

*a four-year period, involving 76 women during 1542 female months, the author first of all reaches the tentative conclusion that a correlation between habitus and hormonal type has not been demonstrated. The results obtained by administration of the „pure“ progestogen Depo-Provera during the period studied, warrant the second conclusion: that selective recommendation of hormonal contraceptives on the basis of the endogenous hormone profile lacks an adequate scientific foundation.*

Bergstein, N. A. M. (1970) *Geneesk. Gids* 1, 365-375.  
Cyran, W. (1971) *Landarzt* 47, 15.  
Dickey P. & H. Dorr (1969) *Obstet. and Gynec.* 33, 273.  
Heinen, G. (1970) *Prakt. Arzt (Wien)* 12, 1159.  
Krause, J. & H. Stamm (1970) *Fortschr. Geburtsh. Gynäk.* 42, 57.  
Kremer, J. (1970), Characteristics of combined oral contraceptives. Symposium gynaecological endocrinology, Sittard, 1970 (Brochure

Novo, Helmholzstraat 55, Amsterdam).  
Kremer, J. & A. A. Haspels. *Geboorteregeling bij de mens.* Universitaire Boekhandel Nederland, Groningen, 1972.  
Lauritzen, Ch. (1971) *Praxis* 60, 938-947.  
Linthorst, G., F. Wibaut & R. E. Jongh (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1694.  
Tenhaeff, D. (1971) *Ärzt. Prax.* 23, 3351-3357.  
Wildschut, J. (1973) *Organorama*, 1, 8.

## Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (IV)

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

In het eerste artikel, (1974) huisarts en wetenschap 17, 23-26, werd reeds vermeld, dat één van de onderzoekingen rond de pseudo-groepspraktijk gericht was op de patiënten van de zes samenwerkende huisartsen. Na vele overwegingen werd besloten dat dit onderzoek in de vorm van een schriftelijke enquête zou geschieden, teneinde een zo breed mogelijke visie te verkrijgen op de meningen van de patiënten\*\*\*.

### DE STEEKPROEF

Voor een exploratie van de meningen van de patiënten over de samenwerking der zes huisartsen leek de totale steekproefgrootte van tweeduizend ruim voldoende. Besloten werd dit als streefgetal te nemen en dit aantal te bereiken door rekening te houden met een uitval van circa 30 procent. Tenslotte werd het aantal nog eens verhoogd, teneinde de mogelijkheid voor proefonderzoekingen te verkrijgen. In totaal werden aan de zes huisartsen drieduizend adressen gevraagd. Elk vijfde adres uit de patiëntenadministratie werd bij de steekproef betrokken. Er werd gelet

op het geslacht en of het een gezinshoofd of alleenstaande betrof. Per gezin werd slechts een persoon geselecteerd. De huisartsen lichtten zolang kaarten totdat het vereiste aantal was bereikt. Op basis van cijfers van het belangrijkste ziekenfonds werd een steekproefgrootte-verdeling per huis-

arts aangehouden. Gezien de verzekerings der artsen, dat er geen reden was om aan te nemen dat de verhouding tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten tussen de zes praktijken erg uiteenliep, werd de praktijkgrootte voor dit doel in percentages geschat op basis van de ziekenfonds-

**Samenvatting.** Aan 2.811 patiënten uit de zes praktijken van de zogenaamde pseudo-groepspraktijk te Nijmegen is een vragenlijst gestuurd. Hierin is een groot aantal aspecten aan de mensen voorgelegd, teneinde meer zicht te krijgen op de mening van de patiënten over het functioneren van de pseudo-groepspraktijk. Uiteindelijk konden 1.683 vragenlijsten worden verwerkt. Dit aantal bleek goed gespreid te zijn (naar praktijkgrootte) over de zes praktijken en overeen te komen met de verwachte uitval. De steekproef was samengesteld uit 48 procent mannelijke en 52 procent vrouwelijke gezinshoofden of alleenstaanden. Verreweg de meesten waren gehuwd (85 procent). Alle leeftijdscategorieën en beroepsklassen waren vertegenwoordigd.

Ongeveer een vijfde heeft enige moeite met de komst van een andere arts, een-tiende is over hem méér tevreden dan over de eigen huisarts. Tussen mannen en vrouwen bestaan in dit opzicht geen verschillen. De ontevreden zijn wel gemiddeld jonger.

Ouderen stellen een spoedverrichting waarschijnlijk vaker uit dan jongeren, terwijl gehuwden dit (voor hun gezin) minder vaak doen. Ongeveer driekwart van de respondenten is het (achteraf) eens met de voorgestelde regeling. Zeer velen (ruim eenderde) noemen voor- en

nadelen. Vooral de jongere respondenten leveren commentaar, zowel in positieve als in negatieve zin.

Tussen de beroepsklassen zijn geen verschillen ten aanzien van de acceptatie van de voorgestelde regeling. Het commentaar (voorstellen tot verbeteringen of alternatieven) komt vooral van de respondenten uit de hogere beroepsklassen.

Het blijkt dat het ervaring hebben gehad met een spoedverrichting niet van invloed is op de acceptatie van de pseudo-groepspraktijk-regeling. Deze uitkomst is tegen de verwachting in, omdat juist spoedverrichtingen bij patiënten afweer zouden kunnen oproepen.

