

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



17de JAARGANG No. 7 — JULI 1974

Inhoud:	blz.		
J. M. G. Persoon, P. H. M. Heyden- dael en F. J. A. Huygen: Onder- zoekingen rond een pseudogroeps- praktijk	245	Referaten	269
F. van Lamoen en J. I. M. J. van Lamoen - Dommisse: Wederwaar- digheden met hypnose in de huisartspraktijk (een groepserva- ring)	252	Boekbesprekingen	270
G. H. Slot: Enkele praktische wen- ken voor de huisarts bij het verwij- zen van patiënten naar de orthope- dische chirurg	254	Nota bene	272
N. M. Blokland-Kühler: Arbeids- studie in een huisartspraktijk	256	Nascholing door middel van multiple choice vragen	273
N. W. de Smit: Het crisisproces en de huisarts	259	Literatuurinformatie	272
W. Frankenberg: Huisarts en crisis- interventie	261	Berichten	275
J. H. Deen: Farmacotherapie- gesprekken in Culemborg	264	Doorlopende agenda	275
J. Ibelings: Contacten huisartsen - psychologen	267	N.H.I.-rubriek	276
		N.H.G.-project: Man-Vrouw: Anti- conceptie	278
		Verslag ledencongres 1973	279
		Aanvullende ledenlijst	280
		<i>Redactiecommissie:</i> A. Hofmans, voor- zitter, Rotterdam; Dr. K. Gill, Zwam- merdam; Dr. H. Lamberts, Rotterdam; S. van der Kooij, Voorschoten en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.	
		<i>Secretariaat:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht telefoon 030-516741.	
		<i>Nederlands Huisartsen Genootschap:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.	

Nederlands Huisartsen-Instituut:
Mariahoek 4, Utrecht,
telefoon 030-319946.

Uitgever: Uitgeverij. Kruyt B.V.,
Groot Hertoginnelaan 28, Bussum,
telefoon 02159-16241*; postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven
op advertenties onder nummer — uit-
sluitend aan de uitgever. Advertenties
behoeven de goedkeuring van de redac-
tiecommissie en kunnen zonder opgaaf
van reden worden geweigerd.

Abonnementen: f 36,— + f 1,44 btw =
f 37,44 per jaar; voor studenten f 18,—
+ f 0,72 btw = f 18,72; voor het bui-
tenland f 38,—; losse nummers f 3,60 +
f 0,14 btw = f 3,74.

Adreswijziging: Leden van het N.H.G.
uitsluitend aan Burgemeester Reiger-
straat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uit-
g. Kruyt B.V., Bussum.

Druk: Verweij, Mijdrecht,
telefoon 02979-1251*.

Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (VI)*

DOOR DRS. J. M. G. PERSOON**, SOCIOLOOG; DR. P. H. J. M. HEYDENDAEL**,
PSYCHOLOOG EN PROF. DR. F. J. A. HUYGEN***, HUISARTS

INLEIDING

De verwachtingen van patiënten
aan zien van de arts blijken
telkens opnieuw tot twee categorieën
te kunnen worden teruggebracht. De

eerste categorie heeft betrekking op
de instrumentele functie van de arts:
men verwacht dat hij competent is.
De tweede categorie heeft betrekking
op zijn socio-emotionele functie: men
verwacht dat hij een brede interesse
heeft voor de patiënt en dat hij ple-
zierig is in de omgang (*Coser*,
Freidson, *Cassée*, *Winkler Prins*). Een
derde belangrijke component in het
verwachtingspatroon is volgens
Freidson de continue beschikbaarheid
van de arts.

Men kan zich afvragen op welke
gronden in concreto een huisarts
wordt gekozen. Hierover is zeer
weinig onderzoek verricht. Wij
kennen slechts de bevindingen van
Gray en Cartwright, waarbij bleek dat
45 procent van een representatieve
steekproef uit de bevolking de huis-
arts van de ouders had geërfd of
overgenomen als opvolger van de
vorige huisarts; 15 procent had de
dichtstbij wonende gekozen, 14 per-
cent had een huisarts genomen op

* Zie voor nummer I tot en met V
respectievelijk (1974) huisarts en
wetenschap 17, 23, 67, 99 en ...

** Verbonden aan het Instituut voor
Sociale Geneeskunde te Nijmegen.

*** Hoofd van het Nijmeegs Univer-
sitair Huisartseninstituut.

mogelijkheden varieerden van „zeer belangrijk” tot „zeer onbelangrijk”. In *tabel 1* geven wij procentueel de antwoordverdelingen voor de verschillende kenmerken naar volgorde van belangrijkheid (de nummering verwijst naar de oorspronkelijke volgorde van de vragen).

