

Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VII)

Opvattingen van de cliënt over zijn huisarts

H. F. J. M. CREBOLDER, HUISARTS TE VENLO

Wordt de relatie met de cliënt ondermijnd of slechter als zijn huisarts in een gezondheidscentrum gaat werken? Welk deel van de taak van de eigen huisarts kan door de samenwerkende huisarts worden overgenomen? Hoe staat het met de bereikbaarheid van de eigen huisarts in een gezondheidscentrum? Een poging wordt ondernomen deze vragen te beantwoorden.

Kort na de opening van het Withuis in maart 1973 ontving de oudste van de vier huisartsen de volgende brief:

„Beste dokter,

Ik heb er weken over getoet om dokter M. als huisarts te nemen en ben nu besloten dit aan u te laten weten.

Eerstens omdat u toch al een overdrukke praktijk heeft en ten tweede, omdat ik het griezelig vind dat ik straks in uw nieuwe praktijk van meerdere oftewel verschillende artsen afhankelijk zal zijn.

Onderhand behoor ik bij de oudjes, 66 jaar ofschoon uiterlijk nog een vitale vrouwtje. 't Gaat hier niet om u persoonlijk dokter, dat weet u zéér goed want ik ben en blijf u ontzaglijk dankbaar, maar 't zal een geruststelling zijn, mijn huisarts zo dicht in de buurt te hebben waar ik zo nodig even terecht kan.

Ik ben overtuigd dat u mij begrijpt. Met een recht hartelijke groet van, Mej. R.E.”

Deze brief is sprekender dan enige theoretische beschouwing. Uit de eerste alinea blijkt de hechtheid van de arts-client relatie. Uit de tweede alinea spreekt de huiver die relatie straks te moeten delen met andere huisartsen en de daarmee samenhangende vrees dat de persoonlijke verhouding met de eigen huisarts verloren gaat. Uit de laatste alinea kan men vragen putten als: zal die vrees sterker spelen bij ouderen? bij vrouwen? bij ongehuwden? Het behoeft geen betoog dat de kwaliteit van de relatie van de cliënt met zijn huisarts, in sterke mate bepalend is voor de kwaliteit van het functioneren van die huisarts. Er is reden te veronderstellen dat de relatie van de huisarts met zijn cliënten aan kwaliteit zal inboeten als de huisarts zijn „huis” verlaat en zijn intrek neemt in een gezondheidscentrum. Hij verlaat zijn

woonhuis in de gemeenschap voor wie hij direct beschikbaar is en vestigt zich in een professioneel pand – ingericht op doeltreffendheid – en omringt zich met collegae huisartsen en andere professionele hulpverleners. Daarmee wordt de afstand tot de cliënten, de leken, de niet-professionelen, vergroot.

Freidson (1972) beschrijft de positie van de huisarts als bemiddelaar en scharnier in het spanningsveld tussen het „professional system” en het „lay system”, tussen „patient demands” en „professional demands”. Hij bedoelt daarmee dat de huisarts een professionele medische opleiding heeft genoten en zal moeten handelen volgens de maatstaven van zijn (met name intramurale) beroepsgenoten. Anderzijds woont en leeft hij temidden van de leken, de niet-professionelen, met hun eigen visie op gezondheid en ziekte aan wier maatstaven hij ook zal dienen te beantwoorden.

Zo is het ook te begrijpen dat sommige huisartsen in de ogen van hun beroepsgenoten goede artsen zijn, maar bij de cliënten niet „overkomen”, terwijl er ook huisartsen zijn met een grote populariteit onder de „leken” welke op professionele gronden door de artsenstand niet wordt gedeeld. Men zou het ook kunnen formuleren als een „fundamentele diskrepantie tussen de rolverwachtingen van de patiënt en de rolvoorschriften van de arts” (*Persoon*).

Reeds uit het onderzoek van *Freidson* (1961) blijkt dat „the very organisation that makes for high technical quality seems also likely to make for a situation that is less personally satisfactory for the patient”, dat door het waarnemen van artsen voor elkaar in een groepspraktijk of gezondheidscentrum „their relation to their patients is likely to become some-

what more superficial than would be the case if they each were fully responsible to a distinct clientele”, dat de dokter wat meer afstand tot zijn werk kan nemen, maar dat de patiënt daardoor minder persoonlijke aandacht krijgt.

Professionalisatie

Het bijzondere van artsen in een gezondheidscentrum is dat buiten de traditionele eisen die voor iedere huisarts gelden nog een aantal andere wordt gesteld. Die eisen liggen onder andere op gedragswetenschappelijk terrein. De maatschappelijk werker, psycholoog en agoog zullen niet nalaten hun verwachtingen ten aanzien van het functioneren van de huisarts naar voren te brengen. Die eisen liggen op het gebied dat men als „vermogen tot samenwerken” zou kunnen omschrijven. Ook zekere organisatorische eisen – het delen in de verantwoordelijkheid voor de organisatie – zullen er zijn. Maar ook op puur medisch-technisch terrein zullen er tussen de artsen onderling verwachtingen leven. Via het kaartsysteem en het zeer frequente waarnemen voor elkaar is er sprake van een indirecte „medical audit”. Naarmate deze facetten meer zijn geëxpliciteerd, omschreven en beschreven, is er sprake van professionalisatie in de eerstelijns gezondheidszorg.

Deze professionalisatie – die met name in de gezondheidscentra plaatsvindt – kan enerzijds leiden tot een verbetering van de zorg; anderzijds kan daardoor de afstand tussen de hulpverlener en de cliënt zodanig toenemen dat het beoogde doel (verbetering van de zorg) niet wordt bereikt. De cliënt krijgt immers – in ons geval – te maken met vier huisartsen in plaats van één. Daardoor zal er gemakkelijk een (vrees voor) verwatering van de relatie met de eigen huisarts ontstaan. Door de schaalvergroting en complexere organisatie die een gezondheidscentrum nu eenmaal met zich brengt, zal er gemakkelijk een (vrees voor) verzakelijking van de relatie met de eigen huisarts optreden. En tenslotte is het de arts-client relatie die het specifiekum is voor de geneeskunde van de huisarts. Als die relatie lijdt, lijdt ook de geneeskunde (geneeskunst?) schade.

Zoals al eerder is uiteengezet (*Crebolder* 1974) maken wij onderscheid tussen twee hoofdstromen in de arts-client relatie. De eerste is de instrumentele medisch-technische functie van de arts („technical competence”). Men verwacht dat hij in technisch opzicht competent is. De tweede is de socio-emotionele functie („personal interest”). Men verwacht dat hij een brede menselijke interesse heeft voor zijn cliënt (*Persoon*). *Freidson* (1961)

Schema 1. Overzicht van de vraagstelling met verwachtingen, aan de hand van de beschikbare gegevens.

Meetinstrument	Te meten functie van de huisarts	Onderzochte groep	Meetpunten
I. Vragenlijst over het gedrag van de eigen huisarts	Instrumenteel Informatief Socio-emotioneel	Withuis en Controle	1974 en 1976
<i>verwachting:</i> De socio-emotionele functie van de huisarts zal in het Withuis minder worden gepercipieerd door de cliënten. Zal de instrumentele functie meer accent krijgen? Over de informatieve functie was geen verwachting geformuleerd.			
II. Een lijst met gezondheidsstoornissen waarbij hulp wordt verleend door een andere dan de eigen huisarts	Instrumenteel Socio-emotioneel	Withuis	1972-1974-1976
<i>verwachting:</i> Er zal in toenemende mate minder bezwaar zijn tegen de hulp van de samenwerkende huisarts, in vergelijking met een vreemde huisarts uit de stad. Zal dit ook tot uiting komen bij sterk socio-emotioneel geladen problemen?			
III. Vraag over het loren gaan van de persoonlijke relatie met de eigen huisarts	Socio-emotioneel	Withuis	1972-1974-1976
<i>verwachting:</i> In de aanvang zal er een vrees bestaan dat de persoonlijke relatie met de eigen huisarts in het gezondheidscentrum verloren gaat. Zal in het verloop van de tijd (door ervaring) blijken dat die vrees ongegrond is?			
IVa. Vraag over de beschikbaarheid van de eigen huisarts		Withuis en Controle	1974 en 1976
IVb. Vraag over bereikbaarheid van de eigen huisarts in het Withuis	Beschikbaarheid	Withuis	1972-1974-1976
<i>verwachting:</i> Zal de beschikbaarheid, c.q. bereikbaarheid van de eigen huisarts in het gezondheidscentrum als minder goed worden ervaren?			

noemt daarnaast nog de beschikbaarheid („convenience”) van de huisarts als karakteristiek element van die relatie. Onder beschikbaarheid verstaan wij zaken als een consult als de cliënt dat wenst en snelle toegang tot de arts bij volgens de cliënt voor zijn gezondheid bedreigende aangelegenheden. De bereikbaarheid van de arts neemt hier een centrale plaats in.