Zeer veel patiënten wisten weinig concreets van de samenwerking. De kennis over de pseudo-groepspraktijk vertoonde geen duidelijke samenhang met de burgerlijk staat. Vrouwen wisten er gemiddeld wat meer van dan mannen. Oudere respondenten en respondenten uit de lagere beroepsklasse wisten er duidelijk minder van. Opvallend is, dat degenen die ervaring met een spoedverrichting hebben gehad en daarbij door een andere huisarts waren geholpen, gemiddeld beter op de hoogte waren. Duidelijk is ook dat respondenten die het eens waren met de voorgestelde regeling er meer van af wisten dan degenen die het er (zonder meer) niet mee eens waren.

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

\*\* Hoofd van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

\*\*\* Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van de Ziekenfondsraad. Voor deze financiële steun zijn wij zeer erkentelijk.

cijfers. *Tabel 1* verschaft een overzicht van het aantal verzonden, ontvangen en verwerkte enquêteformulieren van het hoofd-onderzoek.

Daarnaast werden 50 protocollen verwerkt van mensen die gedurende de onderzoeksperiode een andere huisarts hadden gekozen. In totaal werden 1.736 protocollen gecodeerd, waarvan 1.683 konden worden verwerkt. De belangrijkste vragen moesten zijn beantwoord. De uitval bedroeg ongeveer 38 procent. Dit percentage was iets hoger dan werd verwacht en was hoofdzakelijk toe te schrijven aan het voor ons onverwacht grote aantal verhuizingen van de aangeschrevenen tijdens de onderzoeksperiode, waardoor vele formulieren als onbestelbaar terugkwamen. De onderzoeksperiode duurde van oktober 1970 tot en met januari 1971. Wanneer men de percentageverdelingen van de ziekenfondspatiënten per huisarts vergelijkt met het uiteindelijk verwerkte percentage protocollen, dan zijn de verschillen niet van dien aard dat de streekproef achteraf nog eens rechtgetrokken behoefde te worden (*tabel 2*).

#### DE PROCEDURE EN DE OPZET

In de lente en de zomer van 1970 werden twee voor-onderzoeken ver-

richt. Vooraf waren door de onderzoekers met zeven echtparen vraaggesprekken gehouden teneinde meer zicht te krijgen op de gedachten en problemen die leefden met betrekking tot de pseudo-groepspraktijk. De daarna opgestelde proef-vragenlijst is besproken met de betrokken zes huisartsen en met vertegenwoordigers van de Ziekenfondsraad. Tweemaal werden aan honderd mensen uit de zes praktijken proef-vragenlijsten gezonden. De bedoeling hiervan was na te gaan of de uitval groot zou zijn, of de vragenlijst niet te lang zou zijn, of de vragen goed waren geformuleerd en of de spreidingen op de antwoorden redelijk zouden zijn. De uitval bedroeg beide keren circa 40 procent, een percentage dat dicht bij dat van het definitieve onderzoek bleek te liggen. Sommige vragen moesten duidelijker worden geformuleerd, terwijl andere werden verwijderd vanwege de scheve antwoordverdelingen. De lengte van de vragenlijst bleek goed te voldoen. De resultaten van de voor-onderzoeken zijn inhoudelijk niet geanalyseerd, maar alleen gebruikt voor technische verbeteringen aan de definitieve vragenlijst. Deze werd in oktober 1970 aan ruim 2.800 patiënten verstuurd. In januari 1971 werd het veldwerk afgesloten en konden de bewerkingen beginnen.

#### VRAGENLIJST

De vragenlijst bestond uit een aantal onderdelen. Het eerste deel omvatte vragen over personalia zoals leeftijd, burgerlijke staat, geslacht, aantal kinderen (thuis), godsdienst, beroep, wijze van verzekerd zijn. Ook werden vragen gesteld omtrent de periode van inschrijving bij de desbetreffende huisarts en met betrekking tot het aantal contacten dat men met de huisarts gedurende het laatste jaar heeft gehad.

Het tweede deel bestond uit kennisvragen over de pseudo-groepspraktijk. Wat wist de patiënt concreet van deze samenwerking? Daarna volgden een aantal uitspraken over de huisarts in het algemeen en over de samenwerking tussen de huisartsen.

Vervolgens werd een aantal situaties voorgelegd waarbij medische hulp noodzakelijk was. Gevraagd werd of de patiënt in dat geval de eigen huisarts wilde hebben of desnoods een andere.

Bij de gezinnen met kinderen beneden 12 jaar werden tevens vragen gesteld ten aanzien van het hulp inroepen voor de kinderen. Verder dienden de respondenten aan te geven in hoeverre zij een groot aantal eigenschappen van de huisarts belangrijk vonden.

Tenslotte werd geïnformeerd naar de voor- en nadelen van de samenwerking tussen huisartsen; of de respondenten het eens waren met de huidige regelingen en of er gezinsleden waren die er een andere mening over hadden dan de respondent. Deze laatste vragen waren zogenaamde open-end vragen.

In dit artikel zullen wij de relevante personalia van de patiënten vermelden met daarnaast gegevens betreffende de kennis-vragen en tenslotte enkele algemene gegevens over de houding van de respondenten tegenover de pseudo-groepspraktijk. Het gaat hier om de voornoemde eerste twee delen van de enquête en de grote lijnen van het laatste deel. De overige aspecten zullen in volgende artikelen aan de orde komen.

