitgegaan dat gezondheid een instrumenteel doel is voor patiënten en dat het gebruik van gezondheidszorg weer instrumenteel kan zijn voor het bereiken of herwinnen van gezondheid. Patiënten hebben daarnaast andere instrumentele doelstellingen die zij in hun interacties met hulpverleners zullen proberen te realiseren. Behalve oplossingen voor hun gezondheidsproblemen zoeken zij ook naar reductie van angst en onzekerheid²⁸ of naar snelle of juist langzame oplossingen (bijvoorbeeld in verband met ziekteverzuim).

Restricties op het gedrag van patiënten

Bij de ontwikkeling van een sociologisch model van de patiëntenkant zullen eveneens restricties op verscheidene niveaus kunnen worden onderscheiden, afhankelijk van de onderzochte vraagstelling. Als men de relatie tussen rechtstreekse toegang tot specialistische zorg dan wel toegang via de verwijzing en de kosten van de gezondheidszorg onderzoekt, spelen vooral restricties op het niveau van het gezondheidszorgsysteem een rol. Bij de analyse van verschillen in medische consumptie tussen

ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten spelen naast dergelijke restricties op het macro-niveau ook restricties op het niveau van de patiënt en zijn of haar context (verschillen in gezondheid, sociaal-economische hulpbronnen) een rol.²⁹ Als men, ten slotte, verschillen onderzoekt in de mate waarin patiënten de adviezen van huisartsen opvolgen, dan spelen naast restricties op de eerder genoemde niveaus ook restricties op het niveau van het contact tussen zorgverlener en patiënt een rol.³⁰ Binnen contacten oefenen patiënten invloed uit op het handelen van hulpverleners, zoals de beslissing om een patiënt te verwijzen. Zeker als men andere 'uitkomsten' van het contact wil verklaren, zoals de tevredenheid van patiënten, moet ook een verder uitgewerkt model van het handelen van patiënten en de interactie tussen patiënten en hulpverleners worden gebruikt.

INTERACTIE TUSSEN PATIËNTEN EN HULPVERLENERS

Het gedrag van patiënten en hulpverleners is op elkaar betrokken, doordat de gezondheid van de patiënt een instrumenteel doel van beiden is. De relatie tussen hulpverleners en patiënten wordt over het algemeen getypeerd als asymmetrisch. De asymmetrie heeft betrekking op:

- het belang dat aan de consultatie wordt gehecht; voor een patiënt is er maar één probleem en dat is het zijne/hare, terwijl er voor een hulpverlener vele patiënten en vele problemen zijn.³¹
- informatie; hulpverleners hebben informatie die patiënten niet hebben, op grond waarvan ze de aard en oorzaken van de gezondheidsproblemen van patiënten kunnen beoordelen en een therapie kunnen instellen. Dit aspect van asymmetrie is het onderwerp van de theorie van agentschapsrelaties.¹⁴
- toegang tot schaarse hulpbronnen; hulpverleners hebben de mogelijkheid om middelen ter beschikking te stellen waartoe patiënten niet rechtstreeks toegang hebben, zoals bepaalde geneesmiddelen of in sommige situaties certificaten waaraan zij bepaalde rechten kunnen ontlenen.³²

Als gevolg van de asymmetrie in de relatie van hulpverleners en patiënten en van het feit dat patiënten ook andere (instrumentele) doelstellingen hebben dan hun gezondheid, lopen de verwachtingen die patiënten hebben van het consult en de verwachtingen en/of het gedrag van hulpverleners, vaak uiteen.^{33,34} Dit roept de vraag op waardoor het optreden en de omvang van de discrepantie worden bepaald en de vraag naar de uitkomsten van de interactie wanneer de verwachtingen uiteenlopen.

