

Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen

Drs. P. F. M. Verhaak¹

In dit artikel wordt nagegaan of artsen die verschillen in mate van samenwerking (solist – monodisciplinair samenwerkend – multidisciplinair samenwerkend), in praktijkgrootte, in gemiddelde consultduur, of in overlegfrequentie met andere disciplines, ook verschillen in opvattingen en normen. In een aantal opzichten blijkt dit het geval te zijn: artsen in een gezondheidscentrum en in kleine praktijken hebben in een aantal opzichten meer huisartsgeneeskundige opvattingen, artsen die veel tijd voor hun patiënten reserveren, zijn van mening dat ze hun patiënten meer inbreng moeten gunnen. De gevonden effecten bleven bestaan na controle voor de intercorrelatie tussen de structurele variabelen en voor de invloed van leeftijd van de arts.

T. Soc. Gezondheidsz. 62 (1984) 450-454

1. Inleiding

De vraag waarmee we ons in dit artikel bezighouden luidt: 'houden huisartsen er andere ideeën op na wanneer ze hun werk binnen andere omstandigheden verrichten?'

De omstandigheden welke we bestuderen hebben te maken met structuren waar een arts al dan niet voor kan kiezen: we richten onze aandacht op solistisch werken versus samenwerken (monodisciplinair in associatie of groepspraktijk; multidisciplinair in een gezondheidscentrum), op de gemiddelde tijd die men voor een consult uittrekt, op de praktijkgrootte en op de mate waarin men overleg heeft met andere eerstelijnsdisciplines. Structurele variabelen, want ze zeggen niets over de inhoud van de hulpverlening maar geven randvoorwaarden aan waarbinnen deze hulpverlening kan geschieden; het betreft echter structuren welke de huisarts naar zijn hand kan zetten; hij kan er – binnen bepaalde marges – voor kiezen binnen welke van bovengenoemde structuren hij wil werken.

De opvattingen en normen van huisartsen welke we in dit kader onderzoeken hebben betrekking op:

- de mate waarin de huisarts zichzelf competent acht om psychosociale problematiek te behandelen en de mate waarin hij dit tot zijn taak rekent;
- de mate waarin de huisarts er huisartsgeneeskundige dan

wel klinische opvattingen op na houdt,

– de mate waarin de huisarts klachten als 'psychosociaal' of 'triviaal' betitelt.

Deze gemeten opvattingen zijn afkomstig uit een onderzoek waarbij interpretatie van klachtenaanbod in een somatisch dan wel psychosociaal referentiekader centraal stond².

2. Opzet van het onderzoek

De gegevens die we hier bespreken zijn afkomstig uit een enquête, welke in het kader van een uitgebreider onderzoek naar verschillen tussen artsen werd afgenomen.

De enquête werd anoniem verstuurd aan een a-selecte steekproef van 415 zelfstandig gevestigde huisartsen. Ze werd eenmaal door een reminder gevolgd. De verwerkbare gegevens hebben betrekking op 249 respondenten, oftewel 60% van de aangeschreven artsen.

Artsen die langer dan 25 jaar zijn afgestudeerd en artsen die de afgelopen vijf jaar afstudeerden zijn onder de respondenten iets ondervertegenwoordigd ten opzichte van de aangeschreven groep. Artsen uit gezondheidscentra zijn onder de respondenten iets oververtegenwoordigd, solisten in dezelfde mate ondervertegenwoordigd.

Een sterker vertekening binnen de respondentgroep constateren we voor het kenmerk NHG-lidmaatschap: 60% van de respondenten is lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap, waar de aangeschreven groep slechts 42% NHG-leden telt.

3. Gemeten variabelen

Bij de gemeten opvattingen en normen past de volgende toelichting: De gedachten die een huisarts heeft over datgene wat hij op het gebied van psychosociale hulpverlening hoort te doen (*taakopvatting*) en waartoe hij in staat is (*competentie*) zullen meebepalen of hij snel geneigd is klachten in een niet puur somatisch referentiekader te plaatsen.