Opmerkelijk in *tabel 1* is dat na de competentie (22) als belangrijkste naar voren komen plezierig in de omgang (7) en vriendelijk zijn (20), beide betrekking hebbend op de socio-emotionele functie. Telkens ongeveer 90 procent acht het belangrijk dat hij openhartig en eerlijk is (14), dat hij belangstelling heeft voor gezinsproblemen (16), dat hij alles uitlegt (27), dat hij goed met kinderen overweg kan (26), dat hij altijd klaar staat (1), dat hij vlug helpt (25) en vlug aan huis komt (21).

Als relatief weinig belangrijk bij de keuze van de huisarts zijn gewaardeerd de kenmerken dat hij geen kleurling is (8), dat hij dezelfde politieke gerichtheid heeft (6), dat hij deftige patiënten heeft (15) of een grote praktijk (23) en dat hij veel geneesmiddelen voorschrijft (19). Interessant is verder nog dat ruim tweederde van de respondenten het niet belangrijk acht dat de huisarts dezelfde godsdienst heeft (5), dat slechts 30 procent het belangrijk vindt dat de huisarts gehuwd is, eveneens slechts 30 procent dat de huisarts een man is en dat bijna 75 procent het belangrijk vindt dat de huisarts in de buurt woont (13).

Wij hebben deze gegevens via factoranalyse volgens principale componentenmethode gereduceerd tot acht onafhankelijke factoren. In *tabel 2* zijn de factoren weergegeven met de factorladingen van de vragen. Hiermee wordt 53 procent van de variantie verklaard.

De acht factoren zijn homogeen van samenstelling en geven goed inzicht. De betekenis van de factoren blijkt uit de gegevens waaruit zij zijn samengesteld. Terwille van de leesbaarheid zullen wij in de verdere tekst, waarin wij verbanden tussen de achtergrondgegevens en deze factoren bespreken, korte omschrijvingen van

Tabel 2. De acht factoren met betrekking tot belangrijk geachte kenmerken bij de keuze van een huisarts (principale componentenmethode, varimaxrotatie, N = 1683).

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6 Dat hij dezelfde politieke gerichtheid heeft	0.74							
5 Dat hij dezelfde godsdienst heeft	0.74							
8 Dat hij geen kleurling is	0.72							
10 Dat hij een man is	0.60							
17 Dat hij gehuwd is	0.59							
15 Dat hij deftige patiënten heeft	0.57							
23 Dat hij een grote praktijk heeft	0.44							
21 Dat hij vlug aan huis komt		0.71						
1 Dat hij altijd dag en nacht klaarstaat		0.61						
25 Dat u vlug wordt geholpen		0.60						
18 Dat hij u snel doorstuurt naar een specialist		0.53						
28 Dat hij zich aan de tijden van zijn afspraken houdt		0.43						
32 Dat hij zich actief bezighoudt met arbeidsproblemen			0.82					
35 Idem met lage inkomens			0.81					
30 Idem met woningnood			0.77					
36 Idem met sociale rechtvaardigheid			0.75					
33 Idem met milieuvuiling			0.74					
31 Idem met echtscheidingswetgeving			0.70					
34 Idem met abortuswetgeving			0.56					
7 Dat hij plezierig is in de omgang				0.76				
20 Dat hij vriendelijk is				0.75				
16 Dat hij ook interesse heeft in gezinsproblemen				0.49				
26 Dat hij goed met kinderen overweg kan				0.42				
29 Dat hij u de geneesmiddelen geeft waar u om vraagt					0.66			
19 Dat hij u veel geneesmiddelen voorschrijft					0.61			
4 Dat hij een goede reputatie heeft						0.74		
11 Dat hij van onbesproken gedrag is						0.57		
3 Dat hij niet te oud is (beneden de 60 jaar)						0.53		
2 Dat hij aanbevolen wordt door kennissen						0.53		
12 Dat hij een kleine praktijk heeft							0.68	
13 Dat hij in de buurt woont							0.58	
27 Dat hij alles precies uitlegt								0.68
14 Dat hij openhartig en eerlijk zegt waar het op staat, hoe erg het ook met u is								0.64
Verklaarde variantie (tot 0.53)	0.10	0.07	0.12	0.06	0.05	0.05	0.04	0.04
Lading kleiner dan .40								
24 Dat hij er sympathiek uitziet	.39			.33				
22 Dat hij op de hoogte blijft van de vorderingen in de medische wetenschap		.38		.37				
9 Dat hij actief in het gemeenschapsleven is	.33		.33		.32			

de afzonderlijke factoren gebruiken. Voor de volledige betekenis wordt verwezen naar *tabel 1*.

Factor I: deze uitkomsten verwijzen onzes inziens naar een „ingroup”-mentaliteit; uiterlijke kenmerken van de huisarts, die nogal traditioneel bepaald zijn, spelen een rol. Wij willen deze factor kort benoemen als: traditionele sociaal-culturele achtergrond van de huisarts.

