

Werkstijlen van huisartsen

Een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen

H. G. A. MOKKINK, V. C. L. TIELENS, A. J. A. SMITS EN R. P. T. M. GROL*

Is het mogelijk bij huisartsen een beperkt aantal werkstijlen te onderscheiden en hangen die werkstijlen dan samen met verschillen in attitude? Inzicht in deze verbanden zou van nut kunnen zijn bij onderlinge toetsing en onderwijs. Voor het onderzoek is onder meer gebruik gemaakt van observatiegegevens en meetinstrumenten die zijn ontwikkeld in het kader van het project 'Huisarts en somatische fixatie', en van ziekenfondsgegevens over verwijs- en voorschrijfgedrag. Er worden vier werkstijlen onderscheiden: de geïntegreerde stijl, de stijl van de doener en twee 'minimum'-stijlen. Deze werkstijlen blijken te corresponderen met verschillen in opvatting over controle en het nemen van risico's en over de medisch-technische taak van de huisarts; opvattingen over de relatie met de patiënt en met de specialist blijken minder duidelijk te differentiëren.

Inleiding

Tijdens observaties van spreekuren is ons opgevallen dat individuele huisartsen over het algemeen een eigen, typerende manier van werken hebben. Anderzijds verschillen huisartsen onderling nogal in hun manier van omgaan met patiënten.

Min of meer in het verlengde van deze observaties ligt de conclusie uit recent onderzoek, dat het handelen van huisartsen in belangrijke mate wordt bepaald door hun attitudes.¹⁻⁴

Hoewel wij een samenhang verwachten tussen werkstijlen en attitudes, zijn we niet in staat daarover op voorhand een aantal specifieke hypothesen op te stellen: daarvoor is over het begrip werkstijl nog te weinig onderzoek gedaan. In dit explorerend onderzoek staan twee vraagstellingen centraal:

- Is het mogelijk om op basis van observatie- en ziekenfondsgegevens een beperkt aantal globaal omschreven werkstijlen van huisartsen te onderscheiden?
- Gesteld dat dit het geval is, welke

samenhang bestaat er dan tussen een bepaalde werkstijl en een aantal attitudes?

Meer inzicht in deze verbanden zou van nut kunnen zijn bij onderlinge toetsing en vooral bij het onderwijs aan aankomende artsen en huisartsen. Tijdens de medische opleiding wordt immers de attitude gevormd en worden vaste handelingspatronen aangeleerd.⁵⁻⁸

Methoden

Definities

Onder werkstijl verstaan we een cluster van onderling min of meer samenhangende en bij elkaar passende gewoonten van huisartsen op de diverse terreinen van huisartsgeneeskundig handelen tijdens het spreekuur.

Onder attitude verstaan we een min of meer duurzaam geheel van normen, waarden, opvattingen, houdingen en gevoelens die de huisarts erop nahoudt met betrekking tot zijn werk als huisarts.⁹⁻¹⁰

Kenmerken spreekuurgedrag

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van observatiegegevens over spreekuurgedrag van huisartsen, ontleend aan het project Huisarts en Somatische Fixatie. Deze gegevens zijn verzameld bij 57 huisartsen door middel van niet-participerende observatie en audio-opnamen bij twee willekeurig gekozen spreekuren.

Het materiaal is geanalyseerd met behulp van 24 medisch-technische protocollen, die betrekking hebben op even zovele frequent voorkomende klachten, en een gedragswetenschappelijk beoordelingsinstrument; over beide instrumenten is al eerder uitvoerig in *Huisarts en Wetenschap* bericht.¹¹⁻¹³ Hiermee is het mogelijk een viertal kenmerken van het spreekuurgedrag van huisartsen op gedetailleerde wijze aan te geven:

- *Voorwaardelijke vaardigheden:*
 1. Openstaan voor de inbreng van de patiënt;
 2. Expliciteren van het eigen handelen.