Psychosociale taakopvatting en competentie werden in navolging van Grol (1981) gemeten door de arts twaalf items voor te leggen die een aantal activiteiten op het gebied van de psychosociale hulpverlening beschrijven. Op een vijf-puntsschaal (Likert-type) geeft de arts aan in hoeverre hij

¹Psycholoog en als wetenschappelijk medewerker werkzaam bij het Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht

² Het betreffende onderzoek 'Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek' heeft als vraagstelling: 'Hoe hangen verschillen tussen artsen in beoordeling van het klachtenaanbod (in somatische dan wel psychosociale termen) samen met verschillende opvattingen, vormen van praktijkvoering en eigenschappen van artsen' (vgl. Verhaak 1983). Het onderzoek werd gesubsidieerd door het Preventiefonds

die activiteit tot zijn taak rekent dan wel zich in dat opzicht competent acht. We stuiten bij analyse op het probleem dat een aantal items slecht spreidden.³ Dit waren op de competentieschaal overigens dezelfde vier als op de taakopvattingsschaal; de laatste schaal had daarnaast nog één slecht spreidend item.

Op de overgebleven zeven respectievelijk acht items werd een factoranalyse uitgevoerd, waarbij in beide gevallen alle items op één na (in beide gevallen hetzelfde item) op de eerste factor laadden. Na verwijdering van dit item bedroeg Cronbach's alpha voor de zes taakopvattingitems .64 en voor de zeven competentie-items .73. Op grond hiervan gaan we ervan uit dat de items naar eenzelfde dimensie verwijzen. Bij de analyse hanteren we de somscores van de zes respectievelijk zeven items. Deze correleren onderling hoog ($r = .60$). Grol vermeldde eveneens hoge correlatie tussen de taak die een arts zichzelf stelt en de mate waarin hij zich daarin competent acht. Tevens hingen psychosociale en somatische taakopvatting in zijn onderzoek hoog samen.

Huisartsgeneeskundig versus klinisch denken

Onder deze tweedeling valt een complex geheel van onderling samenhangende begrippen: men treft in de literatuur een veelheid van begrippenparen aan die alle ongeveer naar deze dimensie verwijzen (psychologisch – biologisch, brede versus smalle ziekteopvatting, care oriented – cure oriented, op 'maintainance' gericht – op 'interventions' gericht). In een nog te publiceren literatuur overzicht wordt hier uitgebreider op ingegaan.

Het indelingsprincipe achter al deze indelingen is de gerichtheid van de arts op de patiënt als persoon, waarbij het lichamenlijk disfunctioneren in een bredere context van sociale, relationele en psychische aspecten wordt gezien, tegenover de gerichtheid van de arts op het biologisch disfunctioneren op zich.

De attitudevragenlijst 'Attitudes to social issues in Medicine (ATSIM)' richt zich op een operationalisatie van dergelijke huisartsgeneeskundige dan wel klinische opvattingen. Subschalen ervan meten onder meer de opvatting van de respondent omtrent sociale factoren als determinant voor ziekte, samenwerking met andere disciplines, het belang van de arts-patiëntrelatie en participatie van de patiënt, en invloed op en inmenging in de gezondheidszorg door de overheid. Deze subschalen correleren onderling hoog, hetgeen ons versterkt in het idee dat deze verschillende aspecten allemaal rondom hetzelfde thema spelen.

Grol operationaliseerde onder meer de opvattingen over de arts-patiëntrelatie (met name de inbreng die men de patiënt moet gunnen) en over controle van buitenaf op het arts-handelen in vijf-puntsvragenlijsten die we in onze enquête ook gebruikt hebben. Invloed die men aan de patiënt moet gunnen werd gemeten aan de hand van negen items die alle voldoende spreidden. De unidimensionaliteit van de schaal blijkt uit de factoranalyse waar alle items op de eerste factor laden. De betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha = .68) wijst in dezelfde richting. Uit de negen items wordt

een somscore berekend ('inbreng van de patiënt') welke in dit artikel verder wordt gebruikt.

Controle van buitenaf, oorspronkelijk bestaand uit zes items, leverde maar twee onderling samenhangende items op, welke gesommeerd zijn. Het betrof items waarin een mening over overheidsbemoeienis respectievelijk artsen in loondienst wordt uitgesproken. De items die in de factorstructuur 'verdwijnen' hebben daarentegen te maken met controle binnen de beroepsgroep ('verplichte nascholing', 'toetsing').