Vraagstelling

In welke opzichten en in welke mate bedreigt in het algemeen het streven naar een professioneel betere gezondheids-

zorg, in casu het werken in een gezondheidscentrum, de huisarts-client relatie? Gezien het voorgaande was het onze verwachting dat de cliënten van het Withuis zouden ervaren dat de instrumentele functie van de huisarts meer nadruk zou krijgen, dat de socio-emotionele functie zou lijden en dat de beschikbaarheid van de eigen huisarts minder goed zou worden. Behalve de drie genoemde functies zal er in ons onderzoek nog sprake zijn van een vierde functie, die van overbrenger van informatie betreffende ziekte en gezondheid aan de cliënt. Deze functie ligt als het ware tussen de instrumentele en socio-emotionele in. Er was vooraf geen verwachting over deze functie geformuleerd. In *schema 1* treft men een nader uitgewerkte vraagstelling met verwachtingen aan, met daarbij de beschikbare gegevens, gerangschikt naar onderzochte groep en tijdstip. Beantwoording vraagstelling geschiedt volgens dit *schema 1*.

Schema 2. Overzicht van de meetpunten, groepen en aantallen respondenten.

	1972	1974	1976
Withuis	N = 4181	N = 602	N = 465
Controle	-	N = 595	N = 449

Opzet en uitvoering van het onderzoek

In juni 1972 – een klein jaar vóór de opening van het Withuis – werd een eerste peiling verricht onder de cliënten van het Withuis (*Crebolder*, 1974). Twee jaren later, in mei 1974 – dus één jaar ná de opening van het gezondheidscentrum – werd een steekproef van de Withuis-populatie en een controlegroep onderzocht. Weer een kleine twee jaren later, in februari 1976, werden dezelfde respondenten als die van 1974 geënquêteerd, met een vrijwel identieke vragenlijst. De in 1974 en 1976 aan het onderzoek deelnemende controlegroep bestond uit een steekproef uit de praktijken van zeven van de acht overige Venlo'se huisartsen (*Crebolder*, 1974 en 1976).

Omdat de vragenlijst van 1974 nogal wat is uitgebreid in vergelijking met die van 1972, zullen voor het Withuis betreffende sommige onderdelen gegevens beschikbaar zijn over 1972, 1974 en 1976; voor andere onderdelen alleen over 1974 en 1976. Het longitudinale onderzoek is in *schema 2* uitgebeeld.

Alleen de respondenten die in 1976 overbleven en dus aan de drie (Withuis) of twee (controle) peilingen hebben meegegaan, zijn in de analyse betrokken.

In de reeks publikaties „*Onderzoekingen rondom een pseudo groepspraktijk*” (PGP) in 1974, 1975 en 1976 (*Huygen, Heydendael en Persoon*, 1974 en 1976) komen diverse themata aan de orde die ook wij behandelen. Sommige onderdelen van de vragenlijsten, gebruikt voor het PGP-onderzoek, zijn door ons overgenomen. Dat maakt vergelijken mogelijk.

Ons onderzoeksconcept is ten aanzien van twee aspecten afwijkend: het gaat ons primair om de vergelijking gezondheidscentrum/controlegroep. In het PGP-onderzoek is geen controlegroep opgenomen. In de tweede plaats is getracht de factor „tijd” in te voeren.

Bijlage

Er is naar gestreefd zoveel mogelijk cijfers en onderzoektechnische gegevens in een *bijlage* – pagina 184 – onder te brengen. Voor details omtrent de uitvoering van het onderzoek, respons en uitval raadplegen men de *bijlage* (onder andere *tabel 1*).

In *tabel 2* van de *bijlage* vindt men voorts de verzamelde achtergrondkenmerken. Omdat deze kenmerken relevante informatie opleveren, zullen zij eerst worden besproken alvorens wij aan de beantwoording van de vraagstelling beginnen.

Bespreking van de achtergrondkenmerken

De functie van de achtergrondkenmerken is tweeledig. Enerzijds zijn zij van belang om de beide populaties te vergelijken en zo op het spoor te komen van opvallende verschillen. Anderzijds zijn zij bij de analyse gebruikt om een gedifferentieerder inzicht te geven in de gevonden resultaten. De keuze van het aantal en het soort achtergrondkenmerken, dat men in een onderzoek meeneemt is ten dele traditioneel bepaald (leeftijd, geslacht en dergelijke) en ten dele afhankelijk van de vraagstelling. De onderzoeker kiest op grond van literatuurgegevens en eigen veronderstellingen.

Ten aanzien van geslacht, geboortejaar, burgerlijke staat, kinderen en ouderdom van het gezin werden geen significante verschillen tussen de beide groepen gevonden. In de controlegroep bevinden zich meer particulier verzekerden. In de sociaal economische status komt dit niet op significante wijze tot uiting. De mate van gebruik van het maatschappelijk werk is in beide groepen vrijwel gelijk. De verschillen in tijdsduur dat men bij dezelfde huisarts staat ingeschreven en de mate van wisseling van huisarts hangen samen met de data van vestiging c.q. overname van de praktijk door de huisartsen in beide groepen. Speciale aandacht wordt gevraagd voor het geringe percentage cliënten dat frequent van huisarts wisselt. In het Withuis is dat 3,7 procent en in de controlegroep 5,2 procent. Dat duidt op een grote hechtheid van de relatie met de huisarts, als die eenmaal is aangegaan.

Een opvallende en niet verwachte bevinding is het aangegeven verschil in spreekuurbezoek. Hoewel de categorieën een vrij grove indeling vormen, lijkt het erop dat de spreekuurconsumptie in het Withuis groter is dan in de controlegroep. Hangt dat samen met de matige beoordeling van de eigen gezondheid van de cliënten van het Withuis in vergelijking met die van de controlegroep? Dat zou aansluiten bij de, hoewel niet significante, verschillen in scores op de VOEG-lijst (=lijst met Vragen Over Ervaren Gezondheidstoestand). Anderzijds kan het hogere percentage ziekenfondsverzekerden in het Withuis en het geringere verwijsperscentage naar het tweede echeleon ook een deel van de gevonden verschillen in spreekuur consumptie verklaren (*Crebolder 1977*).

Versterken wij door al te veel in te gaan op klachten en levensproblemen van de cliënt of door hem vaak terug te bestellen op het spreekuur, het somatiseringsproces en bevestigen wij hem daardoor in het idee dat het niet zo best met zijn gezond-

heid is gesteld? Door een dergelijke handelwijze kan men de mensen eerder „zieker” dan gezonder maken.

Beantwoording van de vraagstelling (Schema 1)

I Het gedrag van de eigen huisarts

Van de diverse functies in de huisartscliënt relatie, is het gedrag van de huisarts datgene wat voor de cliënten het meest beoordeelbaar is. Op grond van de verscheidene dimensies in dat gedrag zal hij zich een beeld vormen omtrent het functioneren van de huisarts. Als meetinstrument voor het huisartsgedrag hebben wij de vragenlijst gebruikt die door Cassee is ontworpen. Zijn questionnaire bestaat uit 32 uitspraken. Met behulp van factoranalyse, clusteranalyse en theoretische relevantie onderscheidde hij de volgende gedragsdimensies:

- informatief gedrag
- communicatief gedrag (=socio-emotioneel gedrag)
- afwerend gedrag
- instrumenteel gedrag
- diffuus gedrag

Uit deze 32 uitspraken hebben wij er 19 gekozen die in de analyse van Cassee van belang waren voor de dimensies: informatief-, communicatief (=socio-emotioneel), en instrumenteel gedrag. Eén uitspraak, „mijn huisarts neemt de tijd voor een grondig onderzoek”, hebben wij aan de reeks toegevoegd (*tabel 3 in de bijlage*).

Door middel van factoranalyse (*tabel 4 in bijlage*) konden de drie gewenste gedragsdimensies worden onderscheiden. De gedragingen die de inhoud van elk der factoren bepalen zijn:

Socio-emotioneel gedrag

hij stelt me op mijn gemak als ik met hem praat

hij neemt de tijd om met me te praten

hij wordt (niet) kortaf bij kleinigheden

hij begrijpt precies wat er met je aan de hand is

hij voelt mee met mijn problemen

hij houdt zijn patiënten (niet) op een afstand

ik kan over al mijn problemen praten

hij neemt de tijd voor een grondig onderzoek

Informatief gedrag

hij legt precies uit waarom hij iets voorschrijft

hij vertelt precies wat ik mankeer

hij praat met me over andere dingen dan mijn ziekte alleen

hij legt uit waarom hij iets doet op een bepaalde manier

hij vertelt hoe lang mijn ziekte waarschijnlijk zal duren

hij vertelt precies hoe ernstig het is

Instrumenteel gedrag

hij schrijft nauwkeurig voor wat ik moet doen

hij is nogal onzeker in zijn optreden

hij vertelt hoe lang mijn ziekte waarschijnlijk zal duren

hij weet dadelijk de goede medicijnen voor me

hij interesseert zich alleen voor mijn ziekte

hij vertelt je precies hoe ernstig het is

Opvallend is dat in de factor socio-emotioneel gedrag, de uitspraak „neemt de tijd voor een grondig onderzoek” voorkomt. Men zou deze eerder verwachten bij het instrumentele gedrag. Voor de cliënten gaat het in deze zinsnede kennelijk vooral om het woord „tijd” en niet zo zeer om het woord „onderzoek”.