*Tabel 1. Aantal verzonden, ingevuld terugontvangen en verwerkte enquêteformulieren per huisarts.*

Huisarts	Verzonden	Ingevuld terugontvangen	Uiteindelijk verwerkt
1	432	305	288
2	537	324	299
3	627	298	276
4	138	96	86
5	557	361	353
6	520	352	331
Totaal	2.811	1.736	1.633

*Tabel 2. Verdeling in procenten per huisarts van de ziekenfondspatiënten ten opzichte van de verwerkte enquêteformulieren.*

	Huisartsen						Totaal percentage
	1	2	3	4	5	6	
Ziekenfondsleden	15	20	21	7	19	18	100
Verwerkte enquêteformulieren	18	19	17	5	21	20	100

## RESULTATEN

### 1. ENKELE ALGEMENE GEGEVENS VAN DE RESPONDENTEN

De geslachtsverdeling blijkt goed overeen te komen met de nagestreefde, namelijk 48 procent mannen en 52 procent vrouwen, van wie 85 procent was gehuwd, 6 procent ongehuwd, 1 procent gescheiden en 7 procent weduwe of weduwnaar. *Tabel 3* geeft de verdeling van burgerlijke staat en geslacht van de respondenten.

*Tabel 3. Verdeling van de respondenten naar geslacht en burgerlijke staat. N = 1683.*

Burgerlijke staat	Mannen	Vrouwen
Gehuwd .....	740	677
Ongehuwd .....	35	70
Weduwnaar/Weduwe	28	89
Gescheiden .....	2	22
Totaal .....	805	858

Wij hebben de leeftijden in vier klassen ingedeeld: 1 tot en met 29 jaar (13,6%), 30 tot en met 44 jaar (32,8%), 45 tot en met 64 jaar (40,0%) en 65 jaar en ouder (13,6%). De gemiddelde ( $\bar{x}$  = het rekenkundig gemiddelde) leeftijden van de respondenten waren als volgt verdeeld over de burgerlijke staat (*tabel 4*).

*Tabel 4. Gemiddelde leeftijd van de respondenten naar burgerlijke staat. N = 1666.*

Burgerlijke staat	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
Gehuwd ....	1.422	45,28	13,57
Ongehuwd ..	103	48,53	18,17
Gescheiden ..	24	49,54	10,68
Weduwstaats ..	117	65,51	11,57

Van 17 respondenten was de burgerlijke staat en/of de leeftijd niet bekend.

Tussen de eerste drie status bestaan geen significante leeftijdsverschillen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten in de weduwstaats verschilt het meest van die der gehuwden, daarna van die der ongehuwden en tenslotte van de gemiddelde leeftijd van de gescheiden mensen ( $P = 0,0000$ ).

De vrouwen zijn gemiddeld jonger dan de mannen ( $t$ -student = 3,038;  $P = 0,0024$ ) (*tabel 5*).

*Tabel 5. Gemiddelde leeftijd naar geslacht. N = 1653.*

Geslacht	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
Mannen ....	796	47,98	14,35
Vrouwen ..	857	45,80	14,79

Van 30 respondenten was het geslacht en/of leeftijd niet bekend.

Van de gehuwde of gehuwd geweest zijnde respondenten had 13,9 procent geen kinderen thuis, 38,9 procent een of twee kinderen en 28 procent drie tot tien kinderen.

Bijna 85 procent van de respondenten was Rooms-katholiek, 64 procent was in een ziekenfonds verzekerd en de overigen waren particulier verzekerd (inclusief I.Z.A. en dergelijke).

*Tabel 6* verschaft een overzicht van de beroepsklassen. Wij hebben deze in acht categorieën ingedeeld volgens de criteria van onder andere *Kuiper*. De sociale stratificatie loopt van „zeer hoog” (= 1; bijvoorbeeld rechter, ingenieur en leraar) tot „zeer laag” (= 8; bijvoorbeeld ongeschoolde havenarbeider, loopknecht, straatreiniger).

Van 162 respondenten (9,6%) was niet uit te maken tot welke categorie hun beroep moest worden gerekend. Van gehuwde vrouwen werd het beroep van de man als maatstaf genomen.

De beroepsindeling werd bij verdere bewerkingen teruggebracht tot drie categorieën, namelijk 14,8 procent „hoog” (1 t/m 3); 50,7 procent „midden” (4 en 5) en 25,1 procent „laag” (6 t/m 8).

Van de respondenten had 18,6 procent de eigen huisarts vier jaren

of korter, 43,1 procent 5 tot 10 jaar, 25,4 procent 10 tot 18 jaar, 10,9 procent 18 tot 20 jaar en van 36 mensen (2,1%) was het niet na te gaan.

Volgens hun opgave had 36,4 procent van de respondenten de huisarts in 1970 („het afgelopen jaar”) drie keer of minder nodig gehad, 32,8 procent 4 tot 9 keer, 19,2 procent 10 tot 20 maal en 3,4 procent tot 40 keer toe; 9,6 procent helemaal niet; van 154 mensen (9,2%) was de consultatiefrequentie niet na te gaan.

### 2. SPOEDVERRICHTINGEN

In artikel III van deze reeks\* zijn de spoedverrichtingen vanuit het gezichtspunt van de huisarts benaderd. Hier zullen enkele algemene gegevens over de antwoorden van de patiënten worden weergegeven. Bijna 9 procent (8,9%) van de respondenten had sinds de samenwerking van de zes huisartsen een spoedverrichting aangevraagd, maar uitgesteld tot de komst van de eigen huisarts. In feite had 40,8 procent sinds de samenwerking (eind 1970) een spoedverrichting gehad. Dit is een hoog aantal. De verklaring ligt onder meer in de manier van vragen stellen: het ging hier namelijk om de hulp aan gezinnen.