Factor II: deze uitkomsten hebben betrekking op de snelle en continue beschikbaarheid van de huisarts.

Factor III: deze factor omvat alle punten die betrekking hebben op bredere maatschappelijke problemen. Wij zullen deze verder aanduiden als maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Factor IV: blijkens de getallen geeft deze factor duidelijk de socio-emotionele aspecten van de huisartsrol aan.

Factor V: heeft twee uitkomsten, beide betrekking hebbend op het voorschrijven van geneesmiddelen.

Factor VI: heeft evenals factor I betrekking op de uiterlijke kenmerken van de huisarts, met dit verschil dat deze punten verwijzen naar een goede maatschappelijke reputatie.

Factor VII: bestaat uit bepalingen die onzes inziens de „nabijheid” van de huisarts aangeven.

Factor VIII: geeft de twee punten die verwijzen naar een goede communicatie met de huisarts.

Drie bepalingen zijn niet duidelijk bij één factor onder te brengen. Dat de huisarts er sympathiek uitziet blijkt enerzijds op factor I (traditionele sociaal-culturele achtergrond) en anderzijds op factor IV (socio-emotionele functie) voor te komen. Waarschijnlijk is de formulering: „dat hij er sympathiek uitziet” hierop van invloed geweest. Sommige respondenten hebben het gezien als een uiterlijk kenmerk (factor I), anderen hebben het begrepen als: „dat hij sympathiek is”, waarmee het past in factor IV.

De respons op vraag 22 leidt tot een positieve lading op factor II (be-

schikbaarheid) en een negatieve op factor IV (socio-emotionele functie), die op vraag 9 tenslotte is met relatief hoge ladingen terechtgekomen op factor I (traditionele sociaal-culturele achtergrond), factor III (maatschappelijke verantwoordelijkheid) en minder voor de hand liggend op factor V (voorschrijven geneesmiddelen).

RELATIE MET DE ACHTERGRONDGEGEVENS

Leeftijd. Er blijken zeer significante verbanden te bestaan tussen de leeftijd van de respondenten en de acht factoren. Om het verloop van de waarderingen van de respondenten over verschillende leeftijdscategorieën te verkrijgen, gebruiken wij bij de verdere analyse de categorieën: 29 jaar en jonger, 30 tot en met 44 jaar, 45 tot en met 64 jaar en 65 jaar en ouder (zie artikel IV, (1974) huisarts en wetenschap 17, 99). Via variantie-analyse hebben wij nagegaan of de verschillen tussen deze leeftijdscategorieën statistisch significant zijn.

Ten aanzien van factor I (traditionele sociaal-culturele achtergrond van de huisarts) blijkt, dat er zeer significante verschillen zijn tussen de vier leeftijdscategorieën ($P = 0,0000$); naarmate de respondenten ouder zijn wordt vaker de sociaal-culturele achtergrond belangrijk geacht bij de keuze van de huisarts.

Met betrekking tot factor II (snelle en continue beschikbaarheid van de huisarts) blijken wederom de oudere leeftijdscategorieën zeer significant ($P = 0,0000$) meer belang te hechten aan de beschikbaarheid van de huisarts. Tussen de leeftijdsgroeperingen 45 tot en met 64 jaar en 65 jaar en ouder is er geen verschil. Tussen de leeftijdscategorie 29 jaar en jonger en 30 tot en met 44 jaar is het verschil relatief klein ($P = 0,02$). Het grootste verschil bestaat tussen 44 jaar en jonger en 45 jaar en ouder.

Aangaande factor III (maatschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts) is het verband met de leeftijd niet zonder meer lineair. De leeftijdscategorie 45 tot en met 64

jaar blijkt relatief deze verantwoordelijkheid het belangrijkste te achten; het verschil met de leeftijdscategorie 30 tot en met 44 jaren is zeer duidelijk ($P = 0,0000$). De oudste leeftijdscategorie (65 jaar en ouder) en de jongste (29 jaar en jonger) liggen in de beoordeling van de belangrijkheid tussen deze twee in, waarbij de oudste dichter ligt bij de categorie 45 tot en met 64 jaar en de jongste bij de categorie 30 tot en met 44 jaar.

Nopens factor IV (socio-emotionele aspecten van de huisarts) is er een zeer groot verschil tussen de vier leeftijdscategorieën ($P = 0,0000$). Naarmate men ouder is, hecht men minder belang aan deze aspecten van de huisartsrol. Het grootste verschil blijkt weer te bestaan tussen de leeftijdscategorieën 44 jaar en jonger en 45 jaar en ouder.

Met betrekking tot factor V (snel en veel voorschrijven van geneesmiddelen) blijken zeer duidelijke verschillen te bestaan tussen de oudste leeftijdscategorie (65 jaar en ouder) en elk van de overige leeftijdscategorieën ($P = 0,0000$); tussen deze drie overige categorieën zijn de verschillen niet significant. De 65-jarigen en ouderen blijken relatief veel meer belang te hechten aan het veel en op verzoek voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts.