- *Inhoudelijke vaardigheden:*

3. Adequaaf somatisch handelen;
4. Adequaaf psychosociaal handelen.

Daarnaast beschikten we over voorschrijf- en verwijsgegevens van de geobserveerde huisartsen, ten behoeve van dit onderzoek beschikbaar gesteld door de ziekenfondsen BAZ te Nijmegen en RZR te Doorwerth. Met behulp hiervan zijn indicatoren geconstrueerd voor:

5. Verwijsgedrag: verwijst de huisarts in het algemeen veel of weinig naar medisch specialisten? We gebruiken hiervoor de verwijsratio: een naar leef-tijds- en geslachtsofbouw gecorrigeerd verwijspercentage.¹⁵

6. Aspecifiek voorschrijfgedrag: in welke mate schrijft de huisarts symptomatische en aspecifieke geneesmiddelen voor (pijnstillers, hoestdempers, psychofarmaca, antibiotica en antihistaminica)?

Ter beantwoording van de eerste vraag is gezocht naar clusters van huisartsen die vergelijkbare spreekuurgedragskenmerken vertonen en dus een bepaalde werkstijl gemeen hebben (*bijlage*). Kenmerkend voor een dergelijke analyse-opzet is het feit dat de vraag naar causaliteit en naar tijdsvolgorde niet van belang is; het gaat niet om de vraag welke factor tot welke gevolgen leidt, maar om het gezamenlijk voorkomen van verschillende kenmerken.¹⁸ Deze analyse-opzet sluit goed aan bij het transversale karakter van de beschikbare onderzoeksgegevens.

Attitudes

Met behulp van vragenlijsten zijn de volgende voor ons onderzoek relevante attitudecomponenten gemeten.

1. Opvattingen ten aanzien van de huisarts-patiënt relatie: is de huisarts voorstander van een gelijkwaardige relatie met de patiënt, respectievelijk het delen van verantwoordelijkheid en het geven van open informatie aan patiënten?

2. Opvattingen ten aanzien van controle op de beroepsuitoefening: is de huisarts voorstander van controle op het eigen functioneren als huisarts, bijvoorbeeld in de vorm van financiële controle of door verplichte toetsing en nascholing?

3. Opvattingen over het nemen van risico's: is de huisarts geneigd bij medische beslissingen het zekere voor het onzekere te nemen?

4. Opvattingen over de huisarts-specialist relatie: is de huisarts geneigd gericht gebruik te maken van de des-

* De auteurs zijn allen verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

kundigheden van medische specialisten, door bij verwijzingen gerichte vragen te stellen?

5. Taakopvatting op technisch gebied: rekent de huisarts medische activiteiten die vooral technische vaardigheden vragen (bijvoorbeeld spiraaltje plaatsen, paracentese, wigexcisie, punctie) tot zijn taak en acht hij zich daartoe in staat?

Ten aanzien van de evaluatie van de gebruikte meetinstrumenten verwijzen we naar eerdere publikaties.^{4 13 16}

Resultaten

Werkstijlen: een theoretisch model

In een cyclisch proces van kijken naar het materiaal en interpreteren van opmerkelijke bevindingen is geleidelijk een model van vier werkstijlen tot stand gekomen. Dit proces van inductie en deductie laat zich moeilijk exact in detail beschrijven; de *figuur* en *tabel 1* geven een overzicht van de vier werkstijlen en van de hiërarchische opbouw die aan het model ten grondslag ligt.

Als eerste criterium geldt de vraag of aan de voorwaardelijke vaardigheden ('gericht en systematisch werken' en 'hanteren van de arts-patiënt relatie') wordt voldaan. Met andere woorden: gaat de huisarts patiënt- en doelgericht te werk? Dit bleek in eerder onderzoek een basaal criterium om de werkwijze van huisartsen te typeren.¹³ Huisartsen die in het algemeen patiënt- en doelgericht te werk gaan, komen ook wat betreft de inhoudelijke vaardigheden positief voor de dag. Als eerste werkstijl onderscheiden we dan ook de *geïntegreerde* werkstijl.