Een derde door Grol ontworpen vragenlijst, welke betrekking heeft op de dimensie 'huisartsgeneeskundig – klinisch', vraagt naar de mate waarin de huisarts zelf klachten wil afhandelen en daarbij (noodgedwongen) risico's wil nemen. Zes items betreffende dit onderwerp werden in de enquête opgenomen. Ze voldoen alle aan de gestelde spreidingscriteria, laden alle op één factor en hebben een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .73. Op grond hiervan beschouwen we de items als verwijzend naar één dimensie, en hanteren we de somscore.

Het gepercipieerde vóórkomen van psychosociale en triviale klachten

Een vrij rechtstreekse operationalisatie voor het kader waarbinnen een huisarts het klachtenaanbod interpreteert, is zijn schatting van het percentage klachten dat niet puur somatisch is, dat hij dagelijks ziet. Het is een maat waarvan bekend is dat ze sterk varieert tussen artsen (Verhaak 1981). Een variant die wat meer sophisticated is, bestaat er uit dat men de artsen een aantal aandoeningen (twaalf in getal) voorlegt, en ze daarvan de mate laat aangeven waarin psychische aspecten meespelen. Beide operationalisaties zijn gehanteerd, de tweede leidde tot een vrij homogeen antwoordpatroon (eerste factor waarop alle items laden, een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .77).

De somscore op de twaalf items correleerde .30 met het geschatte percentage psychosociale klachten.

Een andere maat die iets zegt over de perceptie van de arts is de mate waarin hij klachten triviaal⁴ acht (vgl. Cartwright 1967, Gough 1977, Mechanic 1974). Een hoge rapportage van dergelijke klachten hangt samen met een natuurwetenschappelijke oriëntatie op de geneeskunde ('klinisch' in onze terminologie), een hoge workload en een minder persoonlijke omgang met patiënten.

Kort samengevat onderzoeken we bij artsen die binnen verschillende omstandigheden werken, in hoeverre ze een andere taakopvatting en competentiegevoel hebben inzake de behandeling van psychosociale klachten, in hoeverre ze er huisartsgeneeskundige dan wel klinische opvattingen op na houden en controle door de overheid toelaten, en in hoeverre ze het klachtenaanbod anders percipiëren. We onderzoeken dit bij artsen met grote en kleine praktijken, artsen die hun consulten lang en kort plannen, artsen die als solist werken en artsen in een samenwerkingsverband, en bij artsen die regelmatig overleg hebben met eerstelijns disciplines en artsen die dit weinig hebben. Tevens gaan we na welk gewicht verklarende variabelen hebben, want het

³ Bij de analyse van de items werd in de analyse van de diverse meetinstrumenten als criterium aangehouden dat niet meer dan 70% van de respondenten op 4 of 5 (respectievelijk 1 of 2) mocht scoren en niet minder dan 10%.

⁴ Triviaal wordt in het te noemen onderzoek gespecificeerd als 'alledaagse klacht, klacht waarvoor doktersbezoek niet nodig zou zijn of klachten waarmee men bij de arts aan het verkeerde adres is' (vgl. Mechanic 1974, p. 142).

zal de lezer duidelijk zijn dat mate van overleg en praktijkvorm onderling correleren, evenals consultduur en aantal patiënten. Teneinde na te gaan of gevonden verschillen aan de praktijkvorm dan wel aan de overlegfrequentie moeten worden toegeschreven zal men hiervoor moeten controleren, zoals geschiedt bij partiële correlatie of multiple regressie. Aangezien opvattingen en normen met de jaren aan verandering onderhevig zijn, en er tevens sprake is van een verband tussen artsleeftijd en de bestudeerde structurele factoren (jongeren zitten relatief vaker in een gezondheidscentrum, hebben nog niet zo'n grote praktijk en dus meer tijd per patiënt), zullen we controleren voor het aantal jaren dat de arts is afgestudeerd.

