Maastricht University

De taken van de huisarts : resultaten van een taakanalyse in 91 huisart[s]praktijken

Citation for published version (APA):

van Zutphen, W. M. (1984). *De taken van de huisarts : resultaten van een taakanalyse in 91 huisart[s]praktijken*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. https://doi.org/10.26481/dis.19841213wz

Document status and date:
Published: 01/01/1984

DOI:
10.26481/dis.19841213wz

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 19 Apr. 2024

De taken van de huisarts.

Resultaten van een taakanalyse in 91 huisartpraktijken.

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor in de geneeskunde aan de Rijksuniversteit Limburg te Maastricht op gezag van de Rector Magnificus Prof. Dr H.C. Hemker, volgens het besluit van het College van Dekanen in het openbaar te verdedigen op donderdag 13 december 1984 in de aula van de universiteit des namiddags om vier uur precies door

Wilhelmus Marinus van Zutphen

geboren te Utrecht

Promotores: Prof. Dr W. Brouwer
Prof. Dr H. Philipsen

Referenten Prof. Dr F.J.A. Huygen (Nijmegen)
Prof. Dr F.A. Vorst (Maastricht)

Tekstverwerking: I.Siegelaer-Gerardu

Omslag : H.W. van Zutphen

Druk : druk: reprografie

LHV = Landelijke Huisartsen Vereniging
KNMG = Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap
NHI = Nederlands Huisartsen Instituut
UUHI = Utrechts Universitair Huisartsen Instituut
GAK = Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GMD = Gemeenschappelijke Medische Dienst
DGD = Districts Geneeskundige Dienst
HRC = Huisartsen Registratie Commissie
HAO = Huisartsopleider
CB = Consultatie Bureau voor Zuigelingen en Kleuters
CBS = Centraal Bureau voor de Statistiek
GOR = Gedragsobservatie-registrator
PGO = Periodiek geneeskundig onderzoek
GVO = Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Inhoud.

	Afkortingen	III
	Voorwoord	VII
1.	**Inleiding.**	
1.1.	Voorgeschiedenis en aanleiding tot het onderzoek	1
1.2.	Vraagstelling van het onderzoek.	14
1.3.	De indeling van de rapportage.	15
2.	**De literatuurverkenning met betrekking tot de probleemstelling.**	17
2.1.	Inleiding.	17
2.2.	De taken van de huisarts.	17
2.3.	De omschrijving van de taken van de huisarts.	29
2.4.	De factoren, die met de taakuitoefening van de huisarts samenhangen.	32
3.	**De observatie-methode.**	37
3.1.	Inleiding.	37
3.2.1.	De theoretische uitgangspunten voor de methode van observatie.	37
3.2.2.	Vormen van observaties.	39
3.2.3.	Soorten van observatie instrumenten.	39
3 2.4.	De achtergrond voor het opstellen van een waarnemingssysteem, met name een categorieënsysteem.	40
3.2.5.	Selectie van waarnemingselementen om classificeren van het waargenomene mogelijk te maken.	41
3.3.1.	Het ontwerpen van een observatie-instrument	41
3.3.2.	Soorten van waarnemingselementen.	44
3.3.3.	Factoren, die de waarneming beïnvloeden.	45
3.3.4.	Methode van training.	46
3.3.5.	De invloed van de observator.	47

3.3.6.	De technische hulpmiddelen bij de observatie.	47
3.4.	De observatie-categorieën.	48
3.5.	De geldigheid en betrouwbaarheid van de taakmeting.	57
3.5.1.	De geldigheid.	57
3.5.2.	De betrouwbaarheid.	59
3.6.	De representativiteit van de observaties.	60
3.7.	De toepassing van het meetinstrument.	61
3.8.	Samenvatting.	62
4.	**De opzet en de uitvoering van het onderzoek.**	63
4.1.	Inleiding.	63
4.2.	De methode van onderzoek.	63
4.3.	De verzamelde gegevens.	63
4.4.	De wijze van gegevensverzameling.	65
4.5.	De observatiemethode.	66
4.6.	De meetinstrumenten.	67
4.6.1.	De observaties.	67
4.6.2.	De taakperceptie-meting.	71
4.7.	De steekproeven.	74
4.7.1.	"Kleine" steekproef.	74
4.7.2.	"Grote" steekproef.	75
4.7.3.	Representativiteit.	76
5.	**De beschrijving van de variabelen: meetresultaten.**	78
5.1.	Inleiding.	78
5.2.	De tijdvariabelen.	78
5.3.	De verklarende variabelen.	82
5.3.1.	Het verzamelen van gegevens.	
5.3.2.	Overzicht van de gemiddelde waarden en standaard-deviaties van de verklarende variabelen.	89