Optreden en omvang van discrepanties

De drie aspecten van asymmetrie corresponderen vanuit de patiënten bezien met restricties op het niveau van het contact (het belang), de patiënt (informatie) en het systeem (toegang). Discrepanties als gevolg van het verschil in belang dat een specifiek contact heeft voor patiënt en hulpverlener zullen naar verwachting samenhangen met de aard van het gezondheidsprobleem dat een patiënt aan de orde stelt en de werkdruk van de hulpverlener op dat moment.

Wat betreft de asymmetrie in informatie komt uit de literatuur naar voren dat de verschillen in verwachtingen

niet voor alle groepen van de bevolking even groot zijn. Professionele kennis verspreidt zich in toenemende mate over de bevolking. Doordat deze diffusie van informatie niet gelijkmatig verloopt, is de asymmetrie in de relatie tussen hulpverleners en patiënten minder sterk voor hoger opgeleide patiënten en in het bijzonder voor patiënten die door hun beroep of relatienetwerk in nauwer contact staan met de gezondheidszorg.³⁵

Ten slotte verwachten we dat het voorkomen van discrepanties zal verschillen tussen gezondheidszorgsystemen als gevolg van verschillen in de mate waarin de hulpverlener invloed heeft op de toegang tot schaarse hulpbronnen. Dat laatste is het geval wanneer meer gezondheidszorgvoorzieningen getrapt toegankelijk zijn (specialisten alleen na verwijzing, geneesmiddelen alleen op recept) en wanneer de toegang tot meer andere voorzieningen verloopt via een certificaat van een arts (recht op uitkering bij loonderving wegens ziekte, voorrang bij toewijzing van woning).

Ondanks het feit dat er naar men mag aannemen vaak verschillen in verwachtingen zijn of discrepanties tussen wat patiënten verwachten en wat hulpverleners doen, treden er toch weinig conflicten op. Dat heeft te maken met de gedragsalternatieven die patiënten in dergelijke situaties ter beschikking staan. Er zijn drie gedragsalternatieven te onderscheiden:

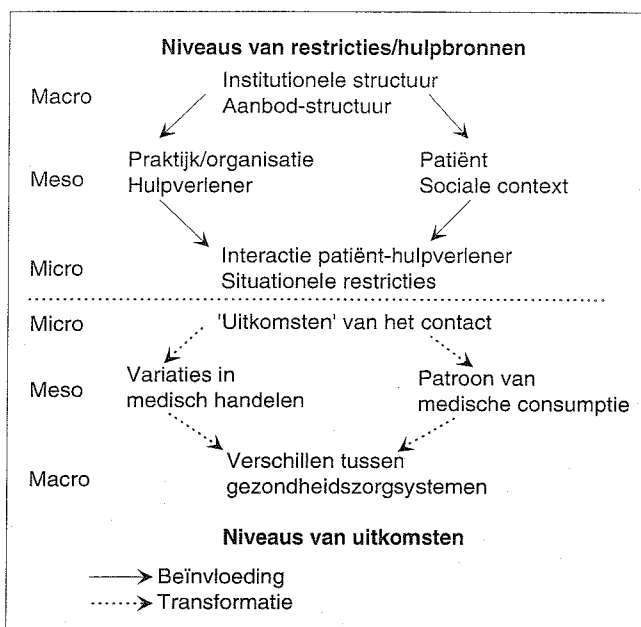
- onderhandelen en desnoods een conflict aangaan; dit is het alternatief van de 'mondige patiënt';
- naar een andere hulpverlener gaan; dit alternatief staat bekend als 'doctor shopping', terwijl ook het bezoek aan alternatieve genezers hieronder te subsumeren is;
- doen alsof men de situatie accepteert, maar de adviezen van de hulpverlener naast zich neer leggen; dit alternatief staat bekend als 'non-compliance'.