Wanneer er geen sprake is van patiënt- en doelgericht werken, is een tweede criterium de mate waarin de huisarts de neiging heeft om in het algemeen veel of weinig te doen.¹³ De combinatie van niet patiënt- en doelgericht werken met in het algemeen veel handelingen verrichten noemen wij de werkstijl van de *doener*.

Als de huisarts de neiging heeft om in het algemeen weinig te doen, is de vol-

gende vraag, of dit samengaat met een hoog voorschrijfgedrag of een hoog verwijsgedrag. In het eerste geval spreken we van de *minimum+recept*-werkstijl, in het tweede geval van een *minimum+verwijskaart*-werkstijl.

De onderscheiden werkstijlen vertonen in wisselende mate een onderlinge verwantschap. De beide *minimum*-varianten lijken in een aantal opzichten op elkaar, maar verschillen zeer sterk van de *geïntegreerde* werkwijze. De werkstijl van de *doener* heeft zowel punten van overeenkomst als punten van verschil met de andere werkstijlen.

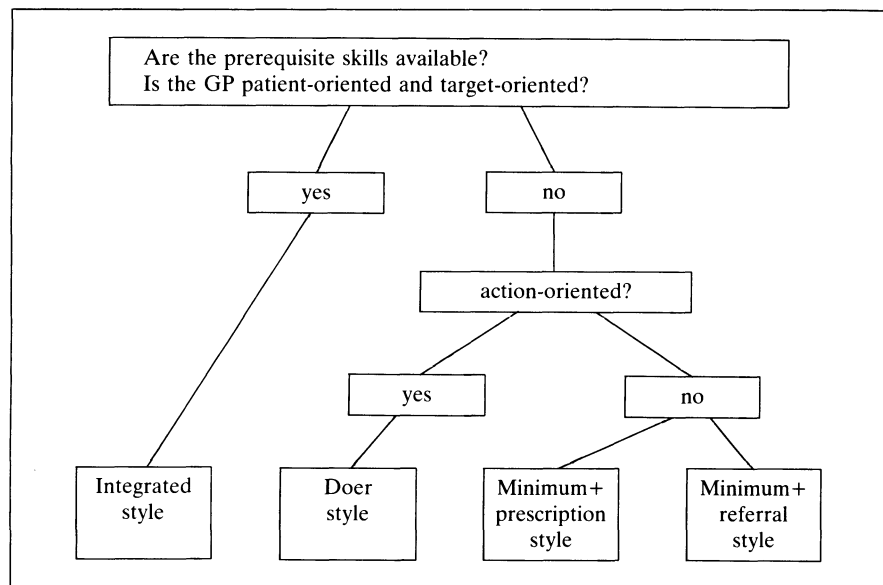
Werkstijlen: terug naar de praktijk

Van twee huisartsen waren niet alle gegevens beschikbaar en daarom zijn zij uit de analyse weggelaten.

Uit *tabel 2* blijkt dat 43 huisartsen in te delen waren, waarbij geldt dat hun individuele werkstijl betrekkelijk dicht bij een van de theoretisch onderscheiden werkstijlen ligt en tegelijk verder verwijderd van de andere drie werkstijlen. Drie huisartsen waren zowel bij de *minimum+recept*- als bij de *minimum+verwijskaart*-werkstijl in te delen. Bij onze analyses zijn deze drie huisartsen ingedeeld bij zowel de *minimum+recept*- als de *minimum+verwijskaart*-variant.

Twaalf huisartsen waren niet bij één werkstijl onder te brengen. Tien kunnen getypeerd worden als een *midden*-

Figuur – Figure. Een theoretisch model van werkstijlen – A theoretical model of practice styles.



Tabel 2 – Table 2. De frequenties van de vier onderscheiden werkstijlen (n=55) – The frequencies of the distinct practice styles (n=55).