6.	**De taken van de huisarts.**	91
6.1.	Inleiding.	91
6.2.	De factoranalyse.	91
6.3.	Bespreking van de resultaten.	100
6.4.	De vergelijking tussen de zes factoren en het Basis-Takenpakket.	104
7.	**De regressie-analyse.**	107
7.1.	Inleiding.	107
7.2.	De regressie analyse.	107
7.3.	Resultaten van de regressie analyse.	109
7.3.1.	Variabele 1: de curatieve zorg.	109
7.3.2.	Variabele 2: samenwerking en onderwijs geven.	111
7.3.3.	Variabele 3: consultatie en nascholing.	113
7.3.4.	Variabele 4: secundaire preventie.	115
7.3.5.	Variabele 5: primaire preventie.	117
7.3.6.	Variabele 6: gespreksvoering	119
7.4.	Bespreking van de resultaten.	120
8.	**Samenvatting en bespreking van de resultaten.**	124
8.1.	Inleiding.	124
8.2.	Het observatie-instrument.	124
8.3.	De perceptiemeting.	125
8.4.	De aard en het karakter van het onderzoek en de beperkingen ervan.	126
8.5.	Bespreking van de resultaten.	127
Summary.		131
Literatuur		136
Bijlagen		145
Curriculum vitae		173

Voorwoord.

Door de sterke aandacht voor de plaats, de functie en de taken van de huisarts is er behoefte ontstaan aan cijfermatige onderbouwing van de functie van de huisarts in de gezondheidszorg. Die behoefte is de directe aanleiding geweest om aan de Rijks Universiteit Limburg in 1977 daar een onderzoek naar te doen. Dit proefschrift is voortgekomen uit het facultaire onderzoeksproject "Onderzoek functieanalyse huisartsen", dat onderleiding stond van Dr J. Boots van de capaciteitsgroep Medische Sociologie. In dit project was het mijn taak om er in de eerste plaats voor te zorgen, dat er een observatie instrument kwam om huisartsen in hun dagelijkse bezigheden te observeren en daarmee een tijdstudie uit te voeren. Toen ook een meting van de taakperceptie noodzakelijk bleek, heb ik in de tweede plaats meegewerkt aan het het ontwikkelen van een daarvoor geschikte vragenlijst. De uitvoering van het veldwerk en de gegevensverwerking is onze gezamelijke verantwoordelijkheid geweest. De door Boots voor zijn onderzoek geformuleerde doelstelling was het geven van een beschrijving van de rol van de huisarts in de gezondheidszorg aan de hand van de te meten tijdsbesteding aan de onderscheiden functies van de huisarts. Het resultaat daarvan heeft hij beschreven in zijn proefschrift: Het werk van de huisarts (Boots, 1983).
Het verzamelde gegevensmateriaal overziende werd mij in 1980 duidelijk, dat er nog een tweede analyse mogelijk was, namelijk gericht op de vraag welke taken de huisarts met zijn dagelijkse werkzaamheden feitelijk tracht te verullen. Van die analyse wordt in dit proefschrift verslag gedaan. Hoewel de onderzoekers dus in de analyse ieder huns weegs zijn gegaan, zijn beide onderzoeken nauw met elkaar verweven. De onderzoeksopzet is gelijk, dezelfde meet-instrumenten zijn gebruikt en er is ook gebruik gemaakt van nagenoeg de zelfde variabelen.