Uitkomsten van de interactie

De vraag kan nu gesteld worden welke omstandigheden van invloed zijn op de keuze van een van deze alternatieven. Het antwoord daarop is noodzakelijkerwijs schetsmatig, omdat daarvoor een meer uitgewerkt model voor het gedrag van patiënten nodig is. In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat het alternatief 'onderhandelen' in de loop van de tijd aantrekkelijker geworden zal zijn. Patiënten zijn mondiger geworden. In de loop van de tijd zijn mensen in het algemeen minder bereid geworden de richtlijnen van anderen, of dat nu opvoeders, leerkrachten of hulpverleners zijn, zonder meer op te volgen en zijn zij meer geneigd geworden die richtlijnen ter discussie te stellen en daarover te onderhandelen.³⁶

De aantrekkelijkheid van de verschillende alternatieven in concrete situaties kan ook weer afhankelijk worden gesteld van restricties op verschillende niveaus (zie de bovenste helft van figuur 3).

Op het niveau van de het contact tussen hulpverlener en patiënt veronderstellen we dat de keuze van patiënten afhangt van de aard van het gezondheidsprobleem en de wijze waarop de hulpverlener reageert. Naarmate een gezondheidsprobleem urgenter is, zullen andere doelstellingen van patiënten minder gewicht in de schaal van hun afwegingen leggen en zullen zij meer geneigd zijn de richtlijnen van hulpverleners te volgen. Doelstellingen van



Figuur 3 Interactie tussen patiënten en hulpverleners: niveaus van restricties en niveaus van uitkomsten

hulpverlener en patiënt zullen in dit geval meer met elkaar sporen. Doelstellingen van hulpverlener en patiënt zullen minder met elkaar sporen als het gezondheidsprobleem minder urgent is en de beslissingsvrijheid van de hulpverlener in sterkere mate is ingeperkt door professionele richtlijnen of protocollen. Een dergelijke situatie ontstaat bijvoorbeeld in de contacten tussen huisartsen en patiënten wanneer professionele standaarden een afwachtende houding en afzien van verwijzing voorschrijven.³⁴

Op het niveau van de patiënt zelf en zijn sociale context veronderstellen we dat de mate waarin men geneigd is tot onderhandelen wordt beïnvloed door de mogelijkheden die men heeft om zijn doelstellingen over te brengen (aan opleiding gerelateerde communicatieve vaardigheden³⁷) en door de noodzaak daartoe (samenhangend met de economische positie van mensen; denk aan de hoeveelheid tijd of geld die een behandeling kost).

Op het niveau van het systeem, ten slotte, spelen institutionele regelingen van de gezondheidszorg een rol. Die beïnvloeden de mate waarin onderlinge afstemming van gedrag tot stand komt. Institutionele regelingen zijn op twee manieren van invloed. De eerste werkt via de doelstellingen die in de interactie worden geactiveerd. Naarmate de richtlijnen of handelingen van hulpverleners door institutionele regels directere gevolgen hebben voor andere doelstellingen van patiënten, zullen zij meer geneigd zijn tot onderhandeling. Voorbeelden van dergelijke institutionele regelingen zijn eigen bijdragen voor de zorg die geleverd wordt of die voorgeschreven wordt (in de Nederlandse situatie de eigen bijdrage in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem) en certificatie van ziekteverzuim (in ons omringende landen). De tweede manier waarop institutionele regelingen van invloed zijn, werkt via de mate waarin contacten eenmalig zijn of ingebed zijn in een langer bestaande relatie. In het laatste geval werpen toekomstige interacties hun schaduw vooruit. Daarnaast verschilt de moeite die een patiënt moet doen om van hulpverlener te veranderen.³⁸ In systemen waarin hulpverleners per verrichting worden betaald, zijn hulpverleners en patiënten in het algemeen niet of slechts voor beperkte tijd door institutionele regels aan elkaar