Integrated style	10
Doer style	10
Minimum+prescription style	6
Minimum+referral style	14
Minimum+prescription+referral style	3
Not classifiable	12

Tabel 1 – Table 1. Score-combinaties voor de vier onderscheiden werkstijlen – Score combinations for the four distinct practice styles.

Criteria	Integrated style	Doer style	Minimum+prescription style	Minimum+referral style
Are the prerequisite skills available?	+	–	–	–
Is diagnosis adequate?	+	+	–*	–*
Is superfluous diagnostic work avoided?	+	–	dna	dna
Is psychosocial attention paid?	+	–	+	–
Referral behaviour rational?	+	dna	dna	–*
Prescription behaviour rational?	+	–*	–*	dna

+ = yes; – = no; = *the characteristic has been counted double in the practice style concerned; dna = the characteristic is in substance irrelevant to the practice style concerned.

groep, zonder duidelijke eigen identiteit. De twee overigen bleken bij nadere analyse een niet interpreteerbare tegenstelling in scores te vertonen.

Tabel 3 geeft een overzicht van de feitelijke scoring op de spreekuurgedragvariabelen, per onderscheiden werkstijl. Deze cijfers moeten gezien worden als een uitwerking van het geformuleerde model en niet als een toetsing ervan.

De huisartsen met een *geïntegreerde* werkstijl onderscheiden zich duidelijk van alle anderen door een positieve – lage – score op alle zes gedragskenmerken. De *geïntegreerde* werkstijl is te interpreteren als een op preventie van somatische fixatie gerichte werkwijze.¹⁹

De werkstijl van de *doener* onderscheidt zich van de vorige, doordat huisartsen met deze werkstijl niet alleen veel 'noodzakelijke', maar ook relatief veel overbodige diagnostische handelingen verrichten. Daarnaast schrijven zij veel specifieke geneesmiddelen voor. Zij gaan bij dit vele doen echter weinig patiënt- en doelgericht te werk en hebben weinig aandacht voor het psychosociaal handelen. In dit beeld past ook dat de doener niet opvallend veel verwijst.

Kenmerkend voor de beide *minimum*-varianten is dat deze artsen niet alleen weinig patiënt- en doelgericht werken, maar ook duidelijk te weinig 'noodzakelijke' diagnostiek verrichten. Dat zij ook weinig overbodige handelin-

gen verrichten, is wellicht niet zozeer een verdienste, als wel een logisch gevolg van de neiging om in het algemeen weinig te doen.

De huisartsen met de *minimum+recept*-werkstijl blijken, enigszins onverwacht, relatief veel aandacht aan het psychosociaal handelen te besteden. Het lijkt erop alsof zij kiezen voor het psychosociale, ten koste van het medisch-somatische spoor, maar er ten langen leste toch niet goed uitkomen en hun toevlucht zoeken in het voorschrijven van specifieke middelen.

De huisartsen met de *minimum+verwijskaart*-werkstijl besteden weinig aandacht aan het psychosociaal handelen, schrijven relatief weinig specifieke geneesmiddelen voor, maar verwijzen veel.

De categorie *overige* blijkt inderdaad een middengroep te vormen: de scores op de gedragsvariabelen in deze groep liggen alle dicht in de buurt van het midden van de schaal.

Samenhang werkstijl en attitude

In tabel 4 worden de gemiddelde scores op de attitude-variabelen per onderscheiden werkstijl weergegeven. Uit de tabel blijkt dat de verschillende werkstijlen duidelijk corresponderen met verschillen in opvatting over controle, het nemen van risico's en de medisch-technische taak van de huisarts. Er is een geringere differentiatie ten aanzien

van de huisarts-patiënt en de huisarts-specialist relatie.

Huisartsen met een *geïntegreerde* werkstijl blijken in het algemeen over adequate huisartsgeneeskundige opvattingen te beschikken. Zij zijn geneigd open te staan voor de inbreng van de patiënt en open informatie aan de patiënt te geven. Met name zijn zij meer dan de andere huisartsen voorstander van controle door middel van onderlinge toetsing. Ook zijn zij duidelijk meer geneigd op gerichte wijze gebruik te maken van de deskundigheden van medische specialisten, terwijl zij niet steeds het zekere voor het onzekere proberen te nemen.