Dank ben ik verschuldigd aan:
Jan Boots voor de samenwerking en zijn hulp.
Prof. Dr W. Brouwer voor zijn hulp bij het tot stand brengen van een goede opbouw en leesbaarheid van het verslag.
Prof. Dr H. Philipsen voor zijn methodologische en praktische aanwijzingen.
Prof. Dr F. Huygen en Prof. Dr F. Vorst voor hun deskundig

commentaar, dat zij bovendien op korte termijn hebben willen leveren.
Henk Lebens en Michel Janssen voor hun assistentie bij het gebruik van de computer.
Ruud Halfens voor zijn aanwijzingen bij de factoranalyse.
Jacques Reiners voor zijn hulp bij de voorbereiding en de uitvoering van de schriftelijke enquête.
Mieke van de Loo voor het vele typewerk, het opmaken van de literatuurlijst en voor de morele steun, die ik van haar en van onze zoon Maurice mocht ontvangen. Zij delen geheel in de eer.
Ine Siegelaer die met het op tekstverwerker zetten van het manuscript heel wat te doorstaan heeft gehad.
Bep Köhlen, Marlies In de Braekt, Jimmy Tatipata en Marianne Bruijstens voor hun adviezen en hulp bij het verwerken van de tekst.
Marga Doyle voor alle secretariële hulp bij het project en de correctie van de summary.
Mijn broer Harry van Zutphen, die het omslag heeft gemaakt.
Ben Meerstad en de zijnen voor de correcte verzorging van het drukwerk.
Alle huisartsen, die aan dit project hebben meegewerkt en zich een week lang hebben laten observeren.
De observatoren voor hun inzet en volharding.
Allen, die op enigerlei wijze het onderzoek hebben mogelijk gemaakt.

Hoofdstuk 1. Inleiding.

1.1. Voorgeschiedenis en aanleiding tot het onderzoek.

Met het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) brak een nieuw tijdperk voor de huisartsgeneeskunde in Nederland aan. In deze nota maakte de overheid duidelijk dat ter beheersing van de kosten en ter verhoging van de doeltreffendheid van het systeem van de gezondheidszorg, een versterking van de eerste lijnsgezondheidszorg moest plaatsvinden.
Gedurende een periode van exponentiële groei van de specialistische geneeskunde enerzijds en van hoogconjunctuur anderzijds had men nauwelijks aandacht gehad voor de rol van de eerste lijn en van de huisartsen. Door de hoogconjunctuur had de huisarts in economisch opzicht overigens niet te klagen. Dankzij de commissie Van de Ven waren bij de verzekeraars en de overheid gunstige voorwaarden voor de honorering bedongen en verkregen. Jonge artsen pas van de collegebanken, konden hun loopbaan als huisarts beginnen met een honorarium volgens BBRA-schaal 151 max. De huisartsen waren trendvolgers geworden. Er was bovendien een relatief tekort aan huisartsen. Er waren ruime mogelijkheden om praktijken over te nemen. De hoge goodwillsommen en de dure woon- en praktijkhuizen vormden geen bezwaar. Door de grote financiële zekerheid waren de geldschieters bereid soms meer dan 100% te financieren.
Maar, zoals gezegd, de gezondheidszorg werd te duur, vooral door de onevenredige groei van de intramurale zorg, een proces dat ook na 1978 nog niet echt is omgebogen, zoals blijkt uit onderstaande tabel:

Kostenverhouding in percentages van de totale kosten binnen de gezondheidszorg.

	1963	1968	1973	1978	1982
Extramurale zorg	40	35	30	29	31
Intramurale zorg	45	55	62	65	64
Overige	15	10	8	6	5
	100	100	100	100	100

(ontleend aan gegevens van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Met betrekking tot 1978 e.v. ontleend aan het Financieel Overzicht).

De Structuurnota bracht in de eerste plaats ordening in de organisatorische situatie van de gezondheidszorg. De echelonering verenigde op logische wijze de bij elkaar horende disciplines tot functionele eenheden. In de tweede plaats zou het eerste echelon, waaronder de huisartsgeneeskunde valt, versterkt moeten worden. Het beleid werd gericht op thuiszorg en het minder doorverwijzen van patiënten naar de veel duurdere specialistische zorg. Hoe dit precies moest gebeuren was voorlopig nog onbekend. Er werd aan verschillende maatregelen gedacht, onder andere aan intensivering van de samenwerking en beschikbaar stellen van diagnostische faciliteiten aan de huisarts. Uiteraard betekende dit een taakverzwaring voor de huisarts, die toch al zo druk bezet was. De gemiddelde praktijkgrootte bedroeg in 1972 ruim 3000 zielen.
Daar kwam nog bij dat de toenmalige links-midden coalitieregering moeite had met de daarmee gepaard gaande hoge inkomens van de huisartsen, overigens ook met die van de specialisten. In politiek opzicht werden de hoge inkomens van de huisartsen een ongunstige factor geacht voor de ontwikkeling van de interdisciplinaire samenwerking in het eerste echelon. Immers in de beoogde samenwerkingsverbanden zou de huisarts degene zijn met het hoogste inkomen. Die ongelijkheid zou, voortvloeiende uit een politiek van spreiding van kennis inkomen en macht moeten verminderen ten gunste van de andere werkers. De betwisting van de financiële positie én de verwachte taakverzwaring veroorzaakten in de gelederen van de georganiseerde huisartsen een gevoel van malaise depressie en verlamming. Te weinig zag men de grote mogelijkheden die in feite geboden werden om, gesteund door de overheid, de centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg te specificeren. In de jaren 1972-1975 hebben betrekkelijk veel huisartsen de praktijk verlaten (NHI-rapport, 1977) deels om zich alsnog te specialiseren, maar vooral om sociaal-geneeskundige of ambtenaar-arts te worden. De toestand van verlamming, desillusie en onrust zijn als een crisis te beschouwen; evenwel een crisis van een ander karakter dan die in de vijftiger jaren. In de huidige situatie lijkt mij het vraagstuk van de identiteit van de