Van 16 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

Uit *tabel 7* is te concluderen dat de gehuwden significant meer spoedverrichtingen hebben gehad dan de overigen ( $\chi^2 = 28,83$  bij  $df = 1$ ;  $P < 0,01$ ). De verklaring hiervoor ligt voor de hand daar het hulp aan gezinnen betrof.

Uit *tabel 8* is op te maken dat de gehuwden, wanneer zij een spoedverrichting kregen, relatief minder vaak

\* (1974) huisarts en wetenschap 17, 63.

*Tabel 6. Verdeling van de respondenten van de verschillende beroepsklassen in procenten. N = 1521.*

Rangnummer Beroepsklasse	1 (= zeer hoog)	2	3	4	5	6	7	8 (= zeer laag)
Percentage Respondenten	5,2	5,2	4,5	19,4	31,3	8,5	15,1	1,5

Tabel 7. Respondenten, onderscheiden naar burgerlijke staat en naar spoedverrichtingen. N = 1667.

	Geen spoedverrichtingen gehad	Spoedverrichtingen gehad	Totaal
Gehuwd . . . .	806	617	1.423
Ongehuwd ..	77	27	104
Gescheiden ..	20	4	24
Weduwstaat ..	87	29	116
Totaal . . . . .	990	677	1.677

Tabel 8. Respondenten, onderscheiden naar burgerlijke staat en naar bezochende arts bij spoedverrichtingen.

	Bij spoedverrichting eigen huisarts gehad	Bij spoedverrichting andere huisarts gehad	Totaal
Gehuwd . . . . .	108	509	617
Ongehuwd . . . .	13	14	27
Gescheiden . . . .	1	3	4
Weduwstaat ..	5	24	29
Totaal . . . . .	127	550	677

hun eigen huisarts hebben gehad en vaker een van de andere artsen dan de overige respondenten. Ook dit verschil is significant ( $\chi^2 = 5,63$  bij  $df = 1$ ;  $P < 0,02$ ). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat gehuwden minder vaak spoedhulp uitstelden, wanneer zij bemerkten dat een andere huisarts dienst had.

Wanneer men aan de mensen die niet de eigen huisarts hebben gehad vroeg in welke mate zij tevreden waren over de andere huisarts, bleek 13,2 procent meer tevreden te zijn over de andere huisarts, 62,5 procent even tevreden, 19,5 procent minder tevreden en 2 procent gaf hierop geen antwoord. Van de gehuwde mannen had 17,6 procent en van de gehuwde vrouwen 14,5 procent de komst van een andere arts bezwaarlijk gevonden (van de niet-gehuwde respondenten waren de aantallen te klein om er conclusies aan te kunnen verbinden). De tevredenheid met de komst van een andere arts was over het algemeen vrij groot. Van de gehuwden had ongeveer een vijfde enige moeite met de komst van de andere

arts, terwijl ongeveer eentiende een andere arts zelfs meer had gewaardeerd. Tussen mannen en vrouwen bestaan kleine verschillen, zoals tabel 9 laat zien. De verschillen zijn bovendien niet significant ( $\chi^2 = 1,24$ , bij  $df = 2$ ; niet significant).

In tabel 10 is te zien, dat de leeftijd duidelijk had te maken met de mate van tevredenheid bij de komst van een andere huisarts, wanneer men deze liet vergelijken met de komst van de eigen huisarts. Van 27 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

Degenen die minder tevreden waren geweest met de komst van een andere bezochende huisarts waren gemiddeld jonger. De leeftijd steeg met de mate van tevredenheid. De verschillen zijn significant ( $P = 0,0000$ ).

Tabel 11 geeft de gemiddelde leeftijden van de respondenten die spoedverrichtingen hebben gehad.

De respondenten die een spoedverrichting niet hebben uitgesteld, waren gemiddeld iets jonger dan degenen, die bij de aanvraag eerst hebben gewacht. Het verschil is echter niet significant ( $P = 0,5544$ ).

Uit tabel 12 blijkt dat er geen verschil in leeftijd was tussen degenen die wel en degenen die niet uitstelden binnen de groep patiënten die géén spoedverrichtingen hebben gehad ( $P = 0,9644$ ). Van 73 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

De respondenten die niet hebben uitgesteld en wel een spoedverrichting hebben gehad waren significant jonger dan degenen die na uitstel ook géén spoedverrichting hebben gehad ( $P = 0,0000$ ). Het lijkt er dus op dat ouderen vaker wachten tot de eigen huisarts weer bereikbaar is; bij hen komt van uitstel vaker afstel.

In tabel 13 wordt aangetoond dat degenen die bij spoedverrichtingen een andere huisarts hebben gehad gemiddeld jonger waren dan degenen die de eigen huisarts hebben gekregen; dit verschil is significant ( $P = 0,0335$ ) en zou op dezelfde wijze kunnen worden verklaard. Tussen degenen die de komst van een andere huisarts respectievelijk wel en niet bezwaarlijk vonden, bestaan geen leeftijdsverschillen.

Van 24 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

Tabel 9. Verdeling van mannen en vrouwen naar het meer of minder tevreden zijn van de patiënten over de waarneming bij spoedgevallen.