Doeners blijken in mindere mate voorstanders van gedeelde verantwoor-

Toelichting bij tabel 3

Voor de onderlinge vergelijkbaarheid zijn de gemiddelden uitgedrukt in zogenaamde deciel-scores (range 1-10). Bij observatiegegevens betekent een lage score (1), dat het kenmerk bij uitstek aanwezig is; bij de ziekenfondsgegevens verwijst een lage score naar weinig voorschrijven of weinig verwijzen. Naarmate de gemiddelde score hoger is, is het observatiekenmerk afwezig en is er sprake van veel voorschrijven en veel verwijzen. Bij de voorwaardelijke vaardigheden ('openstaan voor de patiënt' en ' expliciteren eigen handelen'), die onderling hoog correleren ($r = .52$), is uitgegaan van het gemiddelde van de twee scores.

Tabel 3 – Table 3. Gemiddelde scores op de spreekuurgedrag-variabelen per onderscheiden werkstijl (n=55) – Mean scores on the surgery-hour variables per distinct practice style (n=55).

Surgery-hour variables	Integrated style	Doer style	Minimum+ prescription style	Minimum+ referral style	Others
Prerequisite skills	3.0	5.9	6.5	6.6	5.3
Adequate diagnosis	3.2	3.3	8.0	8.1	4.9
Avoidance of superfluous diagnostic work	4.4	7.9	4.6	4.8	5.8
Psychosocial attention	3.0	6.8	4.9	6.6	4.9
Adequate referral	3.0	5.5	5.6	8.0	5.2
Adequate prescription	2.4	8.4	8.0	5.3	4.9

Tabel 4 – Table 4. Gemiddelde scores op de attitude-variabelen per onderscheiden werkstijl (n=55) – Mean scores on the attitude variables per distinct practice style (n=55).

Attitude variables	Integrated style	Doer style	Minimum+ prescription style	Minimum+ referral style	Others	Eta-value
Doctor-patient relationship	4.8	6.8	4.7	4.9	5.8	.33
Views on control	3.4	7.8	4.2	4.6	6.0	.54
Views on risks	3.9	6.8	5.5	6.9	4.0	.45
Doctor-specialist relationship	3.9	4.6	4.8	6.5	4.9	.33
Technical task interpretation	4.1	5.4	3.7	7.1	5.1	.46

The eta-value is a measure of the differences in one variable between the distinct practice styles, accounting for differences within the groups themselves. The higher the eta-value, the more differentiation between the practice styles as regards the attitude component in question. Possible eta-values range from 0 to 1.0.¹²

delijkheid en een gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt. De neiging om veel te doen gaat samen met weerstand tegen invloed van anderen op het eigen handelen. Dit roept het beeld op van een huisarts die voortdurend bezig is met zichzelf en met de vraag 'doe ik wel genoeg' en minder met de patiënt en diens wensen en verwachtingen en met het proces van hulpverlening. Ook wat betreft hun opvatting ten aanzien van het nemen van risico's blijken doeners geneigd om het zekere voor het onzekere te nemen.

De huisartsen met een *minimum+recept*-werkstijl blijken, enigszins tegen de verwachtingen in, een relatief positief patroon van attitudes te hebben.

De *minimum+verwijskaart*-werkstijl wijkt hiervan duidelijk af, met name wat betreft de opvattingen over het nemen van risico's, de huisarts-specialist relatie en de taakopvatting ten aanzien van technische vaardigheden. Op deze drie variabelen scoren de huisartsen met een *minimum+verwijskaart* werkstijl duidelijk anders dan de overige artsen. Daarmee onderscheiden zij zich als art-

sen die geneigd zijn het zekere voor het onzekere te nemen en verder een zeer beperkte taakopvatting hebben ten aanzien van met name de medisch-technische handvaardigheden. Het feit dat zij de minste geneigdheid hebben gerichte vragen aan specialisten te stellen, onderstreept de inadequate aspecten van deze werkstijl.