huisarts centraal te staan. De huisarts zal nu moeten laten zien op welke wijze hij bijvoorbeeld de medicalisering kan terugdringen en de thuiszorg kan bevorderen.
Laten we teruggaan naar de crisis in de vijftiger jaren om aan de hand van een schets van de historische ontwikkeling een inzicht te krijgen in de huidige problematiek. Na de tweede wereldoorlog begon al snel een ingrijpende technologische ontwikkeling in de geneeskunde en de gezondheidszorg op gang te komen. De zorg kon in technisch opzicht sterk worden verbeterd, zowel in diagnostische als in therapeutische zin. Het gevolg was dat vooral het aantal specialismen zich sterk heeft uitgebreid. Daarbij kwam dat de overheid en het particulier initiatief een aantal instanties hebben gecreëerd, die vooral in de stad de huisarts een deel van zijn werkzaamheden hebben afgenomen. Zo gingen de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Diensten (thans de Districts Geneeskundige Diensten) de eerste hulp bij verkeersongevallen overnemen. De zorg voor schoolkinderen en voor werkenden in bedrijven kwam in handen van school-, respectievelijk bedrijfsartsen. Hiertegen ontstonden individuele, vaak emotionele uitingen van onbehagen en agressie. De zuigkracht, die er van de specialistische geneeskunde uitging, had tot gevolg, dat de huisarts zich als een verkeersagent voelde tegenover een stroom van verwijzingen naar de specialisten.
Door de ontdekking van de chemotherapeutica en de antibiotica waren de infectieziekten inmiddels goed behandelbaar geworden. Dit feit en de uitgebreidere preventieve zorg voor het kind hebben een aantal sterfte-oorzaken teruggedrongen. Het aantal oudere mensen nam onder andere hierdoor relatief en absoluut toe en de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt van jaar tot jaar. Parallel hieraan verschoof het zwaartepunt van de aangeboden pathologie gaandeweg naar de oudere bevolkingsgroepen en daarmee naar de slijtage- en ouderdomskwalen (degeneratieve aandoeningen, tumoren, chronische ziekten, invaliditeit).
Sinds de oorlog is mede als gevolg van de invoering van het ziekenfondssysteem, waardoor het grootste deel van de bevolking lid was geworden van het ziekenfonds, het aantal aan de huisarts aangeboden aandoeningen fors gestegen. De consultatiefrequentie nam toe, vooral voor ziekten veroorzaakt door aspecifieke factoren. Zo stelde Ruhe (1957) in zijn praktijk vast, dat in de loop der jaren tussen 1938 en