Tabel 1. Verdelingen van scores op de diverse variabelen

	schaal	max	min	\bar{x}	S.D.
<i>meningen en normen</i>					
taakopvatting	6 5-puntsitems	30	6	19.1	2.9
competentie	7 5-puntsitems	35	7	21.1	3.7
<i>huisartsgeneeskundig – klinisch</i>					
risicoschaal	6 5-puntsitems	30	6	18.5	4.1
inbrengschaal	9 5-puntsitems	45	9	26.6	4.6
controleschaal	2 5-puntsitems	10	5	7	
invloed van psychosociale aspecten	12 5-puntsitems	60	12	37.9	5.9
geschat percentage psy.soc. klachten		100%	0%	51%	19.8
geschat percentage triviale klachten		100%	0%	18%	12.6
<i>gemeten praktijk-uitoefeningskenmerken:</i>					
aantal ingeschreven patiënten				2456	732
gemiddelde consulttijd				10 min	2.4
overleg score	3 3-puntsitems	9	3	6.3	1.5
<i>praktijkvorm:</i>					
– solist	56%				
– monodisciplinaire samenwerking	34%				
– multidisciplinaire samenwerking	10%				
<i>jaar van afstuderen:</i>					
– 1942	2%				
1943-1952	6%				
1953-1962	20%				
1963-1972	28%				
1973-1982	44%				

4. Resultaten

De diverse, voor dit onderzoek relevante variabelen waren verdeeld zoals in tabel 1 staat weergegeven.

Letten we nu op de verdeling van de diverse opinies en normen, wanneer we de artsen uitsplitsen naar praktijktype, aantal patiënten, gemiddelde consultduur, mate van overleg, en aantal jaar dat men is afgestudeerd (zie tabel 2). Wanneer we de vier variabelen bekijken welke mede bepalend zijn voor de setting waarbinnen de arts werkt, dan blijken artsen die met anderen in een samenwerkingsrelatie zitten, meer de mening te zijn toegedaan dat een huisarts zekere risico's moet aandurven (en niet alles specialistisch laten onderzoeken), aan de patiënten inbreng moet gunnen, en controle van buitenaf moet tolereren, dan artsen die solistisch werken. Eerstgenoemden achten ook meer klachten triviaal.

Artsen in kleine praktijken verschillen met betrekking tot risico's nemen en controletolerantie op dezelfde wijze van artsen in grote praktijken, en artsen met langere consulttijden verschillen met betrekking tot inbreng van de patiënt van artsen die minder tijd voor de patiënt uittrekken. Dit laatste is voor de hand liggend, gezien de aard van beide variabelen: juist artsen die meer tijd voor de patiënten reserveren, blijkens hun routine van afspraken maken, vinden dat patiënten een grotere inbreng horen te hebben. Artsen die regelmatig overleggen met andere disciplines verschillen in geen enkel opzicht van artsen die dat weinig doen.

Wij wijzen er hier vast op dat het juist de opvattingen zijn die zich op de dimensie huisartsgeneeskundig – klinisch bevinden, welke verschillen opleveren tussen artsen die samenwerken, kleine praktijken hebben of veel tijd voor hun patiënten uittrekken enerzijds, en artsen die als solist werken, grote praktijken hebben en weinig tijd voor hun patiënten uittrekken. Beide groepen verschillen hoegenaamd niet in taakopvatting en competentiegevoel waar het de behandeling van psychosociale klachten betreft. Ook de verschillen in invloed van psychosociale aspecten bij diverse klachten zijn zeer gering. Wat groter (en in de verwachte richting) is het verschil in percentage psychosociaal geschatte klachten tussen solisten en artsen met een korte consultduur en artsen met een grote praktijk enerzijds