gebonden. In systemen waarin hulpverleners per abonnement worden betaald, zijn hulpverleners en patiënten wel aan elkaar verbonden en variëren de administratieve barrières die opgeworpen zijn om wisselingen te beperken. In systemen waarin hulpverleners in loondienst zijn, zijn patiënten vaak wel aan instellingen gebonden, maar daarbinnen niet aan individuele hulpverleners. Naarmate contacten een meer eenmalig karakter hebben en hulpverleners voor hun inkomen meer afhankelijk zijn van afzonderlijke verrichtingen, hebben patiënten meer mogelijkheden tot onderhandeling. Als contacten een meer eenmalig karakter hebben en als hulpverleners voor hun inkomen minder afhankelijk zijn van afzonderlijke verrichtingen (de loondienstsituatie bij instellingen), hebben patiënten veelal minder mogelijkheden tot onderhandelen; in de klassieke situatie van Scandinavische systemen en het Verenigd Koninkrijk (voor wat betreft de NHS-ziekenhuizen) staan patiënten niet meer mogelijkheden open dan, als zij het zich kunnen veroorloven, 'met hun voeten stemmen' door naar een andere hulpverlener in de private sector te gaan. Als contacten door de institutionele regeling van honorerings- en verzekering zijn ingebed in een duurzame relatie, is er een wederzijds belang bij onderlinge afstemming van gedrag, beschikken hulpverleners over meer informatie dan alleen over het gezondheidsprobleem van het moment en ontstaan wederzijds verwachtingen over elkaars gedrag. Hulpverlener en patiënt zijn in zekere mate aan elkaar gebonden en weten dat ze met elkaar verder moeten, ook als in concrete gevallen discrepanties tussen verwachtingen of tussen verwachtingen en gedrag bestaan. In deze situatie wint het alternatief van de non-compliance aan aantrekkelijkheid.

VAN MICRO-NIVEAU NAAR MACRO-NIVEAU

Uiteindelijk is het doel van medisch-sociologisch onderzoek meestal niet de verklaring van individuele keuzen van hulpverleners en patiënten. De uitkomst van interacties tussen twee personen overstijgt al het niveau van het gedrag van elk individu afzonderlijk en vormt in die zin een bovenindividuele uitkomst. Daarnaast wordt in de onderste helft van figuur 3 ook wat betreft de uitkomsten een onderscheid gemaakt tussen drie niveaus, het micro-niveau van de concrete contacten, het meso-niveau van praktijken of instellingen en patiëntsystemen en het macro-niveau van het gezondheidszorgsysteem.

In de medische sociologie zijn de te verklaren verschijnselen meestal van een algemener karakter dan individuele keuzen. Net zo als het bij hulpverleners niet zo zeer gaat om de therapiekeuze in een specifiek geval maar om patronen in medisch handelen, gaat het aan de kant van patiënten meer om patronen van medische consumptie. De uitkomsten van de interactie tussen hulpverleners en patiënten worden getransformeerd naar hogere aggregatie-niveaus. In figuur 3 zijn geen rechtstreekse pijlen getrokken tussen restricties en uitkomsten op hogere niveaus, zoals tussen 'praktijk of organisatie van de hulpverlener' en 'variëaties in medisch handelen'. Om het mechanisme achter een dergelijke relatie (die eventueel empirisch zou kunnen worden gevonden) te begrijpen is het namelijk nodig om aannamen te maken over hetgeen zich op micro-niveau afspeelt.^{38,11}

CONCLUSIE

In dit artikel is een schets gegeven van de manier waarop de methode van de sociologische modelbouw kan worden toegepast in de medische sociologie. Het is de illustratie van een heuristisch ofwel een plan van aanpak voor de verklaring van verschijnselen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. In de sociologische modelbouw wordt uitgegaan van het adagium 'zo eenvoudig als mogelijk, zo complex als nodig'.⁶ De aandacht in de medische sociologie is niet gericht op het verklaren of voorspellen van individuele reacties van mensen, maar meer op gedragspatronen van categorieën mensen die zich in dezelfde of vergelijkbare structurele omstandigheden bevinden. Daarom kan de theorie van het gedrag van mensen die als element van de sociologische modelbouw wordt gebruikt, eenvoudig zijn: doelgericht handelende mensen die een beperkt aantal uiteindelijke doelen nastreven die voor iedereen gelijk zijn.