Met behulp van variantie-analyse (*bijlage*) werd onderzocht of er tussen Withuis en controlegroep verschillen bestonden ten aanzien van deze drie factoren of dimensies. Deze techniek stelde ons in staat de verschillen tussen Withuis en controlegroep en de tijdstippen 1974 en 1976 te berekenen en te toetsen (*tabellen 5a en 5b in bijlage*). Uit deze analyse kwam naar voren dat:

1. het socio-emotionele gedrag en het informatieve gedrag door de Withuispopulatie sterker wordt waargenomen dan door de controlegroep;
2. het informatieve gedrag van de artsen van het Withuis naar het oordeel van de cliënten in het verloop van de onderzochte periode lijkt te zijn toegenomen;
3. het instrumentele gedrag van beide groepen door de cliënten niet verschillend wordt beoordeeld.

Hoewel de genoemde verschillen significant zijn en door ons als van betekenis worden beschouwd, zijn deze verschillen in absolute zin niet groot.

II Hulp door een andere dan de eigen huisarts

De kans om bij samenwerkende huisartsen – en dus ook in het Withuis – met een andere dan je eigen huisarts te worden geconfronteerd, is aanzienlijk. Ten tijde van de opening – in maart 1973 – was 90 procent van de cliënten bij de twee oudste huisartsen ingeschreven. Niettemin was er al vrij snel sprake van een tamelijk gelijke arbeidsverdeling. Door een „dienstregeling”, door de afspraakspreekuren, doordat vier van de vijf wekelijkse ochtenden slechts drie van de vier huisartsen het zogenaamde „vrije spreekuur” deden en door de vakanties, werden de cliënten al

Tabel 6. Aantal officieel ingeschreven respondenten per huisarts per peiling in het Withuis, uitgedrukt in procenten.

Huisarts		1972	1974	1976
		N=465	N=465	N=465
Seniores	A	47,6	43,2	38,6
	B	49,0	45,1	41,9
Juniore	C	3,4	6,7	10,6
	D	0,0	5,0	8,9
Totaal		100,0	100,0	100,0

snel vertrouwd met de twee jongere huisartsen.

Tabel 6 geeft een beeld van het verloop van het aantal officieel ingeschrevenen per huisarts binnen het Withuis. Dit betreft ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden.

In de loop van 1972 tot 1976 groeiden de praktijken van de jongere artsen naar ongeveer 20 procent van het totaal aantal ingeschrevenen. Wij moeten hierbij voor ogen houden dat dit onderzoek over die cliënten gaat, die in 1972 al in de praktijk waren. Alle nieuwkomers, die vrijwel allen bij de twee jongere artsen zijn ingeschreven, zijn dus niet in tabel 6 opgenomen. Om een indruk te krijgen van de verhouding van eigen en niet-eigen cliënten die door de twee juniore werden behandeld, hebben zij in twee opeenvolgende jaren (1975 en 1976) gedurende respectievelijk twee weken en een week genoteerd, welke van de door hen behandelde cliënten (N=811) ook werkelijk bij hen stonden ingeschreven en welke bij een der seniore (A en B) (tabel 7).

Het uitgangspunt in 1972 is bij benadering vermeld; er is toen niet gemeten. Het blijkt

dat vele cliënten in werkelijkheid – ook buiten spoedgevallen, diensten en vakanties – frequent met een van de jongere samenwerkende huisartsen in plaats van de eigen huisarts contact hebben.

Anderzijds is het ook duidelijk dat zich om iedere huisarts geleidelijk aan een vaste cliëntèle vormt.

Na dit overzicht is het van belang te weten hoe cliënten oordelen over de hulp door de andere artsen van het gezondheidscentrum. Er is hen hierover één algemene uitspraak voorgelegd en daarnaast zes concrete gevallen waarbij medische hulp nodig is. De antwoorden op die algemene uitspraak staan in tabel 8, waarin men kan zien dat de helft van de cliënten het vanaf 1974 helemaal met de uitspraak eens is. Nog eens ruim één derde is het er dan gedeeltelijk mee eens. De groei van de categorie „helemaal mee eens” van 1972 naar 1974 bepaalt de significantie. De verhoudingen zijn in 1974 en 1976 gelijk. Bij toetsing naar de achtergrondkenmerken van 1974 en 1976 blijkt dat de gehuwden het meer met de uitspraak eens zijn dan de anderen ($p < 0,01$ in 1974 en $p < 0,05$ in 1976), dat de ziekenfondsverzekerden het er meer mee eens zijn dan de particulier verzekerden ($p < 0,01$ in 1974 en $p < 0,05$ in 1976) en de ouderen in 1976 meer dan de jongeren ($p < 0,05$).

In het pseudo-groepspraktijk-onderzoek werd geen toename in de categorie „helemaal mee eens” gevonden (Huygen, Heyendael en Persoon, 1974), doch eerder het omgekeerde. Het verschil tussen de bevindingen van het Withuis en de PGP is te verklaren uit het verschil in werkwijze en dus uit hetgeen, de cliënten percipië-

ren. Het werken in een gebouw, het zeer frequente en vanzelfsprekend voor elkaar inspringen van de artsen in het Withuis komt kennelijk anders over dan de zeer losse, op praktische gronden gebaseerde relatie van de PGP-artsen die ieder vanuit hun eigen praktijkgebouw werkzaam zijn. Of waarderen de cliënten datgene positief waarvan de artsen willen dat zij het positief waarderen?

Het – in het algemeen – positieve oordeel van de cliënten van het Withuis over de behandeling door een samenwerkende huisarts, werd getoetst aan zes concrete gezondheidsstoornissen waarbij een dokter nodig was (tabel 9 in bijlage). Het betrof de volgende stoornissen: 1. brandwonden; 2. maagbloeding; 3. mictieklachten; 4. benauwdheid op de borst; 5. de bevaling begint (is strikt genomen geen gezondheidsstoornis, maar medische hulp is toch vereist) en 6. moeilijkheden op het werk en hartkloppingen.

Vijf van deze concrete voorbeelden werden uit het vijfde artikel van het PGP-onderzoek (Huygen, Heyendael en Persoon, 1974) overgenomen. Getracht werd de reeks zo samen te stellen dat sommige van de stoornissen een hoofdzakelijk somatisch (instrumenteel) accent hadden, terwijl bij andere de nadruk op de socio-emotionele sfeer lag. De reeks is te kort om er veel differentiatie in te verwachten en dus ook om er vergaande conclusies uit te trekken. Zij is in de eerste plaats bedoeld om na te gaan of de bezwaren tegen de hulp van een vreemde huisarts groter zijn dan tegen een samenwerkende huisarts, en in de tweede plaats of in het verloop van de tijd de verschillen in bezwaar zullen toenemen. In het bijzonder zijn wij daarbij geïnteresseerd in de vraag of er aanwijzingen zijn dat de afstand tussen samenwerkende en vreemde huisarts bij de somatische (instrumentele) stoornissen anders is dan bij die met een sterk socio-emotioneel accent.

Uit de bestudering van de antwoorden (tabellen 9, 10 en 11 in bijlage) is gebleken dat:

1. de Withuis-clieënten – zoals al eerder beschreven (Crebolder 1974) – duidelijk onderscheid maken tussen een samenwerkende en een andere huisarts. Er is telkens minder bezwaar tegen de arts die samenwerkt met de eigen huisarts;
2. de overdracht van de eigen huisarts-clieënt relatie aan de samenwerkende huisarts vooral bij de sterk somatisch gekleurde stoornissen gemakkelijk wordt geaccepteerd. Bij de problemen met een sterk socio-emotioneel accent is die relatie slechts in zeer beperkte mate, of voor een beperkt aantal cliënten overdraagbaar.

Tabel 7. Eigen en niet-eigen cliënten, behandeld door de twee jongere huisartsen tijdens het spreekuur, uitgedrukt in procenten.

Huisarts	1972			(N=538) 1974			(N=273) 1976		
	eigen	niet-eigen	totaal	eigen	niet-eigen	totaal	eigen	niet-eigen	totaal
C	(5)	(95)	100	52	48	100	70	30	100
D	(0)	(100)	100	54	46	100	66	34	100

Tabel 8. Het oordeel – in algemene zin – van de cliënten van het Withuis over hulp door de andere (samenwerkende) huisartsen, uitgedrukt in procenten. (N=465).