Tabel 2. Opinions verdeeld naar praktijkvorm, praktijkgrootte, consultduur, overleg en afstudeerjaar

	praktijkvoering			t	praktijkgrootte			consultduur			mate van overleg			afstudeerjaar		
	so-list	mono disc	multi disc		≤ 2500	> 2500	t min	≤ 9 min	> 9 min	t	ma-tig	veel	t	voor 1971	na 1971	t
risico	17.8	19.1	20.2	3.20	19.3	17.7	3.15	17.9	18.8	1.50	18.8	18.1	1.39	17.3	19.6	4.83
inbreng patiënt	25.8	27.1	28.2	2.57	26.6	26.4	-.40	25.6	27.0	2.11	26.1	27.0	1.46	25.4	27.5	3.52
controle	4.6	5.3	6.0	3.14	5.3	4.6	2.78	5.1	5.0	.46	5.1	4.8	1.03	4.4	5.6	4.92
taakopvatting	18.9	19.4	18.1	-.56	18.7	19.2	1.43	19.0	19.0	.01	19.1	18.7	.99	19.1	18.9	.36
competentie	20.9	21.6	20.3	-.91	20.7	21.5	1.78	21.4	21.0	.73	21.0	21.1	.19	21.5	20.7	1.58
% psychosoc. klachten	49.8	51.8	57.4	1.19	52.9	49.2	1.36	48.6	52.2	1.24	50.3	51.3	.33	46.2	55.8	3.54
invloed pst. aspecten	37.9	38.0	37.6	.00	37.8	38.0	.22	37.2	38.3	1.33	37.7	37.8	.17	37.4	38.5	1.43
% triviale klachten	16.6	18.9	28.1	2.01	19.8	17.2	1.19	18.0	18.6	.24				20.1	16.7	1.15

en hun tegenpolen anderzijds, maar het blijft alles binnen de toevalsgrenzen.

Wanneer we naast deze structurele kenmerken ook de leeftijd van de arts in beschouwing nemen, dan blijken alle geconstateerde verschillen ook op te treden tussen de jonge artsen (tien jaar of minder afgestudeerd) en de ouderen, die langer dan 10 jaar geleden afstudeerden. We zullen onderzoeken of de gevonden effecten niet met name een leeftijds-effect zijn. Tevens zullen we nagaan in hoeverre de effecten van samenwerking, consulttijd en praktijkgrootte elkaar versterken dan wel deels door de intercorrelaties verdwijnen.

De tabellen 3, 4 en 5 laten zien hoe de opinies over risico-nemen, de patiënt-inbreng gunnen en de controletolerantie ongecorrigeerd verschillen tussen verschillende werkomstandigheden, en in hoeverre de verschillen verdwijnen

wanneer we de andere werkomstandigheden en de artsenleeftijd verdisconteren in ons cijfer.

Risico-nemen (tabel 3): De effecten van praktijkvorm en aantal patiënten worden nauwelijks minder wanneer voor de andere variabelen wordt gecontroleerd; de artsenleeftijd heeft een belangrijker invloed. Er blijven echter flinke verschillen in opvatting, naarmate men intensiever samenwerkt en naarmate de praktijk kleiner is, ook na controle voor de overige variabelen.

In tabel 4 is dezelfde exercitie verricht met betrekking tot inbreng gunnen aan de patiënt.

Het praktijkgrootte effect verdwijnt goeddeels na controle, maar de effecten van praktijkvorm en consultuur blijven gehandhaafd. Voor controle-tolerantie (tabel 5) tenslotte geldt dat de effecten kleiner worden, doch van betekenis blijven, althans wat praktijkgrootte en praktijkvorm betreft.

Tabel 3. Risico-nemen: gecorrigeerd voor overige structurele variabelen en artsenleeftijd

variabelen:	N	ongecorrigeerde score	gecorrigeerd voor overige struct. var.	gecorrigeerd voor overigen + artsenleeftijd	bèta
<i>praktijkvorm</i>					
- solist	121	17.8	17.9	18	
- monodiscipl. samenwerk.	76	19.1	18.9	18.9	
- multidiscipl. samenwerk.	24	20.2	20.3	19.9	.17
<i>praktijkgrootte</i>					
-2000	53	19.4	19.3	18.8	
2001-2500	56	19.1	19.1	19.1	
2501-3000	81	18.3	18.2	18.3	
3000-	31	16.6	17.0	17.5	.14
<i>consultuur</i>					
- 9 min	75	18.1	18.3	18.3	
10-12 min	109	18.7	18.8	18.8	
12- min	37	18.8	18.1	18.4	
					.06
					R ² : .19
					R: .44