	Meer tevreden dan over eigen huisarts	Even tevreden als over eigen huisarts	Minder tevreden dan over eigen huisarts
Mannen . . . . .	38 (13,9%)	178 (64,4%)	58 (21,7%)
Vrouwen . . . . .	32 (11,9%)	186 (69,6%)	50 (18,5%)

Tabel 10. Mate van tevredenheid in spoedgevallen bij komst van andere huisarts ten opzichte van eigen huisarts. N = 548.

Tevredenheid met andere arts	N	$\bar{X}$	Standaarddeviatie
Meer tevreden . . . . .	72	52,75	14,47
Even tevreden . . . . .	366	42,76	13,04
Minder tevreden . . . . .	110	39,36	12,43

Tabel 11. Gemiddelde leeftijd van de respondenten die spoedverrichtingen wel en niet uitstelden. N = 670.

Spoedverrichtingen gehad	N	$\bar{X}$	Standaarddeviatie
Uitgesteld . . . . .	104	46,01	14,15
Niet uitgesteld . . . . .	566	43,78	14,25

### 3. GLOBALE MENING OVER DE SAMENWERKING

Van de respondenten heeft 76,4 procent geantwoord het (achteraf) eens te zijn met de door de huisartsen voorgestelde regeling. Slechts 8,6 procent was het er niet mee eens (144 respondenten), terwijl 15,1 procent niets heeft ingevuld. Tussen mannen en vrouwen waren geen verschillen. Dit komt overeen met de bevindingen van Metzner en anderen. Van degenen die het ermee eens waren, hebben 306 (ruim 30 procent van de voorstanders) verbeteringen voorgesteld.

Wanneer men vroeg naar de voor- en nadelen van de samenwerking tussen de zes huisartsen, noemden 423 (25,1%) respondenten voordelen en 110 (6,5%) nadelen. Voor- én nadelen werden door 604 mensen (35,9%) genoemd. Het blijkt dus, dat ongeveer tweederde van de respondenten wel degelijk een „uitgesproken” mening had over het functioneren van de pseudo-groepspraktijk. Slechts 7,5 procent gaf op dat hun echtgeno(o)t(e) of andere gezinsleden een andere mening had dan zijzelf; 76 respondenten leverden hierbij bovendien commentaar (tabel 14).

Van 266 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

Uit tabel 14 is te concluderen dat degenen die commentaar hebben geleverd (zowel in positieve als in negatieve zin) gemiddeld jonger waren dan degenen die het zonder meer eens of niet eens waren met de voorgestelde regeling. Deze verschillen zijn significant ( $P = 0,0020$ ). Tussen „ja” en „nee” tezamen genomen bestaat geen significant leeftijdsverschil. Metzner en anderen vonden bij hun onderzoek in de Verenigde Staten dat voorkeur voor een groepspraktijk afnam met het stijgen van de leeftijd van de respondenten.

Er zijn geen significante verschillen tussen de beroepsklassen ( $\chi^2 = 1,989$  bij  $df = 2$ ; niet significant). Er zijn echter duidelijke verschillen, wanneer men de beroepsklassen vergelijkt met het al dan niet bijgeleverde commentaar. Uit de cijfers van tabel 15 blijkt

immers, dat de respondenten uit de hogere beroepsklassen relatief veel vaker commentaar hebben (in positieve dan wel negatieve zin) dan de respondenten uit de lagere klassen ( $\chi^2 = 32,09$  bij  $df = 2$ ;  $P < 0,01$ ). In het onderzoek van Metzner en anderen bleek een zwak positief verband te bestaan tussen voorkeur voor groepspraktijk en opleidingsniveau.

Uit de gegevens van tabel 17 en

van tabel 18 blijkt, dat het al dan niet gehad hebben van spoedverrichtingen niet van invloed was op de mening over de voorgestelde pseudo-groepspraktijk-regeling en op eventuele verbeteringen of andere vormen van samenwerking. Dit resultaat is van belang, omdat juist de regeling met betrekking tot de spoedverrichtingen bij de patiënten weerstand zou kunnen oproepen.

Tabel 12. Gemiddelde leeftijden van respondenten — geen spoedverrichtingen gehad hebbende — die wel en niet een eventuele spoedverrichting zouden uitstellen.  $N = 940$ .

	N	$\bar{X}$	Standaarddeviatie
Geen spoedverrichtingen gehad			
Uitgesteld .....	44	47,48	15,24
Niet uitgesteld .....	896	48,58	14,53

Tabel 13. Gemiddelde leeftijd van de respondenten die een spoedverrichting hebben gehad van de eigen huisarts, respectievelijk andere huisarts en dat al dan niet bezwaarlijk vonden.  $N = 676$ .

	N	$\bar{X}$	Standaarddeviatie
Spoedverrichtingen gehad			
Eigen huisarts gehad .....	125	47,75	15,95
Andere huisarts gehad, wel bezwaarlijk .....	94	43,73	13,55
Andere huisarts gehad, niet bezwaarlijk .....	457	43,46	13,88

Tabel 14. Gemiddelde leeftijd van de respondenten, die het wel of niet eens waren met de regeling, respectievelijk wel en niet verbetering voorstelden.  $N = 1417$ .

	N	$\bar{X}$	S.D.
Eens met de regeling			
Ja, wel verbetering voorgesteld .....	304	44,31	13,36
Nee, wel andere samenwerking genoemd .....	65	46,08	13,59
Ja, geen verbetering voorgesteld .....	969	47,34	14,53
Nee, geen andere samenwerking genoemd .....	79	50,20	16,43

Tabel 15. Respondenten, onderscheiden naar beroepsklasse en naar al dan niet eens zijn met de voorgestelde regeling.  $N = 1176$ .