		Helemaal mee eens		Gedeeltelijk mee eens		Geen mening		Gedeeltelijk mee oneens		Helemaal mee oneens		Totaal									
		1972	1974	1972	1974	1972	1974	1972	1974												
De andere huisartsen van het gezondheidscentrum kunnen mij evengoed helpen.	1972	30,2	46,6	10,7	6,9	5,6	100	1974	48,9	35,9	6,4	6,8	2,0	100	1976	48,0	38,2	6,2	5,5	2,1	100

$$\chi^2 = 52,24 \quad df = 8 \quad p < 0,000$$

De veronderstelling, dat de overdracht van die relatie geleidelijk bij beide aspecten zou voortgaan, wordt dus niet bevestigd. Met andere woorden: het socio-emotionele deel van de huisarts-cliënt relatie lijkt zeer specifiek gebonden aan de eigen huisarts. Deze bevinding sluit aan bij het PGP-onderzoek (Huygen, Heyendaal en Persoon 1974), waarin werd vastgesteld dat de onderzochte bevolking de specifieke functie van de huisarts juist ziet bij emotionele problemen of problemen waarbij het emotionele aspect een belangrijke rol speelt. Deze conclusie heeft praktische consequenties.

Als huisartsen samenwerken – hetzij in een associatie, hetzij in een groepspraktijk of gezondheidscentrum – zal het voor de cliënten duidelijk moeten zijn, dat ieder van hen binnen die samenwerking zijn eigen huisarts kan kiezen en er ook van op aan moet kunnen dat deze beschikbaar is. Onzekerheid over de vraag welke huisarts hem tijdens de spreekuren en visites van alledag zal helpen, zal remmend werken op de communicatie. De kwaliteit van de zorg zal er dan minder op worden!

III. Gaat de persoonlijke relatie met de eigen huisarts in het Withuis verloren?

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat bij de overgang van solopraktijk naar gezondheidscentrum, de cliënt bevreesd zal zijn dat de relatie met de eigen huisarts zal verwateren. Uit tabel 12 blijkt dat de werkelijkheid erg is meegevallen. Bijna de helft van de cliënten was de overtuiging toegedaan dat de persoonlijke relatie met de eigen huisarts zou lijden bij de overgang naar een gezondheidscentrum. Uit de cijfers van 1974 en 1976 komt naar voren dat de persoonlijke relatie helemaal niet als verloren wordt beschouwd. Bij het PGP-onderzoek (Huygen, Heyendaal en Persoon, 1976) werd dezelfde ervaring opgedaan.

Uit de analyse van de achtergrond kenmerken blijkt dat zowel in 1974 ($p < 0,01$) als in 1976 ($p < 0,05$) de frequente spreekuurbezoekers nog minder dan de anderen van mening zijn dat de persoonlijke relatie verloren is gegaan. Met andere

Tabel 12. De verwachting en ervaring aangaande het verloren gaan van de persoonlijke relatie met de eigen huisarts, uitgedrukt in procenten (N=465).

		Helemaal mee eens	Gedeel- telijk mee eens	Geen mening	Gedeel- telijk mee oneens	Hele- maal mee oneens	Totaal
<i>Verwachting:</i> Het persoonlijke in de verhouding met mijn huisarts gaat nu verloren	1972	48,7	29,2	9,1	4,6	8,4	100
<i>Ervaring:</i> Het persoonlijke in de verhouding met mijn huisarts is nu verloren	1974	6,4	12,0	15,8	5,8	60,0	100
	1976	4,2	9,4	12,2	4,5	69,7	100
	$\chi^2 = 581,85 \quad df = 8 \quad p < 0,0000$						

woorden: hoe meer ervaring met de nieuwe situatie, des te meer valt het mee.

IVa. De beschikbaarheid van de eigen huisarts

De directe beschikbaarheid is kenmerkend voor de huisarts. Hij is – althans behoort – direct bereikbaar en beschikbaar te zijn voor zijn cliënten. Zoals in de inleiding al is uiteengezet, loopt die indruk van beschikbaarheid in een gezondheidscentrum gevaar door assistenten, antwoordapparaten en dienstregelingen. Om na te gaan of deze veronderstelling juist is, hebben wij hierover een uitspraak aan de cliënten voorgelegd (tabel 13).

Opvallend in tabel 13 is dat er geen noemenswaardige verschillen tussen beide groepen en beide tijdstippen zijn. De beschikbaarheid van de huisarts wordt in het Withuis en de controlegroep in dezelfde mate ervaren en deze is niet veranderd tussen 1974 en 1976. Driekwart van de respondenten spreekt zich zeer positief uit over die beschikbaarheid. Slechts twee tot drie procent is er niet over te spreken!. Ten aanzien van de achtergrondkenmerken van 1976 hebben wij voor beide groepen gevonden dat de jongeren het minder met de uitspraak eens zijn ($p < 0,001$) en dat de ongehuwden en gescheidenen hoger in de „geen mening”-categorie vertegenwoordigd zijn (controle $p < 0,001$ en Withuis $p < 0,05$). Voor de controlegroep al één bleek, dat naarmate men vaker het

spreekuur had bezocht de bereikbaarheid positiever werd beoordeeld ($p < 0,01$). Hetzelfde gold voor gezinnen met kinderen ($p < 0,001$). Men kan vaststellen dat ervaring (leeftijd, kinderen, spreekuurbezoek) de beoordeling in gunstige zin bevordert.

IVb. De bereikbaarheid van de eigen huisarts in het Withuis

De verwachting was dat de Withuiscliënten vóór het begin van het gezondheidscentrum sombere vermoedens zouden hebben over de bereikbaarheid van hun huisarts. Dit vermoeden is getoetst aan de hand van de nu volgende uitspraak (tabel 14).

Dezelfde uitspraak werd voorgelegd aan de deelnemers van de PGP-enquête (Huygen, Heyendaal en Persoon, 1976). Ook daar bleek de bereikbaarheid van de eigen huisarts (na vijf jaren ervaring) mee te vallen, zij het in mindere mate dan in het Withuis. Men kan de cijfers in tabel 14 op twee manieren benaderen. De ene is een optimistische, die vooral tendeert dat de bereikbaarheid bij elke volgende peiling gunstiger wordt beoordeeld. De andere legt de nadruk op het feit dat in 1976 nog eenderde van de respondenten van mening is dat de huisarts (ten dele) moeilijker is te bereiken dan vroeger. Bij de bespreking van de organisatie en werkwijze van het gezondheidscentrum, komen wij nog op dit onderwerp terug.

Tabel 13. De beschikbaarheid van de eigen huisarts, uitgedrukt in procenten.

		Helemaal mee eens		Gedeeltelijk mee eens		Geen mening		Gedeeltelijk mee oneens		Helemaal mee oneens		Totaal	
		W	C	W	C	W	C	W	C	W	C	W	C
Als ik hem nodig heb, staat mijn huisarts dag en nacht voor mij klaar	1974	75,5	78,9	11,1	9,1	11,5	10,2	1,3	0,7	0,6	1,1	100,0	100,0
	1976	74,4	79,0	11,5	7,5	11,5	10,2	1,7	2,9	0,9	0,4	100,0	100,0

Tabel 14. De bereikbaarheid van de eigen huisarts in het Withuis, uitgedrukt in procenten.

		Helemaal mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Geen mening	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal niet mee eens	Totaal
<i>Verwachting:</i> Het zal moeilijker zijn dan vroeger om je eigen huisarts te krijgen	1972	41,8	25,8	15,3	6,4	10,7	100,0
<i>Ervaring:</i> Het is moeilijker dan vroeger om je eigen huisarts te krijgen	1974	21,4	23,9	17,3	5,8	31,6	100,0
	1976	13,4	20,0	11,5	7,0	48,1	100,0
		$\chi^2 = 192,65$		$df = 8$	$p < 0,000$		

Bestudering van de achtergrondkenmerken levert op dat de ouderen in 1974 en 1976 ($p < 0,05$) gunstiger oordeelden over de bereikbaarheid, evenals de frequente spreekuurbezoekers ($p < 0,001$). Het is dan ook te verwachten dat het percentage dat van oordeel is dat de huisarts moeilijker dan vroeger is te bereiken, in de toekomst verder zal dalen. Ongehuwden en gescheidenen scoren ook nu weer hoger in de categorie „geen mening” ($p < 0,01$), waarschijnlijk omdat zich onder hen relatief vele jongeren bevinden, die minder contact met hun huisarts hebben gehad. Negatiever dan de anderen oordeelden in 1974 gezinnen met kinderen ($p < 0,001$) en de hogere sociale lagen ($p < 0,05$). In 1976 werd dit echter niet meer gevonden.