De artsen uit de groep *overige* blijken ook op de attitude-variabelen om en nabij het gemiddelde te scoren. Daarmee kan deze groep met nog meer recht een middengroep worden genoemd.

Synopsis

Mokkink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. Practice styles of general practitioners. A study exploring different types of professional behaviour. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 72-6.

Introduction. Two questions are posed in this article:

- Is it possible to distinguish a limited number of generally defined practice styles of general practitioners on the basis of observation and sickness fund data?
- Should this be the case, what is the correlation between a given practice style and a number of attitudes?

Methods. The study was based on observation data on general practice surgery-hour behaviour derived from the Prevention of Somatic Fixation Project. These data were collected from 57 general practitioners by means of non-participant observation and tape recordings during two surgery hours chosen at random. The material was analysed with the aid of 24 medical-technical protocols relating to as many frequently presented problems, and a behavioural assessment instrument. This made it possible to give a detailed account of four characteristics of the surgery-hour behaviour of general practitioners:

Prerequisite skills:

1. Openness to patient's contribution;
2. Explicitation of one's behaviour.

Substantive skills:

3. Adequate somatic behaviour;
4. Adequate psychosocial behaviour.

In addition, prescription and referral data on the observed general practitioners were available from sickness fund sources; these were used to construct indicators for:

5. Referral behaviour: does the general practitioner generally refer frequently or infrequently to medical specialists?
6. Non-specific prescription behaviour: to what extent does the general practitioner prescribe symptomatic and non-specific remedial agents (analgesics, antitussives, psychotropic drugs, antibiotics and antihistamines)?

Questionnaires were used to measure the following attitude components considered relevant to this study.

1. Views on the doctor-patient relationship: does the general practitioner advocate treating the patient as an equal, sharing responsibility with patients and giving them frank information?

2. Views on control on practice performance: does the general practitioner welcome control on his own functioning in practice, for instance financial control or mandatory auditing postgraduate courses?

3. Views on taking risks: is the general practitioner inclined to remain on the safe side when making medical decisions?

4. Views on the general practitioner/specialist relationship: is the general practitioner inclined to make specific use of the expertise of medical specialists by asking specific questions in referrals?

5. Views on technical aspects of his task: does the general practitioner consider his task to encompass medical activities which above all demand technical skills (for instance, inserting an IUD, myringotomy, wedge excision, puncture) and does he regard himself as capable of performing them?

Results. In a cyclic process of examining the material and interpreting remarkable findings, a model of four practice styles gradually emerged (figure, table 1). Data on two general practitioners were not complete and these two were therefore excluded from further analysis.

Table 2 shows that 43 general practitioners were classifiable. Three could be classified in the *minimum+prescription* style as well as in the *minimum+referral* style. In the analysis these three general practitioners were considered under both headings. Twelve general practitioners could not be identified with a single practice style: ten might be described as a middle group with no distinct identity, and the remaining two were found to show an uninterpretable discrepancy in scores. Table 3 shows the actual scoring on surgery-hour variables per distinct practice style.

Table 4 presents the mean score on the attitude variables per distinct practice style. The table shows that the different practice styles unmistakably correspond with different views on control, on taking risks and on the medical-technical task of the general practitioner. There is less marked differentiation with regard to the doctor-patient and doctor-specialist relationships. General practitioners with an integrated practice style generally proved to have adequate general practice views. Doers were less decidedly in favour of sharing responsibility with patients and treating them as equals. More or less against expectations, the general practitioners with a *minimum+prescription* style proved to have a relatively positive pattern of attitudes. The *minimum+referral* style group differed markedly from this, particularly in views on taking risks, on the doctor-specialist relationship and on the task interpretation with regard to technical skills. The general practitioners in the group others proved to score about the mean on the attitude variables.