Ten aanzien van factor VI (maatschappelijke reputatie van de huisarts) blijkt er een sterk verband ($P = 0,0000$) te bestaan met de leeftijd; naarmate men ouder is wordt de goede reputatie meer als belangrijk beoordeeld. De grootste verschillen bestaan weer tussen de leeftijdscategorieën 45 jaar en ouder enerzijds en 44 jaar en jonger anderzijds.

Terzake aan factor VII („nabijheid” van de huisarts) zijn de verschillen tussen de vier leeftijdsgroepen significant ($P = 0,003$). De grootste verschillen bestaan tussen de 29 jaar en jongeren enerzijds en 45 jaar en ouderen anderzijds; de jongeren hechten bij de keuze meer belang aan de nabijheid van de huisarts dan de ouderen.

Aangaande factor VIII (communicatie met de huisarts) blijkt een zeer

duidelijk verband ($P = 0,0000$) met de leeftijd te bestaan; naarmate men ouder is wordt aan de communicatie van de kant van de huisarts minder belang gehecht.

Concluderend kunnen wij zeggen dat de leeftijd van de respondenten in sterke mate blijkt samen te hangen met de belangrijk geachte kenmerken bij de keuze van de huisarts. Oudere patiënten blijken meer dan jongere groter belang te hechten aan eenzelfde sociaal-culturele achtergrond en een goede reputatie van de huisarts. Jongere patiënten blijken meer dan de oudere groter belang te hechten aan de socio-emotionele aspecten van de huisartsrol en aan een goede communicatie van de kant van de huisarts. Opmerkelijk is, dat vooral de oudere leeftijdscategorieën de nadruk leggen op snelle en continue beschikbaarheid van de huisarts, terwijl de jongere leeftijdscategorie de nabijheid relatief belangrijker acht. De ouderen en vooral de 45 tot en met 64-jarigen hechten relatief het meeste belang aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts. De oudste leeftijdsgroepering blijkt, meer dan elk van de overige groeperingen, relatief veel belang te hechten aan het veel en op verzoek van de patiënt voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts.

Geslacht. Tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten bestaan er ten aanzien van zeven van de acht factoren geen statistisch significante verschillen (Toets van Student). Alleen met betrekking tot de socio-emotionele aspecten van de huisartsrol blijken de vrouwelijke respondenten hierop duidelijk ($P = 0,0002$) meer prijs te stellen dan de mannelijke.

Beroepsstratificatie. Bij de analyse van de samenhangen tussen de beroepsklassen en de acht factoren zijn wij uitgegaan van de indelingen in drie beroepsklassen, zoals is weergegeven in artikel IV, (1974) huisarts en wetenschap 17, 99.

Ten aanzien van de factoren I, VI,

VII en VIII zijn er geen statistisch significante verschillen tussen de beroepsklassen en de waardering van de belangrijkheid van de sociaal-culturele achtergrond ($P = 0,08$), van de maatschappelijke reputatie ($P = 0,91$), van de bereikbaarheid ($P = 0,17$) en van de communicatie ($P = 0,44$).

Blijkens factor II hechten de respondenten uit de hoogste beroepsklassen zeer duidelijk ($P = 0,0000$) minder belang aan de snelle en continue beschikbaarheid van de huisarts dan die uit de midden- en lagere beroepsklassen.

Hetzelfde geldt voor factor III. De hogere beroepsklasse acht de maatschappelijke betrokkenheid van de huisarts ($P = 0,0000$) minder belangrijk dan de beide overige beroepsklassen.

Ten opzichte van factor IV blijkt het verband, zij het in zwakkere mate, weer te bestaan: de hogere beroepsklasse hecht minder belang ($P = 0,02$) aan de socio-emotionele aspecten dan de beide andere beroepsklassen.

Ten aanzien van factor V blijken de verschillen tussen de drie beroepsklassen het grootst te zijn. De hogere beroepsklasse acht het veel en op verzoek voorschrijven van geneesmiddelen minder belangrijk ($P = 0,0000$) dan de middenklasse en deze weer minder belangrijk ($P = 0,0000$) dan de laagste beroepsklasse.

Concluderend kunnen wij zeggen dat ten aanzien van een aantal factoren geen verschillen bestaan en dat met betrekking tot de beschikbaarheid, de maatschappelijke betrokkenheid en de socio-emotionele aspecten bij de midden- en lagere beroepsklassen sterkere en meer duidelijke voorkeuren bestaan dan bij de hogere beroepsklasse. Tenslotte dat terzake van het voorschrijven van geneesmiddelen de grootste verschillen voorkomen.