Conclusies

I. Het gedrag van de eigen huisarts

In tegenstelling tot de verwachting werd het socio-emotionele gedrag door de Withuis-populatie sterker waargenomen dan door de cliënten van de controlegroep. Ook het informatieve gedrag werd door de Withuis-clieënten in sterkere mate ervaren en dit gedrag lijkt volgens het oordeel van de cliënten in het verloop van de tijd zelfs te zijn toegenomen! Ten aanzien van het instrumentele gedrag werd geen verschil tussen de beide groepen gevonden.

II. Hulp door een andere dan de eigen huisarts bij de Withuis-clieënten

Er is – zoals verwacht – minder bezwaar

tegen de hulp van de samenwerkende huisarts, dan tegen die van een vreemde huisarts. Bij somatisch getinte problemen neemt het bezwaar tegen de samenwerkende huisarts in de eerste twee jaren van de samenwerking af. Daarna lijkt een zekere stabilisatie op te treden. Bij problemen met een sterke socio-emotionele lading blijft de vanaf het begin bestaande afstand tussen samenwerkende en vreemde huisarts vrijwel constant. Dit wijst indirect op de specifieke en dus bijna niet overdraagbare taak van de huisarts bij socio-emotionele problemen.

III. De persoonlijke relatie met de eigen huisarts in het gezondheidscentrum

De persoonlijke relatie met de eigen huisarts blijkt in het geheel niet verloren te zijn gegaan. Naarmate men meer ervaring had met de nieuwe situatie, oordeelde men gunstiger over het behoud van de persoonlijke relatie.

IVa. De beschikbaarheid van de eigen huisarts

Deze is – in de ogen van de cliënten – gelijk in Withuis en controlegroep en blijft in het verloop van de tijd onveranderd.

IVb. De bereikbaarheid van de eigen huisarts in het Withuis

Deze blijkt in toenemende mate mee te vallen. Anderzijds vindt in 1976 eenderde van de respondenten dat de eigen huisarts moeilijker dan vroeger is te bereiken. Ook hier leidt veelvuldig contact tot een positieve beoordeling. Ervaring stemt gunstig!

Beschouwing

Onze vrees dat professionalisatie van de eerstelijns gezondheidszorg, i.c. het formen van een gezondheidscentrum, de persoonlijke band tussen huisarts en cliënt nadelig zou beïnvloeden, wordt door dit onderzoek niet bevestigd. De bevindingen zijn bemoedigend en wijzen er op dat het mogelijk is een zekere schaalvergroting te combineren met een goede persoonlijke zorg. Om dit te bereiken is nodig – dat is duidelijk gebleken – dat iedere cliënt zich, ook in een omvangrijk samenwerkingsverband, verzekerd weet van zijn eigen huisarts. Voortgezet onderzoek in dit en ook in andere gezondheidscentra zal nodig zijn om na te gaan of deze eerste bevindingen hun geldigheid blijven behouden.

Een mogelijke samenhang tussen het aantal hulpverleners in zulk een samenwerkingsverband en de kwaliteit van de hulpverlener-clieënt relatie zal dan eveneens, aan de orde moeten komen.

Dankbetuiging

Erg veel dank aan Gerard Verstappen, student-assistent, voor zijn volharding en geduld de passende computerprogramma's te vinden, aan te vragen en te helpen interpreteren. Ook dank aan Henk van de Hogen, statisticus van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, voor zijn kritische hulp en begeleiding.

Bijlage

Opzet en uitvoering van het onderzoek

De vragenlijsten zijn in 1976 – evenals in 1974 – huis aan huis rondgebracht en opgehaald. In 1976 is dat door een groep volwassenen gedaan, die uitvoerig was geïnstrueerd. Omdat alle respondenten in 1974 dezelfde vragenlijst hadden ingevuld, was toelichting of hulp zelden nodig. De respons bedroeg 77,2 procent bij het Withuis en 75,5 procent bij de controle-groep.

Wat betreft de uitval (tabel 1) zien wij dat de verhuizingen in beide groepen het grootste deel voor haar rekening nemen.

Tabel 1. Reden van uitval in 1976, uitgedrukt in procenten.

	Withuis N=137	Controle N=146
Weigert	8,0	5,5
Verhuisd	43,8	63,5
Ziek/overleden	8,0	6,2
Bij ophalen geen gehoor	2,2	2,1
Door foutieve persoonsbeschrijving of onvolledige invulling of door codeerfouten niet terug te vinden	26,3	4,8
Niet thuis	2,2	2,1
Verzuimt de lijst te bezorgen	1,5	2,1
Van huisarts veranderd	0,7	5,5
Wel ingevuld, maar respondent-nummer verwijderd	7,3	8,2
Totaal	100	100

Tabel 2. Achtergrondkenmerken van de deelnemers aan de enquête in 1976, uitgedrukt in procenten.

	Withuis N=465	Controle N=449		Withuis N=465	Controle N=449
1. Geboortjaar			9. Van huisarts gewisseld?		
1944 t/m 1954	17,9	16,5	altijd dezelfde	28,1	50,1
1943 t/m 1929	32,1	30,4	veranderd uit eigen wil		
1928 t/m 1909	36,1	42,3	– eenmaal	29,4	15,8
1908 en eerder	13,9	10,8	– vaker	3,7	5,2
2. Geslacht				33,1	21,0
man	52,0	45,7	veranderd door overmacht		
vrouw	48,0	54,3	– eenmaal	28,1	17,7
3. Burgerlijke staat			– vaker	3,4	3,8
gehuwd	82,5	84,8	– huwelijk	7,3	7,4
ongehuwd	7,7	7,6		38,8	28,9
gescheiden	1,3	1,8	$\chi^2 = 48,8$ df = 2 p < 0,000		
weduwe/weduwnaar	8,5	5,8	10. Spreekuur-consumptie in het afgelopen jaar		
4. Kinderen			– niet	8,5	10,6
wel	82,5	83,9	– eenmaal	9,8	11,9
geen	17,5	16,1	– twee- tot vijfmaal	41,8	50,7
5. Inwonende kinderen	64,0	64,6	– meer dan vijfmaal	39,9	26,8
gezin met jongere kinderen: oudste				$\chi^2 = 16,91$	df = 3 p < 0,001
inwonende kind jonger dan vijftien jaar	20,6	18,8	11. Visites in het afgelopen jaar		
b „Midden gezin”:			– niet	50,0	45,2
gezinnen met inwonende kinderen			– eenmaal	16,0	19,0
die noch tot de oudere, noch tot de			– twee- tot vijfmaal	24,1	28,6
jongere gezinnen behoren	15,2	16,7	– meer dan vijfmaal	9,9	7,2
c Gezin met oudere kinderen:			12. Tevredenheid met de eigen gezondheid		
jongste inwonende kind vijftien jaar of			– zeer tevreden	17,9	21,6
ouder	28,2	29,1	– tevreden	46,1	48,6
6. Wijze van verzekering			– niet tevreden en niet ontevreden	27,6	19,7
particulier	28,6	39,0	– ontevreden	6,9	7,4
ziekenfonds	71,4	61,0	– zeer ontevreden	1,5	2,7
$\chi^2 = 9,36$ df = 1 p < 0,005				$\chi^2 = 8,79$	df = 4 0,05 < p < 0,1
7. Gebruik van maatschappelijk werk			13. Voeg*		
sedert enquête in 1974			laag	49,5	53,0
ja	7,0	6,0	hoog	50,5	47,0
neen	93,0	94,0	14. Sociaal economische status (SES)**		
8. Hoe lang al bij dezelfde huisarts?			laag 1	33,2	27,0
1 t/m 5 jaren	23,9	17,4	2	23,8	27,1
6 t/m 10 jaren	26,6	24,0	3	23,8	23,9
11 t/m 15 jaren	36,0	20,4	4	7,4	7,8
16 t/m 20 jaren	12,7	14,1	5	4,9	4,3
meer dan 20 jaren	0,8	24,1	hoog 6	6,9	9,9
$\chi^2 = 120,4$ df = 4 p < 0,000					

* VOEG is een afkorting van: Vragen Over Ervaren Gezondheidstoestand. Het is een door Dirken ontwikkelde lijst. Wij gebruiken evenals Cassee de verkorte versie van 21 items. „Deze lichamelijke klachtenscore indiceert de mate waarin men geneigd is spanningen om te zetten in lichamelijk onwelbevinden” (Cassee). „Laag” betekent nul tot en met vier ervaren klachten en meer dan vier ervaren klachten noemen we een hoge score. De dichotomie is volgens de mediaan aangebracht. De VOEG-lijst lijkt een betrouwbaar meetinstrument. Als we de scoreverschillen per respondent in 1974 en 1976 vergelijken, bevindt 84 procent (Withuis) tot 88 procent (Controle) zich in de range: 0±4.

** De Sociaal-economische Status (SES) is de resultante van de volgende elementen: beroep, loondienst of zelfstandig, al dan niet leiding gevend en opleiding. In 1976 is dezelfde SES aan de respondenten toegekend als in 1974.