Beroepsklasse	Eens met de voorgestelde regeling			Totaal
	Eens	Niet eens	Niets ingevuld	
Hoog .....	186	25	35	246
Midden .....	669	63	122	854
Laag .....	321	35	66	422
Totaal .....	1.176	123	223	1.522

Tabel 16. Respondenten, onderscheiden naar beroepsklasse en al dan niet commentaar op de voorgestelde regeling.  $N = 1522$ .

Beroepsklasse	Verbeteringen of alternatieven voorgesteld	Geen commentaar geleverd	Niets ingevuld	Totaal
Hoog .....	87	124	35	246
Midden .....	193	539	122	854
Laag .....	69	287	66	422
Totaal .....	349	950	223	1.522

Tabel 17. Respondenten, onderscheiden naar „al dan niet spoedverrichtingen” en naar „al dan niet eens met de voorgestelde regeling”. N = 1640.

	Eens met de voorgestelde regeling			Totaal
	Eens	Niet eens	Niets ingevuld	
Spoedverrichtingen gehad .....	576	65	44	685
Geen spoedverrichtingen gehad .....	689	72	194	955
Totaal .....	1.265	137	238	1.640

Tabel 18. Respondenten, onderscheiden naar „al dan niet spoedverrichtingen” en naar „al dan niet commentaar op de voorgestelde regeling”. N = 1640.

	Verbeteringen/ alternatieven/ voorgesteld	Geen commentaar geleverd	Niets ingevuld	Totaal
Geen spoedverrichtingen gehad .....	595	166	194	955
Totaal .....	1.037	365	238	1.640

Van 43 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend. Er zijn geen verschillen van betekenis ( $\chi^2 = 0,12$  bij  $df = 1$ ; niet significant).

Er zijn geen significante verschillen ( $\chi^2 = 0,02$  bij  $df = 1$ ; niet significant).

#### 4. KENNIS VAN DE SAMENWERKING

Wat wisten de respondenten van de samenwerking twee jaar na de start van de pseudo-groepspraktijk? Deze kennis werd nagegaan door middel van een aantal vragen. Hieronder volgen de — nogal opzienbarende — resultaten:

23,8 procent wist in welk jaar en in welke maand de samenwerking van start was gegaan, terwijl nog eens 17,9 procent alleen het jaar wist. De rest (58,2%) wist dit helemaal niet of gaf een volkomen foutief antwoord.

35,0 procent wist geen enkele andere naam behalve die van de eigen huisarts of vulde een verkeerde in; 13,5 procent wist er nog één, 19,4 procent twee of meer en 32,1 procent wist vier of vijf namen te noemen.

Tabel 19 geeft een overzicht van de kennis van de samenwerkingstijden. Alleen de percentages „goed” zijn vermeld.

Het bleek dat zeer veel patiënten

nauwelijks wisten hoe de huisarts werkte en hoe hij samenwerkte met anderen.

Na intercorrelatie van de kennisvragen (teneinde na te gaan of deze vragen allemaal te maken hadden met „kennis van de samenwerking”) hebben we een zogenaamde kennis-score samengesteld, door eenvoudig de goede antwoorden per respondent op te tellen. De laagst haalbare score is 11, de hoogste is 25. De volgende verdeling geeft een indruk van de spreiding van de kennis (tabel 20).

In het volgende hebben wij nagegaan of de voornaamste personalia en enkele belangrijke antwoorden op de vragenlijst verband houden met de mate van kennis van de pseudo-groepspraktijk. Daarbij is steeds gebruik gemaakt van variantieanalyse.

Tussen de vier onderverdelingen van de burgerlijke staat bestaan ten aanzien van de kenniscore geen significante verschillen. Tussen mannen ( $N = 806$ ;  $x = 16,47$ ; standaarddeviatie = 4,19) en vrouwen ( $N = 860$ ;  $x = 16,91$ ; standaarddeviatie = 4,17) is het kleine verschil wel significant: de vrouwen wisten er gemiddeld iets meer van dan de mannen ( $t$ -student = 2,15;  $P = 0,03$ ).

Tussen de vier leeftijdsklassen bestaan significante verschillen (tabel 21).

Van 14 respondenten waren de ge-

combineerde gegevens niet bekend.

Het grootste verschil zien wij tussen de klassen 65 jaar en ouder enerzijds en tussen de klassen 30-44 en 20-29 jaar anderzijds ( $P = 0,0000$ ). Kleinere verschillen, doch ook nog significant, zijn te constateren tussen de klassen 45-64 en 65 jaar en ouder ( $P = 0,0183$ ). Het verschil tussen 20-29 en 30-44-jarigen is niet significant ( $P = 0,1131$ ). Het is duidelijk dat de oudere respondenten minder wisten van de pseudo-groepspraktijk dan de jongere.

Ook tussen de drie samengestelde beroepsklassen bestaan significante verschillen ten aanzien van de gemiddelde kennisscore (tabel 22).

Van 161 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

Tussen hoog en laag is het verschil

Tabel 19. Percentage goede antwoorden op vragen betreffende kennis van bepaalde tijden waarvoor de samenwerking gold.