Discussion. Whether the constructed model is empirically tenable and feasible can be established only by further investigation and by its application, for instance in the context of peer group audits by general practitioners. In this stage there can be no question of testing the empirical tenability of the theoretical model, because it is based in part on the results of previous analyses of the same material; proper testing demands new data. However, the postulated correlation between prescription and referral behaviour, surgery-hour behaviour and attitudes is confirmed: the four constructed practice styles generally correspond well with differences in attitudes. This confirms the reality value of the model and is a clear indication of the theoretical relevance of the distinct practice styles.

Keywords: Family practice; Professional behavior.

Address of authors: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

Beschouwing

De operationalisatie van het werkstijlenmodel berust niet op absolute, maar op relatieve criteria (decielen). Wij preterenderen om die reden dan ook niet harde indelingscriteria aan te reiken, die zonder meer op elke huisarts toegepast kunnen worden. Ook is het model gebaseerd op een selectie van gedragskenmerken en de gegevens zijn afkomstig van een beperkt aantal huisartsen, die overigens op een aantal relevante achtergrondkenmerken redelijk representatief zijn voor de Nederlandse huisarts.¹⁷

In hoeverre het geconstrueerde model empirisch houdbaar en praktisch bruikbaar is, kan slechts blijken uit verder onderzoek en uit de toepassing ervan, bijvoorbeeld in het kader van onderlinge toetsing door huisartsen. De volgende conclusies hebben dan ook een voorlopig karakter.

We concluderen dat op basis van de beschikbare observatie- en ziekenfondsgegevens vier wezenlijk verschillende werkstijlen van huisartsen zijn te onderscheiden. Deze werkstijlen zijn in hun meest pregnante vorm te beschouwen als 'ideaal-typen';²⁰ in werkelijkheid komen zij zelden in uitgesproken vorm voor, zoals ook uit onze bevindingen blijkt. Wel blijkt uit de analyse van de gedragskenmerken, dat de meeste van de door ons onderzochte huisartsen een min of meer duidelijke overeenkomst vertoont met één van de vier onderscheiden werkstijlen. Van slechts twee huisartsen blijken de gegevens in tegenspraak met het geformuleerde model. Deze bevindingen rechtvaardigen het vermoeden dat het hier om vier reële, in de werkelijkheid verankerde werkstijlen gaat.

Van toetsing van het theoretische model op empirische houdbaarheid kan in dit stadium nog geen sprake zijn, aangezien het model mede is gebaseerd op de resultaten van eerdere analyses van hetzelfde materiaal. Toetsing vereist nieuwe gegevens. Wel wordt de veronderstelde samenhang tussen voorschrijf- en verwijsgedrag, spreekuurgedrag en attitudes bevestigd: de vier geconstrueerde werkstijlen sluiten in het algemeen goed aan bij verschillen in attitudes. Dit is een bevestiging van de realiteitswaarde van het model en een duidelijke indicatie voor de theoretische relevantie van de werkstijlen.

Duidelijk wordt dat de betekenis van voorschrijf- en verwijscijfers beoordeeld moet worden tegen de achtergrond van de werkstijl waarvan deze

deel uitmaken. Een laag verwijscijfer is bijvoorbeeld anders te waarderen, indien het deel uitmaakt van een *geïntegreerde* werkwijze, dan wanneer het deel uitmaakt van een *minimum+recept*-werkstijl of van de werkstijl van de *doener*.

Verder houdt het model een nuancing in van de betekenis van de Nijmeegse protocollen en de daarin geformuleerde normen.¹² Het verrichten van veel 'obligate' handelingen indiceert niet zonder meer een adequate werkwijze, maar kan ook duiden op een gewoonte om in het algemeen veel te doen en daarbij tamelijk ongericht te werk te gaan. Het domweg uitvoeren van handelingen, omdat die nu eenmaal in een protocol staan vermeld, doet echter geen recht aan de essentie van protocollen. Het gaat er vooral om, gericht en systematisch te werk te gaan, waardoor het proces van probleemverheldering duidelijk wordt opgebouwd.