In het Withuis is er nogal wat uitval door in 1974 gemaakte codeerfouten, waardoor naam en adres niet konden worden gede-codeerd. Voor het overige zijn er geen verschillen van betekenis tussen beide groepen. De in 1976 overgebleven respondenten hebben aan alle peilingen (voor Withuis drie en voor de controle-groep twee) meegedaan.

De achtergrondkenmerken

De voor dit artikel relevante achtergrondkenmerken van de in 1976 resterende respondenten zijn in tabel 2 samengevat.

Het gedrag van de eigen huisarts

Bij de beantwoording van de uitspraken in Tabel 3 is de vier-puntsschaal: „altijdsoms-nooit-weet-niet” gebruikt. De „weet-niet”-categorie werd beschouwd als liggend buiten het continuüm van altijd-soms-nooit. Van de cliënten die „weet niet” aankruisten werd verondersteld dat zij zo weinig met hun huisarts in contact kwamen dat zij geen oordeel over

zijn gedrag konden uitspreken. Voor de analyse zouden zij daarom buiten beschouwing moeten worden gelaten. Deze veronderstelling lijkt gerechtvaardigd indien de respondent bij alle 20 uitspraken „weet niet” aankruist. Wanneer dit slechts bij een paar vragen het geval is, is bovengaande veronderstelling niet langer geldig, en heeft de „weet-niet”-categorie meer overeenkomst met „geen mening” of een neutrale positie. Het volgende is nu gedaan: cliënten die meer dan tienmaal „weet niet” hadden ingevuld (11,7 procent) zijn beschouwd als de echte „weet nieters” en zijn buiten de analyse gelaten. Vervolgens hebben wij de antwoorden van de cliënten die tienmaal of minder „weet niet” hadden aangekruist, naar verhouding van de bekende antwoorden verdeeld over de antwoordcategorieën: altijd – soms – nooit.

Een ander probleem dat zich bij de beantwoording van deze reeks uitspraken voordoet, betreft de „sociale wenselijkheid”. Daarmee bedoelen wij dat de responden-

ten mogelijkerwijze niet alleen afgaan op hun ervaring, maar ook antwoorden wat volgens hen het „ideale gedrag” van hun huisarts zou zijn. Die neiging zou kunnen zijn versterkt door het feit dat de enquête vergezeld ging van een introductiebrief die ondertekend was met: uw huisarts. Een aanwijzing voor de neiging het „ideale gedrag” aan te kruisen, zou de geringe spreiding van de antwoorden per uitspraak kunnen zijn. Er wordt in het algemeen erg positief geoordeeld. Anderzijds was in de introductiebrief duidelijk gesteld dat alle antwoorden anoniem zouden blijven. Tenslotte is het niet uitgesloten dat men werkelijk zeer tevreden over zijn huisarts is. Uit het geciteerde onderzoek van Cassee blijkt 82 procent van de mensen tevreden tot zeer tevreden over zijn huisarts te zijn. Uit een enquête van het weekblad Margriet komt naar voren dat 87 procent tevreden was over het laatste contact met de huisarts (*Medisch Contact*). De antwoorden van alle bruikbare respondenten (n = 1615) in 1974 en 1976 op de

Tabel 3. Gedragingen van de eigen huisarts, beoordeeld door de cliënten, uitgedrukt in procenten.

	WITHUIS N = 465								CONTROLE N = 449							
	altijd		soms		nooit		weet niet		altijd		soms		nooit		weet niet	
	1974	1976	1974	1976	1974	1976	1974	1976	1974	1976	1974	1976	1974	1976	1974	1976
1. Mijn huisarts legt precies uit waarom hij iets voorschrijft.	45,7	51,2	35,5	34,1	4,9	4,9	13,9	9,8	40,8	42,7	38,3	41,9	9,1	6,7	11,8	8,7
2. Mijn huisarts staat erop dat je precies doet wat hij zegt.	57,5	61,0	13,0	11,5	2,4	2,6	27,1	24,9	52,3	52,8	12,7	12,0	5,2	6,0	29,8	29,2
3. Mijn huisarts aarzelt als hij moet vaststellen wat ik mankeer.	5,8	5,3	18,4	18,3	44,6	46,5	31,2	29,9	2,4	4,5	18,5	16,5	56,8	54,9	22,3	24,1
4. Mijn huisarts stelt mij op mijn gemak als ik met hem praat.	79,6	82,0	11,5	10,9	0,6	1,1	8,3	6,0	69,3	73,3	15,8	16,0	3,3	2,0	11,6	8,7
5. Mijn huisarts vertelt mij precies wat ik mankeer.	56,0	56,1	21,4	19,8	4,3	1,5	18,3	18,6	60,4	61,9	20,7	21,4	5,1	2,7	13,8	14,0
6. Mijn huisarts schrijft mij nauwkeurig voor wat ik moet doen als ik ziek ben.	74,2	79,7	12,2	9,2	0,6	1,1	13,0	10,0	73,4	74,4	10,2	12,2	2,4	2,7	14,0	10,7
7. Mijn huisarts praat met mij over andere dingen dan mijn ziekte alleen.	25,9	25,8	42,9	50,3	16,5	11,7	14,7	12,2	27,6	26,8	40,8	47,1	20,5	17,4	11,1	8,7
8. Mijn huisarts legt uit waarom hij iets doet op een bepaalde manier.	30,2	33,5	31,6	30,7	11,5	11,3	26,7	24,5	26,1	29,5	27,6	27,2	21,4	18,7	24,9	24,6
9. Mijn huisarts is nogal onzeker in zijn optreden.	1,5	1,7	5,1	5,8	74,8	76,5	18,6	16,0	2,2	1,3	7,3	7,1	74,5	77,8	16,0	13,8
10. Mijn huisarts vertelt hoelang mijn ziekte waarschijnlijk zal duren.	28,6	33,3	28,4	28,8	9,2	6,6	33,8	31,3	36,5	35,7	24,3	30,5	9,4	9,1	29,8	24,7
11. Mijn huisarts weet dadelijk de goede medicijnen voor mij.	48,9	53,1	22,9	20,0	0,6	0,2	27,6	26,7	57,1	57,2	18,9	19,6	0,2	0,7	23,8	22,5
12. Mijn huisarts neemt de tijd om met mij te praten.	69,9	74,1	17,1	19,0	3,4	1,1	9,6	5,8	62,5	60,9	22,3	30,2	5,6	2,7	9,6	6,2
13. Mijn huisarts wordt kortaf als je met kleinigheden bij hem komt.	2,4	1,9	7,5	4,5	61,3	70,6	28,8	23,0	3,6	2,7	5,1	6,7	68,6	68,3	22,7	22,3
14. Mijn huisarts begrijpt precies wat er met je aan de hand is.	49,8	54,9	22,7	21,5	0,6	0,4	26,9	23,2	54,9	53,7	18,9	20,5	0,4	0,2	25,8	25,6
15. Mijn huisarts voelt mee met mijn problemen.	46,4	52,2	12,4	10,2	1,9	1,1	39,3	36,5	42,8	39,7	10,5	12,0	4,2	2,9	42,5	45,4
16. Mijn huisarts houdt zijn patiënten op een afstand.	1,5	1,7	6,2	2,3	67,9	75,7	24,4	20,3	4,9	3,3	5,6	7,8	65,2	65,3	24,3	23,6
17. Met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten.	61,8	70,1	10,9	8,7	1,3	1,7	26,1	19,4	55,3	57,7	10,9	12,0	4,0	1,6	29,8	28,7
18. Mijn huisarts interesseert zich alleen voor mijn ziekte.	18,4	16,8	15,4	14,3	17,3	26,4	48,9	42,4	18,3	20,5	14,7	13,6	22,3	24,5	44,7	41,4
19. Mijn huisarts vertelt je precies hoe ernstig het is.	32,5	37,8	20,7	17,1	4,1	2,3	42,7	42,8	36,1	35,2	18,0	18,9	4,9	4,5	41,0	41,4
20. Mijn huisarts neemt de tijd voor een grondig onderzoek.	72,0	79,7	13,9	12,8	1,9	0,2	12,2	7,2	68,2	71,0	16,9	16,0	2,0	1,1	12,9	8,9

uitspraken in tabel 3, werden onderworpen aan een factoranalyse. Drie goed benoembare factoren zijn gevonden (tabel 4), die een redelijke verklaarde variantie hebben.