Samenwerkingstijden	Percentage goede antwoorden
Spreekuur 's morgens .....	38,4
Spreekuur 's middags .....	10,6
Huisbezoek 's morgens .....	31,8
Huisbezoek 's middags .....	28,6
Huisbezoek 's avonds .....	31,5
Des zaterdags .....	45,6
Des zondags .....	46,6
Vakantie .....	62,0
Ziekte .....	57,2

Tabel 20. Verdeling van de somscores van kennis van samenwerking.

Somscore	Absoluut	percentage
11 .....	320	19,0
12 .....	81	4,8
13 .....	84	5,0
14 .....	96	5,7
15 .....	136	8,1
16 .....	109	6,5
17 .....	127	7,5
18 .....	124	7,4
19 .....	96	5,7
20 .....	131	7,8
21 .....	106	6,3
22 .....	111	6,6
23 .....	68	4,0
24 .....	83	4,9
25 .....	11	0,7
Totaal ....	1.683	100,0

het grootst ( $P = 0,0000$ ), daarna tussen midden en hoog ( $P = 0,0258$ ). Het is duidelijk dat de respondenten uit de lagere beroepsklassen relatief het minst van de pseudo-groepspraktijk wisten.

Naast bovengenoemde personalia hebben wij de patiënten nog onderverdeeld op drie belangrijke vragen uit de enquête. De antwoorden op de vraag of men spoedverrichtingen had

aangevraagd en ook ontvangen, leverden ten aanzien van de gemiddelde kennisscore hier en daar significante verschillen op (tabel 23).

Van 61 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

De respondenten die wel een spoedverrichting hebben gehad, wisten gemiddeld meer van de pseudo-groepspraktijk-regeling dan degenen die geen spoedverrichtingen

hebben gehad ( $P = 0,0000$ ). Dit ligt voor de hand.

Uit het staatje in tabel 24 blijkt tevens, dat de respondenten die bij een spoedverrichting een andere huisarts hebben gehad meer van de pseudo-groepspraktijk-regeling wisten dan degenen die de eigen huisarts hebben gehad ( $P = 0,0000$ ). Ook dit ligt voor de hand: ervaring geeft grotere kennis.

Van tien respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

De vraag tenslotte of men het eens is met de pseudo-groepspraktijk-regeling leverde de in tabel 25 weergegeven gemiddelde kennisscores op.

Van 255 respondenten waren de gecombineerde gegevens niet bekend.

Tussen de drie antwoordcategorieën bestaan zeer duidelijke verschillen ( $P = 0,0000$ ). Het is duidelijk dat de respondenten die het er niet mee eens waren relatief het minst afwisten van de pseudo-groepspraktijk-regeling. Bovendien blijkt, dat degenen die het er niet mee eens waren, maar wel alternatieven hebben genoemd, er meer van wisten dan degenen die het er zonder meer niet mee eens waren.

Tabel 21. Gemiddelde kennisscore naar leeftijdsklassen.  $N = 1669$ .

	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
20-29 .....	225	17,03	3,92
30-44 .....	548	17,82	4,11
45-64 .....	667	16,15	4,19
65 en ouder .....	229	15,15	3,90

Tabel 22. Gemiddelde kennisscore naar de drie samengestelde beroepsklassen.  $N = 1522$ .

	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
Hoog .....	246	17,85	4,21
Midden .....	854	17,04	4,15
Laag .....	422	15,83	4,07

Tabel 23. Gemiddelde kennisscore met betrekking tot enige vragen betreffende spoedverrichtingen.  $N = 1629$ .

Spoedverrichtingen	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
Gehad, niet uitgesteld .....	578	18,33	3,83
Gehad, wel uitgesteld .....	105	17,28	4,00
Niet gehad, niet uitgesteld .....	902	15,82	4,11
Niet gehad, wel uitgesteld .....	44	15,77	3,58

Tabel 24. Gemiddelde kennisscore met betrekking tot vragen betreffende de pseudo-groepspraktijk-regeling bij respondenten, die een spoedverrichting hebben gehad.  $N = 682$ .

Spoedverrichtingen gehad	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
Eigen huisarts gehad .....	128	16,98	4,00
Andere huisarts, wel bezwaarlijk .....	94	17,59	4,47
Andere huisarts, niet bezwaarlijk .....	460	18,57	3,62

Tabel 25. Gemiddelde kennisscore van de respondenten, al dan niet eens met de pseudo-groepspraktijk-regeling.  $N = 1428$ .

Eens met de pseudo-groepspraktijk-regeling	N	$\bar{x}$	Standaarddeviatie
Ja, geen verbetering voorgesteld .....	978	17,11	4,10
Ja, wel verbeteringen voorgesteld .....	306	17,99	3,92
Neen, geen andere samenwerking genoemd .....	79	14,53	3,82
Neen, wel andere samenwerking genoemd .....	65	16,77	4,55

*Summary. Studies concerning a pseudo-group practice (IV). A questionnaire was sent to 2.811 patients in the six practices of the so-called pseudo-group practice in Nijmegen. Questions concerning numerous aspects were presented in an effort to gain more insight into the patients' views on the functioning of the group practice. A total of 1.683 questionnaires could finally be analysed. This total proved to be well-distributed (in terms of practice size) over the six practices, and to correspond with the expected non-response. The random sample included 48 percent male and 52 percent female family heads or single persons. The majority (85 percent) were married. All age groups and occupational categories were represented.*

— About one-fifth had some difficulty accepting the arrival of a different physician; one-tenth were more satisfied with the other than with their own family doctor. In this respect there were no differences between men and women, but the dissatisfied were younger on average.