Wijze van verzekering. Wij zijn uitgegaan van de tweedeling particulieren en particulier verzekerden (I.Z.A. en G.V.P.) enerzijds en ziekenfonds-verzekerden anderzijds. Het

patroon van verbanden van deze variabele met de acht factoren is identiek met het hiervoor weergegeven overzicht van de beroepsstratificatie met de acht factoren. De particulier verzekerden nemen hierbij de plaats in van de hoogste beroepsklasse.

Burgerlijke staat. Er bestaan geen verbanden tussen burgerlijke staat en de factoren I, II, III, VI en VIII. Er zijn duidelijke verschillen tussen gehuwden en ongehuwden ten aanzien van factor IV ($P = 0,001$) en factor VII ($P = 0,004$); gehuwden achten de socio-emotionele aspecten belangrijker dan de ongehuwden. Hetzelfde geldt voor de „nabijheid” van de huisarts. Met betrekking tot de factor V blijken de respondenten, die weduwe of weduwnaar zijn, meer belang te hechten aan het snel en op verzoek voorschrijven van geneesmiddelen ($P = 0,0000$); hierbij speelt waarschijnlijk, zoals wij hiervoor hebben gezien, de leeftijd een belangrijke rol.

Aantal jaren eigen huisarts. De verbanden tussen dit gegeven en de diverse factoren komen gedeeltelijk overeen met de bij de leeftijd reeds besproken samenhangen. Zo blijken de respondenten, naarmate zij langer een eigen huisarts hebben, meer belang te hechten aan snelle en continue beschikbaarheid van de huisarts ($P = 0,0000$), aan snel en op verzoek voorschrijven van geneesmiddelen ($P = 0,001$) en minder belang aan de „nabijheid” van de huisarts ($P = 0,003$).

Aantal keren huisarts nodig gehad. Er zijn geen verbanden tussen dit gegeven en de acht factoren.

Spoedverrichtingen. De respondenten die een spoedverrichting hebben gevraagd maar deze uitstelden, omdat zij de eigen huisarts niet kregen, blijken eenzelfde sociaal-culturele achtergrond belangrijker ($P = 0,005$) en de socio-emotionele achtergronden minder belangrijk ($P = 0,005$) te achten dan degenen, die een

spoedverrichting hebben gevraagd en daadwerkelijk gehad. Dit berust waarschijnlijk weer op de leeftijd (zie artikel IV, (1974) huisarts en wetenschap 17, 99).

Voor- en nadelen van het samenwerkingsverband genoemd. Via open vragen werd de respondenten de gelegenheid gegeven voordelen en/of nadelen van de samenwerking te noemen. Zoals in het vierde artikel is vermeld, heeft 32,4 procent niets ingevuld, 35,9 procent zowel voor- als nadelen, 25,1 procent voordelen en 6,5 procent nadelen. Een inhoudelijke analyse van de genoemde voor- en nadelen zal in een later artikel plaatsvinden.

De respondenten die voordelen noemden, blijken relatief meer waarde te hechten aan snelle en continue beschikbaarheid van de huisarts ($P = 0,01$) en relatief minder waarde aan de „nabijheid” van de huisarts ($P = 0,002$) dan de respondenten, die nadelen al dan niet met voordelen hebben genoemd. Tenslotte blijken de respondenten, die niets hebben ingevuld, relatief meer waarde te hechten aan dezelfde sociaal-culturele achtergrond van de huisarts dan alle overige categorieën ($P = 0,0000$).

Voorkeur. Aan de respondenten zijn negen vragen voorgelegd, onder meer naar voorkeur voor de eigen huisarts, waarin naar algemene opvattingen over de huisarts werd geïnformeerd. In tabel 3 geven wij de vragen met de frequentieverdelingen van de antwoorden; de nummering der vragen verwijst naar de volgorde, waarin ze werden gesteld.

Na factoranalyse bleken twee factoren tezamen 42 procent van de totale variantie te verklaren. In tabel 4 zijn deze factoren met de relevante vragen weergegeven.

De eerste factor blijkt vooral betrekking te hebben op de overbelasting van de huisarts in zijn beroepsuitoefening, de tweede factor geeft een voorkeur weer voor de eigen huisarts bij spoedgevallen. Twee uitkomsten hebben factorladingen die

kleiner zijn dan 0.40. Vraag 6 (de huisarts zou de nadruk moeten leggen op het spreekuur) is nog het meest inherent aan factor I: de overbelasting van de huisarts; op vraag 8 (ik heb vaker dan anderen de huisarts nodig) resulteert de hoogste lading op factor II: voorkeur voor de eigen huisarts.