Wij beschouwen hier de factorstructuurmatrix, berekend op grond van de antwoorden in 1974 en 1976, gezamenlijk (Withuis + controle), als de beste benadering van de werkelijke structuurmatrix in de populatie (Roskam en Van der Sanden). De te construeren structuurmatrices in de verschillende deelpopulaties bleken weinig daarvan te verschillen en kunnen als toevallige afwijkingen ervan worden beschouwd. Als criterium van toevallig verschil wordt een stress-maat van ongeveer 0,20 gehanteerd. In dit geval waren de stress-maten: 0,20, 0,25, 0,25, en 0,23. Over de vier deelpopulaties (Withuis 1974 en 1976, controle 1974 en 1976) is een variantie-analyse (ANOVA programma) uitgevoerd. Variantie-analyse is een techniek die hypothesen toetst met betrekking tot het verschil in een afhankelijke variabele tussen groepen (tijdstippen). In dit geval zijn de drie factoren de drie afhan-

Tabel 4. Resultaten van factoranalyse* van de antwoorden van alle bruikbare respondenten (N = 1615) tezamen, op de uitspraken over het huisartsgedrag. De belangrijkste scores ($\pm 0,40$ of hoger) van elke factor zijn gecursiveerd.

	Factor I Socio-emotioneel gedrag	Factor II Informatief gedrag	Factor III Instrumenteel gedrag
1. Hij legt uit waarom hij iets voorschrijft	0,19	0,64	-0,02
2. Doen wat hij zegt	0,24	0,22	0,06
3. Hij aarzelt	-0,24	-0,10	-0,01
4. Stelt mij op mijn gemak	0,52	0,34	0,33
5. Vertelt wat ik mankeer	0,31	0,56	0,37
6. Schrijft nauwkeurig voor wat te doen	0,34	0,29	0,46
7. Praat over andere dingen dan ziekte	0,20	0,44	0,14
8. Hij legt uit waarom hij iets doet	0,10	0,76	-0,08
9. Hij is nogal onzeker	-0,19	-0,06	0,51
10. Vertelt hoelang de ziekte zal duren	0,20	0,45	0,45
11. Weet dadelijk de goede medicijnen	0,39	0,18	0,58
12. Neemt de tijd om met mij te praten	0,52	0,34	0,31
13. Wordt kortaf bij kleinigheden	-0,45	0,04	-0,15
14. Begrijpt je precies	0,39	0,27	0,02
15. Hij voelt mee	0,62	0,28	-0,02
16. Houdt zijn patiënten op een afstand	-0,56	-0,07	0,12
17. Ik kan over alles praten	0,60	0,31	-0,07
18. Interesseert zich alleen voor mijn ziekte	-0,15	-0,11	0,54
19. Vertelt precies hoe ernstig het is	0,24	0,55	0,60
20. Hij neemt de tijd voor een grondig onderzoek	0,46	0,37	-0,03

* Hoofdassenmethode; rotatiecriterium Varimax; SPSS-programma.

Tabel 5a. Toetsing van de variantie van Withuis en controlegroep (= groepseffect) en van 1974 en 1976 (= tijdseffect) N = 1615. De significante waarden zijn gecursiveerd.

	Socio-emotioneel gedrag	Informatief gedrag	Instrumenteel gedrag
GROEPSEFFECT	Withuis gemiddelde -0,07* controle gemiddelde +0,07	Withuis gemiddelde -0,08 controle gemiddelde +0,08	Withuis gemiddelde +0,03 controle gemiddelde -0,03
Withuis 1974 vs Withuis 1976	→ F = 10,166 df = 1 p = 0,002	F = 12,412 df = 1 p = 0,001	F = 1,652 df = 1 p = 0,196
Controle 1974 vs Controle 1976			
TIJDSEFFECT	1974 gemiddelde +0,04 1976 gemiddelde -0,04	1974 gemiddelde -0,05 1976 gemiddelde +0,04	1974 gemiddelde 0,00 1976 gemiddelde 0,00
Withuis 1974 vs Withuis 1976	→ F = 0,167 df = 1 p = 0,999	F = 0,227 df = 1 p = 0,999	F = 0,002 df = 1 p = 0,999
Controle 1974 vs Controle 1976			
Interactie groep-tijd	F = 1,308 p = 0,252	F = 0,025 p = 0,999	F = 1,560 p = 0,209
Verklaarde variantie van groep en tijd	R ² = 0,024	R ² = 0,019	R ² = 0,005

* Aan de hand van de positie van het gemiddelde van iedere deelpopulatie ten opzichte van het gemiddelde van het totaal (0,00), kan men de betekenis van de gevonden verschillen interpreteren.

kelijke variabelen. Bij dit programma kan men vijf onafhankelijke variabelen van een ordinaal meetniveau invoeren en daarvoor hun eventueel storende invloed op de te meten en te toetsen verschillen, elimineren. Wij kozen daarvoor: leeftijd, consumptie spreekuur, consumptie visites, tevredenheid over de gezondheid en score op de VOEG-lijst.

Getoetst werd de vraag of er tussen de beide groepen (=groepseffect) en de

Tabel 5b. Toetsing van de variantie van de score verschillen 1974-1976 van Withuis en controlegroep (N = 807). De significante waarden zijn gecursiveerd.

Socio-emotioneel gedrag	Informatief gedrag	Instrumenteel gedrag
Withuis gemiddelde +0,00 controle gemiddelde -0,00	Withuis gemiddelde -0,05 controle gemiddelde +0,05	Withuis gemiddelde +0,03 controle gemiddelde -0,03
F = 0,010 df = 1 p = 0,999 R ² = 0,013	F = 3,109 df = 1 p = 0,074 R ² = 0,009	F = 1,054 df = 1 p = 0,306 R ² = 0,008

Tabel 9. Resultaten van de beantwoording van zes stoornissen in de gezondheidstoestand, in relatie tot het al dan niet bezwaar hebben tegen de hulpverlening door een andere dan de eigen huisarts – daarbij onderscheid makend tussen een met hem samenwerkende huisarts en een andere huisarts uit de stad – uitgedrukt in procenten.

	Samenwerkende huisarts				Andere huisarts uit de stad					
	Veel bezwaar	Enig bezwaar	Geen bezwaar	Totaal	Veel bezwaar	Enig bezwaar	Geen bezwaar	Totaal		
1. U hebt heet water over uw hand gekregen en hebt flinke blaren										
1972	N=452	2,7	7,1	90,2	100,0	N=440	6,1	10,9	83,0	100,0
1974	N=457	1,1	7,3	91,6	100,0	N=451	6,2	14,9	78,9	100,0
1976	N=458	0,9	4,6	94,5	100,0	N=446	5,7	13,9	80,4	100,0
2. U krijgt plotseling een ernstige maagbloeding en bent erg slap										
1972	N=455	5,5	19,1	75,4	100,0	N=439	14,4	24,6	61,0	100,0
1974	N=461	5,9	14,4	79,7	100,0	N=448	15,5	23,9	60,6	100,0
1976	N=461	4,4	9,9	85,7	100,0	N=443	12,0	21,9	66,1	100,0
3. Sinds enige dagen moet u vaker plassen dan normaal en hebt u pijn bij het plassen										
1972	N=456	6,2	22,1	71,7	100,0	N=435	17,8	28,4	53,8	100,0
1974	N=459	8,6	19,7	71,7	100,0	N=447	20,9	35,7	43,4	100,0
1976	N=457	4,6	19,7	75,7	100,0	N=439	21,0	30,7	48,3	100,0
4. U hebt een benauwdheid op de borst en durft zo de nacht niet in te gaan										
1972	N=452	7,8	18,8	73,4	100,0	N=431	19,2	24,7	56,1	100,0
1974	N=458	9,3	15,8	74,9	100,0	N=443	21,5	26,9	51,6	100,0
1976	N=457	6,4	14,5	79,1	100,0	N=440	16,3	25,6	58,1	100,0
5. U denkt dat de bevalling gaat beginnen										
1972	N=350	19,7	20,6	59,7	100,0	N=335	37,9	20,3	41,8	100,0
1974	N=399	21,7	24,2	54,1	100,0	N=388	37,9	25,9	36,2	100,0
1976	N=412	16,6	25,5	57,9	100,0	N=399	34,9	24,1	41,0	100,0
6. U hebt al lange tijd moeilijkheden in uw werk en krijgt 's avonds bij het piekeren daarover hevige hartkloppingen										
1972	N=441	14,8	19,2	66,0	100,0	N=419	26,9	23,4	47,7	100,0
1974	N=442	14,6	21,4	64,0	100,0	N=429	30,6	26,4	43,0	100,0
1976	N=439	13,2	20,9	65,9	100,0	N=422	28,4	26,3	45,3	100,0

beide tijdstippen (=tijdseffect) een (significant) verschil in gepercipieerd gedrag bestond ten aanzien van de drie onderscheiden dimensies (socio-emotioneel-, informatief- en instrumenteel gedrag). In de tabellen 5a en 5b zijn de uitkomsten van de variantie-analyse weergegeven. Wij hebben de volgende bewerking toegepast: voor een verschil van één categorie tussen twee opeenvolgende peilingen werd één punt toegekend (bijvoorbeeld bij samenwerkende huisarts „geen bezwaar” en bij vreemde huisarts „enig bezwaar”). Was er een maximaal verschil tussen twee opeenvolgende peilingen (bijvoorbeeld „geen bezwaar” en „veel bezwaar”) dan werden er twee punten toegekend. Oordeelde men positiever over de vreemde dan over de samenwerkende huisarts, dan werden er punten afgetrokken. De resultaten van deze bewerking zijn in tabel 10 vermeld. Men zou kunnen zeggen dat de afstand tussen de samenwerkende en vreemde huisarts tussen 1972 en 1974 met 129 (814–685) punten toeneemt. Daarna lijkt een zekere stabilisatie op te treden. De afstand tussen 1972 en 1976 is 125 (810–685) punten. Deze afstand van 125 respectievelijk 125 punten is – gemiddeld genomen – als volgt over de zes gezondheidsstoornissen verdeeld:

Tabel 10. De verschillen in score (zie tekst voor toelichting) op de zes gezondheidsstoornissen tussen „samenwerkende huisarts” en „andere huisarts uit de stad” - gemeten bij de Withuiscliënten.