— Older patients probably postponed an emergency call more frequently than younger patients; the married persons

postponed less frequently (for their family). About 75 percent of the respondents agreed (in retrospect) with the arrangement proposed. A great many (more than one-third) listed advantages and disadvantages. The younger respondents in particular commented freely, in a positive as well as in a negative sense.

— The occupational categories did not differ in acceptance of the arrangement proposed. Comments (suggestions for improvements or alternatives) mostly came from respondents in the higher occupational categories.

— Past experience with an emergency call was found not to affect acceptance

of the pseudo-group practice arrangement. This finding is against expectation, because precisely emergency calls were believed possibly to raise objections in the patients.

— Many patients had little concrete knowledge about the actual arrangement. There was no evident correlation between awareness of the arrangement and marital status. Women on average knew a little more about it than men. Older respondents and those in the lower occupational categories evidently knew less about it. It is to be noted that those who had had experience with an emergency call taken by another physician, were better informed on

average. It was also evident that respondents who agreed with the proposed arrangement were better informed about it than those who expressed (unqualified) disagreement.

Kuiper, G. (1954), Beroepshiërarchie van 57 beroepen. Gepubliceerd in: F. van Heek en E. Vercruyse, De Nederlandse Beroepsprestigestructuur; in: Sociale Stijging en Daling in Nederland, deel I. H. E. Stenfort Kroese, Leiden, 1958.

Metzner, C. A., R. L. Bashshur en G. W. Shannon (1972). Medical Care X, 279-287.

---

## De wegwerpwerker\*

DOOR P. J. SCHIETHART, HUISARTS TE AMSTERDAM

In deze voordracht wil ik graag uw aandacht vragen voor oorzaken van crisis en dreigende crisis, die de laatste jaren meer in de belangstelling zijn gekomen dan vroeger het geval was. Bedoeld is de crisis, die kan ontstaan door een bedreiging van het bestaan als gevolg van ziekte, afkeuring en ontslag van de werknemer op middelbare leeftijd.

Tevoren zij erop gewezen dat deze voordracht geen hechte wetenschappelijke basis heeft, enerzijds omdat ik mij niet deskundig acht op het terrein van de samenhang tussen maatschappelijke verschijnselen en de klacht van de individuele mens, anderzijds omdat er op dit terrein van samenhang, althans vanuit medisch gezichtsveld, nog weinig grondig onderzoek is verricht. Het is niet meer dan een poging om, uitgaande van mijn werk als huisarts, een aantal verschijnselen te signaleren en vervolgens na te gaan hoe de huisarts hierop als regel reageert.

Kern van dit betoog is de constatering dat veel huisartsen — en trouwens ook alle overige werkers in het eerste echelon — frequent worden geconfronteerd met werkende mensen, zowel hand- als hoofdarbeiders,

op middelbare leeftijd die niet meer zijn opgewassen tegen het door hen te verrichten werk en/of de omstandigheden waaronder zij dat werk moeten verrichten (een overigens wel merkwaardig onderscheid: handen hoofdarbeiders, alsof niet iedereen hoofd en hand in zijn werk beide nodig zou hebben). Deze mensen reageren op de bedreigende situatie met klachten en ziekten, die leiden tot een vaak langdurig ziekteverzuim en tenslotte dikwijls tot herplaatsing, omscholing of afkeuring. De huisarts kan aan de bestaande situatie niets veranderen. Hij zal daarom pogen deze patiënten — een etiket dat hun inmiddels is opgeplakt — te helpen zich aan de bestaande situatie te doen aanpassen, bijvoorbeeld door steunende gesprekken en/of het voorschrijven van psychofarmaca. De resultaten van deze therapie lijken vooralsnog weinig hoopvol, zodat men met enig recht van een crisis in de therapie kan spreken.

Op een aantal aspecten van de hier geschetste situatie wil ik graag wat nader ingaan na vooraf drie opmerkingen te hebben gemaakt:

In de eerste plaats wil ik er de nadruk op leggen dat de problemen, waarvoor de werkende mens op middelbare leeftijd ons stelt, meer een dreigende crisis betekenen dan een

crisis in engere zin. Ik ben van mening dat het niet mogelijk is om over crisispreventie en crisisinterventie te spreken, wanneer wij daarbij niet de dreigende crisis betrekken. Onder een dreigende crisis wordt die situatie verstaan, waarin het voor de patiënt en voor de dokter steeds duidelijker wordt dat de tot dan toe bekende en toegepaste probleemoplossende activiteiten in hoge mate gaan tekortschieten.

In de tweede plaats wil ik erop wijzen dat er twee elementen nodig zijn om in een crisissituatie te geraken, en wel de persoon die in de crisis geraakt, en de gebeurtenis of omstandigheden, die tot de crisis aanleiding geven. Vooral dit tweede element vergt belangstelling; ik kom daarop aanstonds terug.

In de derde plaats wil ik er de aandacht op vestigen dat de beide te onderscheiden vormen van crises, namelijk de ontwikkelingscrisis en de situationele crisis, op de middelbare leeftijd zeer nauw met elkaar samenhangen.

Terugkomend op de omstandigheden, die tot een crisis aanleiding kunnen geven: het mag als bekend worden verondersteld dat lang niet iedereen als gevolg van eenzelfde soort gebeurtenis in een crisissituatie

\* Inleiding, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus medische psychologie oktober 1973, te Leiden.