Bijlage. De procedure voor de indeling van de huisartsen naar werkstijl

Om te beginnen was het nodig de scores op de verschillende variabelen waarop het model is gebaseerd, onderling vergelijkbaar te maken; daartoe zij alle scores ingedeeld in decielen. Score 1 (eerste deciel) wil zeggen, dat het desbetreffende kenmerk bij uitstek in positieve zin aanwezig is. Score 10 (laatste deciel) betekent, dat het kenmerk bij uitstek afwezig is.

Vervolgens is per huisarts berekend, hoever zijn feitelijke combinatie van scores afwijkt van elk van de 'ideale' combinaties die in *tabel 1* zijn aangegeven. Het gaat hierbij dus om de combinaties van scores op zes gedragskenmerken. De ideale combinatie voor de *geïntegreerde* werkstijl bijvoorbeeld is op elk kenmerk een score 1. De mogelijke afwijkingen bevinden zich tussen 0 (= perfecte overeenkomst) en 54 (= perfect afwijkend, zesmaal de maximale afwijking van negen punten). Op analoge wijze kan per huisarts de afwijking van de andere werkstijlen berekend worden.

In sommige gevallen heeft een gedragsvariabele geen inhoudelijke relevantie binnen het kader van een bepaalde werkstijl en telt hij om die reden niet mee in de scoring. Daar staat dan tegenover dat een andere, inhoudelijk zeer relevante variabele dubbel wordt geteld.

Vervolgens is elke huisarts ingedeeld

bij de werkstijl waarvan hij het minst ver verwijderd was. Hierbij geldt dat de afwijking niet meer dan 20 punten mocht bedragen, terwijl een typerend kenmerk niet geheel of gedeeltelijk mocht ontbreken.

¹ Boots JMJ. Het werk van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.

² Van Zutphen WM. De taken van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.

³ Van Staveren G. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1984.

⁴ Grol R, Van Eijk JThM, Mookink H, e.a. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. *Gezondheid en Samenleving* 1985; 6: 31-40.

⁵ Grol R, Tielens V, Mookink H. Attitude changes in the vocational training of general practitioners. *Med Educ* 1985; 60: 479-86.

⁶ Fransen A, Persoon J, Velings S. Verschillen in attitudes tussen medische studenten. *Med Contact* 1982; 32: 970-4.

⁷ Rezler A. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *Med Educ* 1974; 49: 1023-30.

⁸ Shuval J. From 'boy' to 'colleague': processes of role transformation in professional socialisation. *Soc Sci Med* 1975; 9: 413-20.

⁹ Fishbein M, Ajzen J. Beliefs, attitudes, intentions and behaviours. Reading, Mass.: Addison Wesley, 1975.

¹⁰ Seager C. Attitudinal aspects of medical competence. *Med Educ* 1981; 15: 407-13.

¹¹ Mookink HGA, Smits AJA, Grol RPTM. Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Ned Tijdschr Psych* 1982; 37: 35-50.

¹² Mesker-Niesten JJLM, Mookink HGA, Mesker PJR, e.a. Een protocollaire benadering van rugpijn. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26(suppl 7): 41-8.

¹³ Smits AJA, Mookink HGA, Grol RPTM, e.a. Spreekuurgedrag van huisartsen. De samenhang tussen medisch-technische en psychosociale aspecten. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 121-5.

¹⁴ Mookink H. Over het voorschrijfgedrag en verwijsgedrag van huisartsen [Eindrapport project 'Preventie van Somatische Fixatie', deel 2]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

¹⁵ Veling SHJ, Sturmans F. Standaardisering van morbiditeits- en mortaliteitscijfers en indices. *Tijdschr Soc Geneesk* 1981; 59: 271-8.

¹⁶ Op de Weegh PHM, Kersemakers FAM, Hutjes JM. Vaardigheidscurcus data-analyse: typologieconstructie. Nijmegen: ITS, 1982.

Vervolg literatuur op pag. 85.