	1972	1974	1976
Blaren	51	77	89
Maagbloeding	105	127	122
Plassen	134	177	175
Benauwdheid	131	150	135
Bevallen	123	127	139
Piekeren	141	156	150
Totaal	685	814	810
	(5020)*	(5194)*	(5166)*

* Het maximaal mogelijke totale verschil.

Tabel 11. Verdeling van de gemiddelde toename van de totale afstanden (1972-1974 en 1972-1976) per gezondheidsstoornis, uitgedrukt in procenten.

Blaren	25
Maagbloeding	16
Plassen	33
Benauwdheid	9
Bevallen	8
Piekeren	9
Totaal	100

Hoewel deze bewerking een wat grove benadering is, kunnen wij uit tabel 11 afleiden dat de eerste drie gezondheidsstoornissen driekwart van „de afstand” verklaren en de laatste drie slechts één-kwart. Bij de eerste drie stoornissen ligt het accent op het instrumentele, bij de laatste drie, en daarvan vooral de laatste twee, ligt het accent sterker op het socio-emotionele aspect van de huisarts-cliënt relatie.

Samenvatting.

De vraag werd onderzocht of een streven naar een, in professioneel opzicht, betere gezondheidszorg, i.c. het werken in een gezondheidscentrum, de huisarts-cliënt relatie bedreigt of nadelig beïnvloedt. In tegenstelling tot de verwachting werd gevonden dat het socio-emotionele gedrag van de eigen huisarts in het gezondheidscentrum Withuis sterker door de cliënten werd waargenomen dan door de cliënten van de controlegroep. Hetzelfde geldt ten aanzien van het informatieve gedrag. Dit gedrag lijkt, naar het oordeel van de cliënten, zelfs sterker te worden in het verloop van de tijd!

Bezwaren tegen hulp door een samenwerkende huisarts nemen tot op zekere hoogte af bij somatisch getinte problemen; bij problemen met een sterke socio-emotionele lading gebeurt dat niet. De bezwaren tegen een samenwerkende

huisarts zijn veel minder dan tegen een vreemde huisarts. De persoonlijke relatie met de eigen huisarts en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de eigen huisarts behoeven in een gezondheidscentrum in het geheel niet verloren te gaan. Het bleek dat hun oordeel positiever was naarmate de cliënten meer ervaring hadden met het gezondheidscentrum.

Summary. Studies concerning the Withuis health centre (VII). The question studied was whether efforts to ensure better health care in professional terms, i.e. working in a health centre, threatens or unfavourably influences the doctor-patient relation. Contrary to expectations, it was found that the socio-emotional behaviour of their 'own' family doctor in the Withuis health centre was more closely observed by the clients than by the controls. The same applied to informational behaviour.

Objections to being treated by another general practitioner on the team diminished to some extent when somatic problems were involved but not when problems with a heavy socio-emotional overtone were concerned. The objections to another general practitioner on the team were much less marked than those to a strange general practitioner. The personal relation with the family doctor and the availability and accessibility of the family doctor need not at all be lost in a health centre. It was found that evaluations were more positive as the clients had more experience with the health centre situation.

- Brand-Koolen, M. J. M. Factoranalyse in het sociologisch onderzoek. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1972.
- Cassee, E. Th. Naar de dokter. Boom, Meppel, 1973
- Crebolder, H. F. J. M. (1974) huisarts en wetenschap 17, 423; (1976) Ibidem 19, 94; (1977) Ibidem 20, 43.
- Dirken, J. M. Arbeid en stress; het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen, Wolters, 1967.
- Freidson, E. Patients' views of medical practice. Russell Sage Foundation, New York, 1961.
- Freidson, E. Client control and medical practice. Patients, Physicians and Illness. A sourcebook in behavioral science and health. E. Gartley Jaco, 1972.
- Huygen, F. J. A., P. H. J. M. Heyendaal en J. M. G. Persoon (1974) huisarts en wetenschap 17, 169; (1976) Ibidem 19, 297.
- Medisch Contact (1974) 29, 181.
- Persoon, J. M. G. Veranderingen in de patiënt-huisarts relatie. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1975.
- Roskam, Edw. E. en A. L. M. van der Sanden (1974) Ned. T. Psychol. 29, 67-94.

Het gevaar van mastopathie

H. A. NOLET, HUISARTS TE NIJMEGEN EN
M. F. A. PRICK-SLOTHOUWER, ARTS-ASSISTENT

Naar aanleiding van de historie van een patiënte met een goedaardige mammatumor en een röntgenologisch gediagnostiseerde „mastopathie” wordt de betrekkelijkheid van dit, op verschillende criteria gehanteerde, begrip aangetoond. Binnen het kader van de term „mastopathie” kan alleen de patholoog-anatomische diagnose atypische hyperplasie als een vorm van pre-carcinoom worden aangemerkt. Het is de taak van de huisarts patiënten, die daardoor ten onrechte onder controle worden gehouden, te behoeden voor iatrogene invaliditeit.

Bijna iedere vrouw schrikt ontzettend en vreest kanker bij het ontdekken van een voelbare knobbel in de borst, vochtscheiding uit een tepel of intrekking van een tepel.

Het behoort tot de taken van de huisarts jaarlijks aan vele tientallen vrouwen advies te geven over de te volgen gedragslijn voor nader onderzoek. Hiertoe staan hem twee wegen open: de chirurgische en de röntgenologische. Zijn keus wordt in eerste instantie bepaald door zijn bevindingen bij fysisch onderzoek. Is er sprake van een duidelijk palpabele zwelling, dan is het – ook zonder verschijnselen van doorgroei of metastasering – de aangewezen weg te verwijzen naar de chirurg voor tumor-extirpatie en patholoog-anatomisch onderzoek. Bestaat er ook maar de geringste verdenking op carcinoom zonder duidelijke verschijnselen van tumorgroei, dan moet in eerste instantie de weg leiden naar de röntgenoloog, die zijn bevindingen zal weergeven op grond van een verrichte mammografie; een dergelijke verdenking op maligniteit ontstaat wanneer er sprake is van vochtverlies uit een tepel, intrekking van een tepel, verschil in grootte of zwaar gevoel van een borst of van een drukpijnlijke plek in de borst.

Soms echter kan ook twijfel de huisarts doen besluiten tot het aanvragen van een mammografie: twijfel aan de kwaadaardigheid van een palpabele zwelling, met name wanneer de vrouw heeft bemerkt dat de grootte van de tumor en de ernst van haar klachten variëren met de cyclus. Twijfel ook aan zijn eigen bevindingen bij fysisch onderzoek. De huisarts zal in zo'n geval des te eerder argwaan moeten gaan

koesteren indien de vrouw behoort tot de risico-leeftijdsgroep van 50–70 jaar, geen kinderen heeft of haar eerste kind kreeg boven de 30 jaar, verwante familieleden heeft met mammacarcinoom of zelf een carcinoom van één borst heeft (gehad). In al dergelijke gevallen zal de huisarts overwegen dat de combinatie van waarneming van de vrouw, fysisch onderzoek door hemzelf en mammografie in het algemeen de meest betrouwbare informatie

Het is van groot belang dat medici zich meer bewust worden van het feit dat geneeskundig handelen ook een schadelijk effect kan hebben, zowel in somatisch als in psychosociaal opzicht. Vooral dit laatste kan tot iatrogene invaliditeit leiden.

De Meiker

geeft. Hij zal de röntgenoloog vragen een gedifferentieerd oordeel te geven naar aanleiding van een mammografie. Deze kan op grond van de foto's soms een tumor signaleren of het bestaan van lokaal of diffuus zichtbare microcalcificaties; het laatste gegeven wijst in de richting van intraductale proliferatie.

Indien er sprake is van vochtverlies uit een tepel kan het onderzoek worden aangevuld met een galactoforografie en cytologische microscopie van het secreet.

Begin 1972 verscheen op ons spreekuur mejuffrouw A., die kortgeleden een knobeltje in haar linker borst had gevoeld. Overeenkomstig de tevoren geschetste gedragslijn voor nader onderzoek werd zij