Hoe de uiteindelijke doelen vertaald moeten worden naar instrumentele doelen die situatie-specifiek zijn, hangt af van het verschijnsel dat men wil verklaren. In dit artikel zijn daarvan voorbeelden gegeven op het gebied van het gedrag van hulpverleners, waarbij de aard van het te verklaren verschijnsel en de specificatie van doelstellingen en van relevante omstandigheden systematisch variëren.

Een stap ingewikkelder is het als de interactie tussen hulpverleners en patiënten centraal wordt gesteld. Dat veronderstelt dat ook de kant van het gedrag van patiënten goed is uitgewerkt, met oog voor de invloed van de situatie van het hulpverlener-patiënt contact, van de sociale context van patiënten en van de bredere context van het gezondheidszorgsysteem. Ondanks het feit dat die uitwerking nog niet systematisch is gemaakt, is de potentie van de aanpak van sociologische modelbouw aangegeven door een analyse van de onderscheiden reacties van patiënten op uiteenlopende verwachtingen over het contact en over het gedrag van hulpverleners.

Ten slotte dienen via transformaties de gevolgen onderzocht te worden van de keuzes van hulpverleners en patiënten voor het tot stand komen van patronen in medisch handelen en medische consumptie.

Sociologische modelbouw dient zich aan als methode voor een meer theoretische aanpak in de medische sociologie, als algemene en direct toepasbare theorieën niet rijkelijk voorradig zijn. Door de stapsgewijze aanpak van eenvoudig naar meer complex is het mogelijk om goed zicht te houden op de mechanismen waardoor de verschijnselen die men wil verklaren tot stand komen.

ABSTRACT

The behaviour of health care providers and patients: applications of the method of sociological modelling

Medical sociology is applied sociology. As far as general sociological theories are not directly available to apply to solve problems in medical sociology, the sociological modelling approach might be of help. Elements of sociological modelling are a simple theory of human behaviour, assumptions about the influence of social circumstances and institutional structures on human behaviour, and the transformation of human behaviour to supra-individual

phenomena. As an example of sociological modelling, the interaction between clients and health care providers is analysed. The outcomes of this interaction are influenced at three levels: the context of the consultation, social context of clients and health care providers, and the context of the health care system.