1954 het aantal ter behandeling gekomen aandoeningen vrijwel verdubbelde en dat het aantal consulten op het spreekuur verdrievoudigde. Er vond een accentverschuiving plaats van somatische naar psychische en milieuproblematiek en van de klassieke ernstig zieke patiënt naar de in geringe mate zieke of quasi gezonde "onaangepaste" mens met gezins-, arbeids- en levensproblematiek. De medische problematiek raakte meer en meer gecompliceerd door psychosociale dimensies (Hornstra, 1950).
Door die accentverschuiving in zijn werk zag de huisarts zich geplaatst tegenover een problematiek, waartegen hij zich machteloos voelde. Hij was er niet voor opgeleid om deze problematiek te verwerken. Zo ontbrak het hem aan voldoende en adequate gespreks- en onderzoekstechniek en aan methodieken voor behandeling. Hij had bovendien onvoldoende kennis ten aanzien van de invloeden van het milieu op de gezondheid en had weinig ervaring en vaardigheden om samen te werken met het maatschappelijk werk en sociaal-medische instanties. Het was onvermijdelijk dat de huisarts zich in deze omstandigheden onzeker ging voelen. Er heerste defaitisme ten aanzien van status en toekomst. Enerzijds werden taken overgenomen door anderen, zoals specialisten en medisch(ambtelijke) instanties en kreeg hij anderzijds taken toegeschoven waar hij onvoldoende deskundigheid voor bezat. Hij raakt in een concurrentiële crisis; een crisis, waarbij vooral de waardering van zijn hulpverlening en zijn medische status als huisarts in het geding was.
Buma (1959) zag als belangrijkste factor voor het welslagen van een poging tot herstel van de status het zelfbewustzijn van de huisarts. Dat zelfbewustzijn zou systematisch moeten worden hersteld door kritisch onderzoek naar zijn functies en taken, alsmede door een degelijke technische onderbouwing daarvan.
"Er zal een einde moeten komen aan de toestand waarbij de huisarts de voetveeg is van velen en zijn arbeidsterrein de vergaarbak waarheen datgene wordt afgeschoven waarmee de maatschappij geen raad weet". (Buma, 1959, p. 40).
Dat zou bereikt moeten worden door de verantwoordelijkheden van de huisarts en de wijze waarop hij hieraan vorm en inhoud zal geven, vast te leggen in een functie- en taakomschrijving.
Dat is gebeurd op de zg. Woudschoten-conferentie op 23 en 24 januari 1959, nadat in 1956 eerst het Nederlandse Huis-

artsen Genootschap was opgericht De fundamentele doelstelling van dit genootschap is het op een hoger niveau brengen van de huisartsgeneeskunde door middel van studie, onderzoek en nascholing.
De op de Woudschoten-conferentie geformuleerde en nog steeds geldig geachte omschrijving van de functie van de huisarts luidt:
"Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet de funktie van de huisarts als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Het ziet die zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief)" (Woudschotenrapport, 1959).

De uit deze functie-omschrijving voortvloeiende strikt medische taken van de huisarts zijn als volgt omschreven: (Woudschotenrapport pag. 1 en 2).

1. Eerste hulp, ook voor psychische traumata.
2. Somatisch onderzoek.
3. Psychisch en sociaal onderzoek, waarbij de beheersing van goede gespreks- en anamnese-techniek essentiëel is.
4. Registratie en beheer van alle medische gegevens.
5. Differentiatie van patiënten in twee groepen, namelijk in een groep, waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep, die afzonderlijk behandeling vraagt door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek.
6. Behandelen van wat voor hem behandelbaar is.
7. Ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan.
8. In overleg met behandelende en adviserende medische specialisten en andere deskundigen opstellen van een nazorgplan en zorg voor de uitvoering daarvan.
9. Integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband.
10. Bijdragen tot preventie.

11. Bijdragen aan de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
12. Blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

Aan de hand van deze onderscheiden deeltaken moest een beleid voor de bevordering van huisartsgeneeskunde worden opgesteld. Dat beleid ging zich richten op de volgende zaken. (Woudschotenrapport, pag. 2 en 3).

- Het ontwikkelen van gesprekstechniek, intercollegiaal en in de arts-patiënt relatie.
- Studie van persoonlijkheidsstructuren.
  Studie van milieu-invloeden op de mens.
- Studie van veranderingen in het maatschappijbeeld.
- Studie van de eigen mogelijkheden en grenzen van de huisartsgeneeskunde.
- Het bewaken van hetgeen voor de huisarts behouden moet blijven.
- Voorlichting over spoedeisende gevallen in de huisartspraktijk.
- Het ontwikkelen van een efficiënte praktijkvoering en een uniforme registratie techniek van medische gegevens.
- Het invoeren van afspraakspreekuren.
- Het opzetten van een systeem van nascholing.
- Studie naar de konsekwenties van de gedeelde verantwoordelijkheid in de patiëntenzorg met de specialisten en andere deskundigen.
- Het bevorderen van de centrale plaats van de huisarts in de zorg om de patiënt; de huisarts als coördinator.
- Bestudering van de positie van de huisarts in de algemene preventie en de mogelijkheden van nazorg.