Tabel 4. Inbreng gunnen aan de patiënt: gecorrigeerd voor overige structurele variabelen en artsenleeftijd

variabelen:	N	ongecorrigeerde score	gecorrigeerd voor overige struct. var.	gecorrigeerd voor overigen + artsenleeftijd	bèta
<i>praktijkvorm:</i>					
- solist	121	26.0	25.9	26.0	
- monodiscipl. samenwerk.	76	27.2	27.3	27.3	
- multidiscipl. samenwerk.	24	28.2	28.0	27.7	.16
<i>praktijkgrootte</i>					
-2000	53	27.8	27.3	26.9	
2001-2500	56	25.9	25.8	25.8	
2501-3000	81	26.6	26.8	26.8	
3000-	31	26.0	26.6	27.1	.10
<i>consultuur</i>					
- 9 min	75	25.6	25.7	25.6	
10-12 min	109	27.0	27.1	27.0	
12- min	37	27.4	27.1	27.3	
					.16
					R ² : .13
					R: .36

5. Discussie

De vraag waarmee we dit artikel openden kan in zekere zin bevestigend beantwoord worden. Artsen in gezondheidscentra verschillen van solisten; in onze terminologie kunnen we stellen dat ze huisartsgeneeskundiger denken: ze zijn bereid meer risico te nemen en later de specialist te raadplegen; ze kennen meer waarde toe aan de mening van de patiënt met betrekking tot zijn klachten en behandeling, en kunnen meer invloed van de overheid accepteren dan solisten.

Artsen in groepspraktijken en associaties zitten hier tussen in. Voor een deel komen deze verschillen doordat in een gezondheidscentrum – en ook binnen andere samenwerkingsvormen – jongere artsen zitten, maar ook na controle op leeftijd blijven zekere verschillen bestaan. De gevonden effecten van praktijkgrootte en consultuur bleken in die zin zelfstandig te zijn, dat ze ook na controle voor de andere variabelen en voor leeftijd bleven bestaan.

Welke gevolgen heeft dit? De belangrijkste conclusie die men uit deze beschrijving (want meer is het niet) kan

Tabel 5. Controle-tolerantie gecorrigeerd voor overige structurele variabelen en artsenleeftijd

variabelen:	N	ongecorrigeerde score	gecorrigeerd voor overige struct. var.	gecorrigeerd voor overig. + artsenleeftijd	bèta
<i>praktijkvorm</i>					
- solist	121	4.6	4.7	4.7	
- monodiscipl. samenwerk.	76	5.4	5.3	5.3	
- multidiscipl. samenwerk.	24	5.8	5.7	5.5	.17
<i>praktijkgrootte</i>					
-2000	53	6.0	5.8	5.6	
2001-2500	56	4.9	4.8	4.8	
2501-3000	81	4.6	4.7	4.8	
3000-	31	4.5	4.7	4.9	.17
<i>consultuur</i>					
- 9 min	75	5.0	5.1	5.1	
10-12 min	109	4.7	4.8	4.8	
12- min	37	5.8	5.4	5.5	
					.12
					R ² : .18
					R: .42

trekken, is dat men bij een uitsplitsing van artsen naar vorm van praktijkvoering, praktijkgrootte of consultduur, automatisch een uitsplitsing naar huisartsgeneeskundige versus klinische opvattingen krijgt; in hoeverre deze opvattingen effect hebben op het functioneren is niet bekend, maar het feit dat bijvoorbeeld opvattingen over 'risico-nemen' gedragsintenties met betrekking tot verwijzen in zich hebben, moet in dit opzicht te denken geven.