RELATIE MET ACHTERGROND-GEGEVENS

Leeftijd. Tussen de vier leeftijds-

groepen bestaan significante verschillen met betrekking tot factor I: de overbelasting van de huisarts ($P = 0,004$). De oudere respondenten hebben relatief hogere scores dan de jongere, dat wil zeggen dat zij meer dan de jongeren van mening zijn dat de huisarts overbelast is. Aangaande factor II zijn de verschillen tussen de leeftijdscategorieën zeer significant ($P < 0,0000$). Naarmate de respondenten tot een hogere leeftijdscategorie behoren, zijn er relatief meer met een sterke voorkeur voor de

Tabel 3. *Meningen over huisartsen; antwoorden in procenten.*

N=1683	Hele-	Ge-	Geen	Gedeel-	Hele-	
	maal mee eens	deel- telijk mee eens	men- ing	telijk mee on- eens	maal mee on- eens	
9 Bij spoedvisites hebben patiënten toch veel liever de eigen huisarts	67,7	15,5	7,0	3,1	5,7	100
1 De meeste huisartsen zijn tegenwoordig te zeer overbelast	56,2	21,9	18,5	2,0	1,4	100
5 Door de grote onregelmatigheid van de arbeidstijden van de huisarts wordt het vrijwel onmogelijk voor de huisarts een normaal gezinsleven te leiden	51,7	26,9	13,8	4,5	3,1	100
3 De huisarts is nooit zeker van zijn tijd	59,4	17,5	16,6	3,4	3,1	100
2 Bij spoedvisites moet de eigen huisarts komen	43,1	24,4	8,2	6,4	17,9	100
4 Veel patiënten maken misbruik van de beschikbaarheid van de huisarts	44,7	22,3	24,7	4,3	3,9	99,9
6 De huisarts zou de nadruk moeten leggen op het spreekuur	34,3	29,6	16,6	8,8	10,7	100
7 De mogelijkheden van de huisarts zouden het best tot hun recht komen indien de huisarts in de een of andere vorm in een groepspraktijk zou werken	39,5	20,9	23,1	5,5	11,2	100,1
8 Ik heb vaker dan anderen de huisarts nodig	9,8	5,6	28,5	4,0	52,0	99,9

Tabel 4. *Factoren met betrekking tot de beoordeling van de huisarts in het algemeen.*

	I	II
5 Door de grote onregelmatigheid van de arbeidstijden van de huisarts wordt het vrijwel onmogelijk voor de huisarts een normaal gezinsleven te leiden.71	
1 De meeste huisartsen zijn tegenwoordig te zeer overbelast.68	
3 De huisarts is nooit zeker van zijn tijd.64	
4 Veel patiënten maken misbruik van de beschikbaarheid van de huisarts61	
2 Bij spoedvisites moet de eigen huisarts komen83
9 Bij spoedvisites hebben patiënten toch veel liever de eigen huisarts.		.82
7 De mogelijkheden van de huisarts zouden het best tot hun recht komen indien de huisarts in een of andere vorm in een groepspraktijk zou werken		-.47
Verklaarde variantie (in procenten)	23	19
Lading kleiner dan .40		
6 De huisarts zou de nadruk moeten leggen op het spreekuur38	
8 Ik heb vaker dan anderen de huisarts nodig29

eigen huisarts. Het grootste verschil bestaat tussen de leeftijdscategorie boven 45 jaar en die van 44 jaar en jongeren.

Geslacht. Vrouwelijke respondenten achten relatief meer dan mannelijke het huisartsberoep een zwaar en onregelmatig beroep ($P = 0,001$). Tussen mannen en vrouwen is er, nogal verrassend, geen verschil terzake van de voorkeur voor de eigen huisarts ($P = 0,96$).

Beroepsstratificatie. De hogere beroepscategorie is duidelijk minder vaak dan de beide andere categorieën van mening, dat het huisartsberoep een zwaar belast beroep is ($P < 0,0002$). Naarmate de respondenten uit een hogere beroepscategorie komen, blijkt minder voorkeur voor de eigen huisarts te bestaan ($P < 0,0000$).

Wijze van verzekering. Dezelfde verbanden als bij de beroepsstratificatie bestaan met betrekking tot de ziekenfonds- en particulier verzekerden. De particulier verzekerden hebben een geringere voorkeur voor de eigen huisarts ($P = 0,003$) en zij zijn in mindere mate van mening dat het huisartsberoep een zwaar belast beroep is ($P = 0,01$).

Burgerlijke staat. Tussen dit gegeven en de beide factoren bestaan geen samenhangen (respectievelijk $P = 0,76$ en $P = 0,11$).

Aantal jaren eigen huisarts. Van de respondenten, die lang een bepaalde huisarts hebben, zijn er meer die het huisartsberoep een zwaar belast beroep vinden dan van degenen, die relatief kort een bepaalde huisarts hebben ($P < 0,02$). Ook blijkt de duur dat men een bepaalde huisarts heeft verband te houden met de voorkeur voor de eigen huisarts ($P = 0,0002$); een langere duur gaat samen met een sterkere voorkeur voor de eigen huisarts. Deze beide verbanden lopen parallel met de verbanden tussen de leeftijd en de twee factoren.