Key words: medical sociology, health care providers, patients, interaction

LITERATUUR

- 1 Schepers RMJ, Nievaard AC. Ziekte en zorg: inleiding in de medische sociologie. Houten: Stenfort Kroese, 1994.
- 2 Aakster CW, Kuiper G, Groothoff JW. Medische sociologie: een algemene inleiding in de toegepaste sociologie op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1991.
- 3 Wippler R. Sociologische theorievorming, medisch-sociologisch onderzoek en beleid. *Gezondheid en Samenleving* 1986;7:244-8.
- 4 Ultee W, Graaf ND de, Puijenbroek R van. Gezonde en ongezonde vraagstellingen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1988;66:333-9.
- 5 Jansen W, Wittenboer GLH van den, red. Sociale netwerken en hun invloed. Meppel: Boom, 1992.
- 6 Lindenberg S. Afbeelden en verklaren met modellen in de sociologie. In: Lindenberg S, Stokman FN, red. Modellen in de sociologie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
- 7 Vos H de. Verklaring en interpretatie in de sociologie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- 8 Coleman JS. Foundations of social theory. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press, 1991.
- 9 Boudon R. De logica van het sociale: een inleiding tot sociologisch denken. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1981.
- 10 Verbeek-Heida P. De eigen wijsheid van de patiënt: alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik [proefschrift]. Universiteit van Amsterdam, 1992.
- 11 Groenewegen PP. Micro-macro vraagstukken: problemen en oplossingen in de sociologie en de sociale geografie. In: Groenewegen PP, Huigen PPP, red. Micro-macro vraagstukken in de sociologie en de sociale geografie. Utrecht: Nederlandse Geografische Studies, 1992.
- 12 Lindenberg S. Social approval, fertility and female labour market behaviour. In: Siegers JJ, Jong-Gierveld J de, Imhoff E van, red. Female labour market behaviour and fertility: a rational choice approach. Berlijn: Springer Verlag, 1991.
- 13 Siegers JJ. Interdisciplinaire economie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1991.
- 14 Mooney G, Ryan M. Agency in health care: getting beyond first principles. *J Health Econ* 1993;12:125-35.
- 15 Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services: the physician-patient. *Int J Technol Assessm Health Care* 1993;9:505-13.
- 16 Westert GP. Verschillen in ziekenhuisgebruik: een empirisch-theoretische analyse van verschillen in duur van ziekenhuisopname bij tien veel voorkomende chirurgische verrichtingen. Amsterdam: Thesis Publishers, 1991.
- 17 Freidson E. Profession of medicine: a study in the sociology of applied knowledge. New York: Harper & Row, 1970.
- 18 Evans RG. Strained mercy: the economics of Canadian health care. Toronto: Butterworth, 1984.
- 19 Groenewegen PP. Locatiekeuze en huisartsendichtheid: een verklaring van regionale verschillen en veranderingen [proefschrift]. Rijksuniversiteit Utrecht, 1985.
- 20 Groenewegen PP, Zee J van der. Spreiding van huisartsen en tandartsen over Nederland: gelijke doelstellingen, verschillende regels. *Gezondheid en Samenleving* 1983;4:99-109.
- 21 Hingstman L, Boon H. Regional dispersion of independent professionals in primary health care. *Soc Sci Med* 1989;28:121-9.
- 22 Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-12.
- 23 Groenewegen PP, Hutten JBF. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med* 1995;40:349-58.
- 24 Calnan M, Groenewegen PP, Hutten JBF. Professional reimbursement and management of time in general practice: an international comparison. *Soc Sci Med* 1992;35:209-16.
- 25 Uunk WJG, Groenewegen PP, Dekker J. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen. *Mens en Maatschappij* 1992;67:389-411.
- 26 Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Pol Econ* 1972;80:223-55.
- 27 Doorslaer EKA van. Health, knowledge and the demand for medical care: an econometric analysis [proefschrift]. Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- 28 Ben Sira Z. Stress, disease and primary medical care. Aldershot: Avebury, 1986.
- 29 Mootz M. Ziekenfondslidmaatschap en het raadplegen van de huisarts. *Med Contact* 1978;33:1465-8.
- 30 Steen JJ van der. Terugkomtrouw in de huisartspraktijk [proefschrift]. Rijksuniversiteit Leiden, 1987.
- 31 Gillon R. Ethics, economics and general practice. In: Mooney G, McGuire A, eds. Medical ethics and economics in health care. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- 32 Stone DA. Diagnosis and the dole: the function of illness in American distributive policies. *J Health Policy, Politics and Law* 1979;4:507-21.
- 33 Persoon JMG. Veranderingen in de patiënt-huisartsrelatie. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1975.
- 34 Voort H van der, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
- 35 Swaan A de. Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker, 1990.
- 36 Swaan A de. Uitgaansbeperkingen en uitgaansangst: over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding. In: Swaan A de. De mens is de mens een zorg. Amsterdam: Meulenhoff, 1982.
- 37 Boulton M, Tuckett D, Olson C, Williams A. Social class and the general practice consultation. *Sociol Health Ill* 1986;8:325-50.
- 38 Thomas K, Nicholl J, Coleman P. Assessing the outcome of making it easier for patients to change general practitioner: practice characteristics associated with patient movements. *Br J Gen Pract* 1995;45:581-6.
- 39 Wippler R, Lindenberg S. Collective phenomena and rational choice. In: Alexander J, et al., eds. The micro-macro link. Berkeley, University of California Press, 1987.

CORRESPONDENTIE-ADRES

P.P. Groenewegen, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2319946