Tot op heden is immers het effect van uitsluitend structurele variabelen op het functioneren van artsen vaak onderwerp van onderzoek geweest. (Haayer-Ruskamp 1982) geeft een uitgebreid literatuuroverzicht met betrekking tot het effect op voorschrijven; zie Posthuma en Van der Zee (1978) en Wijkkel (1983) voor onderzoek met betrekking tot verwijscijfers). Veelal wordt aangenomen dat de onderscheiden groepen huisartsen in andere opzichten vergelijkbare populaties vormen. Grol (1981) signaleert weliswaar de laatste jaren een tendens om naast structurele factoren ook aandacht te schenken aan attitudes van de betreffende hulpverleners, maar eigenlijk is alleen de taakopvatting van de huisarts in een aantal recente onderzoeken 'meegenomen' als verklaring voor verschil in functioneren (Jacobs e.a. 1979), Dopheide (1982). De vraag rijst nu of een arts in een gezondheidscentrum minder verwijst aan een solist omdat hij samenwerkt (vgl. Wijkkel 1983), of omdat hij huisgeneeskundiger denkt (en daarom ook gekozen heeft voor het werken in een gezondheidscentrum)? Wanneer men maatregelen wil nemen om bijvoorbeeld verwijscijfers terug te dringen dan zal men dit dienen te weten: in het eerste geval moet samenwerking zoveel mogelijk bevorderd worden, in het tweede geval zou het meer een mentaliteitskwestie zijn, waaraan in de opleiding en de nascholing van huisartsen aandacht besteed dient te worden.

Interessant is voorts het gebrek aan verschil dat we constateren in competentie en taakopvatting, zeker waar men bij praktijkvorm, consultduur en mate van overleg zou mogen verwachten, dat daar situaties gecreëerd worden die de taak en gevoel van competentie van de arts zou moeten verlichten respectievelijk versterken.

We spraken reeds over 'beschrijvend onderzoek'. Men moet uit deze cijfers geen conclusies trekken omtrent opvattingen die door bepaalde werkvormen worden veranderd noch omtrent structuren waarvoor men vanuit een bepaalde opvatting kiest. Deze 'kip of ei vraag' laat zich

met behulp van dit materiaal niet beantwoorden. Belangrijk is slechts dat men zich moet realiseren dat men met andere structuren ook met andere opvattingen te maken krijgt. Overigens is dat gegeven reeds onderwerp van onderzoek binnen NHI-studies naar de effecten van samenwerken. Opvattingen en normen van artsen zullen in Samenwerking en Verwijzen deel II naast de mate van samenwerking worden gemeten, teneinde een beter inzicht te krijgen in de effecten die samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg met zich meebrengt.

Summary

The relationship between structural characteristics (solo practice – group practice – health centre; practice size; duration of contacts; frequency of interdisciplinair consultation) and opinions of general practitioners is investigated: general practitioners in health centers and general practitioners with small practices have less 'clinical' opinions; general practitioners who spent much time on their patients allow their patients more influence. Those relationships remain the same when one controls for the influence of other structural variables and general practitioners age.

Literatuur

- Cartwright, A., Patients and their doctors. A study of general practice. Routledge & Kegan Paul, Londen 1967
- Dopheide, J. P., Verwijzingen door de huisarts, NHI, Utrecht 1982
- Gough, H. G., Doctors' estimates of the percentage of patients whose problems do not require medical attention. Medical Education 11 (1977) 380-384
- Grol, R., Preventieve attitude van huisartsen. NUHI, Nijmegen 1981
- Haaijer-Ruskamp, F. M., Prescriptie in het geding. Werkgr. Soc. Farmacologie RU-Groningen, Groningen 1982
- Jacobs, H. M., F. W. M. M. Touw-Otten & R. A. de Melker, Taakopvattingen en ziekenhuisbezoek. Huisarts en Wetenschap 22 (1979) 226-334
- Mechanic, D., Politics, Medicine and social science. John Willey & Sons, New York 1974
- Parlow, J. & A. Rothman, Attitudes toward social issues in medicine of five health science faculties. Social Science & Medicine 8 (1974) 351-358
- Posthuma, B. H. & J. van der Zee, Tussen 1e en 2e echelon II. Over praktijkgrootte en produktiecijfers van huisartsen. NHI/ISMW, Utrecht/Groningen 1978
- Streit, U., Attitudes towards psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM scale. Medical Education 12 (1980) 259-266
- Verhaak, P. F. M., Psychische problemen in de huisartsenpraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 36 (1981) 31-46
- Verhaak, P. F. M., Eerste interim rapport NHI. Utrecht 1983
- Wijkkel, D., Samenwerken en verwijzen deel I. Praktijkvorm en produktiecijfers. NHI, Utrecht 1983

Correspondentieadres

Drs. P. F. M. Verhaak, NHI, postbus 812, 3500 AV Utrecht, tel. 030-319946