Aantal keren eigen huisarts nodig gehad. Er is geen verband tussen dit

gegeven en de mening over de zwaarte van het beroep. Er is een relatief zwak verband ($P = 0,02$) tussen dit gegeven en de tweede factor: voorkeur voor de eigen huisarts; respondenten die de huisarts relatief vaak nodig hebben gehad (> 10 keer in afgelopen jaar) hebben een relatief grotere voorkeur voor de eigen huisarts.

Eigen huisarts. Het blijkt dat van de respondenten uit twee praktijken er relatief meer menen, dat het huisartsberoep een zwaar beroep is dan uit de overige praktijken ($P = 0,001$); opmerkelijk is dat deze twee praktijken de grootste zijn in absolute zin. Er zijn geen verschillen tussen de respondenten uit de zes praktijken met betrekking tot de voorkeur voor de eigen huisarts ($P = 0,24$).

Spoedverrichtingen. Er zijn respondenten die geen spoedverrichtingen hebben gevraagd, die wel een spoedverrichting hebben gevraagd en ook gehad en tenslotte degenen, die een spoedverrichting hebben gevraagd maar deze hebben uitgesteld omdat zij niet de eigen huisarts troffen. Tussen deze drie categorieën respondenten zijn geen verschillen in hun mening over de zwaarte van het huisartsberoep.

Er zijn wel opmerkelijke verschillen met betrekking tot factor II: de voorkeur voor de eigen huisarts ($P = 0,0000$). Wat deze voorkeur betreft wordt de middencategorie gevormd door degenen, die geen spoedverrichting hebben aangevraagd. Een sterkere voorkeur bestaat bij hen, die een spoedverrichting hebben uitgesteld, een geringere voorkeur wordt aangetroffen bij degenen, die een spoedverrichting hebben gevraagd en gehad. Naar onze mening kan hieruit blijken dat primo: een sterke voorkeur voor de eigen huisarts leidt tot het uitstellen van een spoedverrichting door een van de andere artsen en dat secundo: het contact hebben gehad via een spoedverrichting met een van de andere artsen de voorkeur voor de eigen huisarts in sterke mate doet verminderen. Het eerste

opperden wij reeds als mogelijke verklaring voor de bevindingen in het vierde artikel, het tweede bij de verklaring van de bevindingen van het vijfde artikel. Deze gegevens versterken elkaar dus duidelijk.

Voor- en nadelen van samenwerkingsverband. De respondenten, die ofwel alleen voordelen ofwel en nadelen hebben genoemd, zijn meer van mening dat het huisartsberoep zwaar en onregelmatig is dan de respondenten, die niets of alleen nadelen hebben ingevuld ($P = 0,004$).

Zeer duidelijke verbanden blijken te bestaan tussen dit gegeven en de voorkeur voor de eigen huisarts; de respondenten die alleen nadelen noemen, hebben een veel sterkere voorkeur voor de eigen huisarts dan degenen, die niets óf vóór- en nadelen noemen ($P = 0,0000$). Deze laatsten hebben weer een veel sterkere voorkeur voor de eigen huisarts dan degenen, die alleen voordelen noemen ($P = 0,0000$).

Het interessante van deze uitkomst is dat hieruit duidelijk blijkt, dat degenen, die zich de moeite getroosten voor- óf nadelen op te schrijven, zich duidelijk van elkaar onderscheiden in hun voorkeur voor de eigen huisarts.

Verder is interessant dat tussen deze beide extreme categorieën zich de respondenten bevinden die óf niets óf vóór- en nadelen hebben genoemd. Tussen de respondenten, die niets en die vóór- en nadelen noemen, bestaat geen verschil in de mate van voorkeur ($P = 0,89$).

In het vijfde artikel is reeds naar voren gekomen dat er analoge samenhangen bestaan tussen het vermelden van voor- en/of nadelen enerzijds en de voorkeur voor de eigen huisarts bij aandoeningen van de kinderen, bij somatische klachten en bij psychosociale klachten anderzijds.

Summary. Studies of a pseudo-group practice. VI. Choosing a family doctor. This article reviews the factors consi-

dered important in choosing a family doctor according to 1683 respondents from the six general practices of this pseudo-group practice. As expected, great importance is attached to such factors as the competence and the socio-emotional functions of the family doctor. A surprising finding is that such characteristics as sex, race, marital status, religion, political convictions, a large practice and „generous prescription of medications” are given relatively little significance. Factor analysis was applied to investigate the relationship between these views and the respondents' background data. This analysis showed that age, occupational class and mode of insurance, to mention a few factors,

were of great significance, whereas sex was not.

A survey is also presented of the findings concerning the views on the family doctor in general. Factor analysis again revealed evident correlations with age, occupational stratification and mode of insurance. Finally, the findings of this part of the study clearly indicate that a marked preference for one's own family doctor does in fact lead to postponement of requests for emergency assistance when another physician is on duty. On the other hand, contact with one of the other general practitioners via emergency assistance greatly reduces the preference for the „original” family doctor.

Cassée, E. (1969) huisarts en wetenschap 12, 97-104.

Coser, R. L. A home away from home In: Apple, Sociological studies of health and sickness. New York, 1960.

Freidson, E. Patients' views of medical practice. New York, 1961.

Gray, P. G. & A. Cartwright. (1953) Lancet II, 1308.

Hutchinson, E. General Practice, a consumer commentary. Research institute for consumer affairs, essays and inquiries, The Campfield Press, St. Albans, London, 1963.

Winkler Prins, J. Huisarts en patiënt, Boom en Zoon, Meppel, 1966.

Wederwaardigheden met hypnose in de huisartspraktijk (een groepservaring)*

DOOR F. K. VAN LAMOEN EN J. I. M. J. VAN LAMOEN-DOMISSE, HUISARTSEN TE LEEUWARDEN

Na twee en een half jaar praten met patiënten, begeleid en gestimuleerd door de eens in de veertien dagen gehouden bijeenkomsten van onze groep medische psychologie Leeuwarden, voelden velen van ons behoefte aan een andere methode naast de zo waardevolle gesprekken. Wij meenden in hypnose een benaderingswijze te bespeuren die misschien onze mogelijkheden zou vergroten. Daarom besloten in 1971, na een verhandeling over hypnose door W. P. J. Viëtor, zenuwarts, acht leden van deze groep een cursus in hypnose te gaan volgen. Wij stelden vast dat de cursus op acht achtereenvolgende woensdagavonden te Zwolle zou plaatsvinden, waar wij gastvrijheid genoten in het ziekenhuis „De Wezenlanden”. Doordat wij gezamenlijk per trein reisden, konden wij voor en na de cursus onze belevingen onderling nog eens bespreken, zodat de reis geen verloren tijd was.

De eerste trainingsavond al

* De groep bestaat uit: T. E. Halbertsma, S. Haveman, C. Helderma, H. Jakobs, J. Kemeling, F. K. van Lamoen, J. I. M. J. van Lamoen-Domisse en K. J. Lugtmeier, allen huisartsen.

maakten wij kennis met de hypnotische toestand, waarin Viëtor een van ons bracht en waarbij hij diverse kenmerken demonstreerde.

Daarna traden wij zelf in de rol van hypnotiseur en gehypnotiseerde, waarvan het moeilijk valt te zeggen welke rol de diepste indruk maakte. Wanneer men de hypnose als techniek wil leren kennen, zal men zelf meermalen deze toestand moeten beleven. Wij deden dit op twee manieren: elkaar onder hypnose brengen of via autohypnose (of autogene training), waarin men zelf door concentratie de hypnotische toestand bereikt; dit laatste hebben wij allen thuis geoefend. De toestand waarin men geraakt is dezelfde, maar de manier waarop men deze bereikt is verschillend (bij yoga en trance en soms bij dagdromen komt men via een andere weg, ook in dezelfde bewustzijns-toestand).

Er werd veel tijd besteed aan het bespreken van hetgeen er tijdens de hypnose met je gebeurt. Er treedt een vrijwillige bewustzijnsvernaauwing op waarbij heldere waarneming en diepe gevoelens mogelijk zijn. De hypnotiseur is slechts een gids die de weg wijst en suggesties doet, die alleen

Samenvatting. Acht huisartsen met „Balint”-ervaring volgden een trainingscursus „Hypnose”. Na gedurende twee jaren het geleerde in de praktijk te hebben gebracht, wordt getracht tot een evaluatie te komen. Alle deelnemers bemerken in hun dagelijks werk een duidelijke attitude-verandering, niet alleen in het hanteren van suggestie maar ook in de gespreksvoering, bij het lichamelijk onderzoek en in de eigen grondhouding tegenover de patiënt. De „echte hypnose” wordt slechts door een minderheid van de groep gebruikt.

dan worden geaccepteerd, wanneer de gehypnotiseerde daartoe bereid is. Voor deze bereidheid is een vertrouwensrelatie nodig. Van machtsuitoefening is geen sprake, de hypnotische toestand kan ieder moment vrijwillig worden verbroken.

Wij deden in hypnose soms diepe gevoelservaringen op en hadden vreemde gewaarwordingen zoals: intense warmte van een bepaald lichaamsdeel, bewustwording van de hartslag, catatonie, het gevoel dat het rechter been vele malen langer is dan het linker en het gevoel te zweven. Iets waarin je eigenlijk niet had geloofd bleek toch waar; de subjectiviteit van ons waarnemen kwam, haast