De samenbundeling van krachten die aanleiding heeft gegeven tot de oprichting van het NHG en tot het houden van de Woudschoten-conferentie heeft Buma als een réveil gekarakteriseerd. Dit réveil kreeg gestalte in de bovengenoemde beleidsvoornemens en heeft in de zestiger jaren aan de huisartsgeneeskunde ongetwijfeld een impuls gegeven. Het NHG begon aandacht te besteden aan praktijkvoering, praktijkinrichting (o.a. binnenhuisarchitectuur voor de praktijkruimte), registratiesystemen (groene kaart, zwangerschapskaart, kaart voor pilcontrôle), instrumentarium, in-

houd van visite- en verlostas, laboratorium, sterilisatie van instrumenten, etc.
Men ging werken met speciaal opgeleide doktersassistentes (Ten Cate, 1963), waarvoor in 1970 zelfs een normatieve taakomschrijving is geformuleerd. De efficiency in de praktijkvoering werd bestudeerd en middelen ter verhoging ervan werden aangedragen. (Saan, 1967). Er kwamen afspraakspreekuren en beter georganiseerde weekeind- en avonddienstregelingen. Een verdere uitbouw van deze op rationalisatie gerichte activiteiten werd op professionele basis overgenomen en voortgezet door het NHI dat in 1964 is opgericht; een duidelijke stap naar een professionele fundering van de huisartsgeneeskunde. Als voorbeeld hiervan kunnen worden genoemd de voorlichtingscursussen voor aanstaande huisartsen en de Beroepsopleiding met de oprichting van de Huisarts Registratie Commissie in 1973, naar analogie van de specialistenopleiding.
De nascholing kwam tot ontwikkeling. De gesprekstechniek werd ter hand genomen en er kwamen Balintgroepen. Er werden op landelijk niveau (in samenwerking met de Boerhaave Stichting en de Van Hoytema Stichting) en op regionaal niveau (naar het model van de Warffum-cursussen) nascholingsactiviteiten georganiseerd. Er werd een begin gemaakt met de academische fundering van de huisartsgeneeskunde. die zijn bezegeling heeft gekregen in de oprichting van leerstoelen aan de universiteiten.
Niet alleen in weekeinddiensten werd de samenwerking bevorderd. Men stimuleerde de ontwikkeling naar groepspraktijken en vooral naar gezondheidscentra, waaraan de overheid steun gaf met een subsidieregeling. Daarmee is ook een aanzet gegeven tot interdisciplinaire samenwerking met het maatschappelijk werk, de wijkverpleging en in sommige gevallen met psychologen.
Ook het onderzoek door huisartsen werd geëntameerd. Vanuit de doelstelling: "het bewaken van hetgeen voor de huisarts behouden moet blijven" en "de positie van de huisarts in de algemene preventie en nazorg" is vooral het werk van Van Den Dool (1970) te noemen, die daarmee de grondslag heeft gelegd voor het toepassen van anticipatie en surveillance. Een voorbeeld van een studie naar de konsekwenties van de gedeelde verantwoordelijkheid van de patiëntenzorg met de specialisten en andere deskundigen is het werk van De Melker (1973). Belangrijke voorbeelden van onderzoeken naar

morbiditeit en epidemiologie zijn die van Oliemans (1969) en Smit (1974).
Ruwweg zou men kunnen zeggen, dat de activiteiten en de onderzoeken, niet zonder succes overigens, gericht waren op rationalisatie (de huisarts moest sneller en efficiënter kunnen werken) en toepassing van nieuwe vormen van zorgverlening (anticipatie en surveillance (Van Den Dool), vóór- en nazorg (De Melker), electrocardiografie (De Beus, 1969), samenwerking, etc.).
Op deze wijze heeft men zeker met succes de crisis van de huisarts kunnen bestrijden in een gezondheidszorg, waar het particulier initiatief de boventoon voerde en waar tegenover de overheid een liberale en betrekkelijk passieve houding aannam.
Totdat, en dan zijn we weer op ons beginpunt, diezelfde overheid zich gesteld zag tegenover een steeds duurder wordend stelsel van gezondheidszorg en onder andere daarom de Structuurnota (1974) uitbracht. (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974).
Reeds is vermeld, dat de huisarts toch al druk bezet is, hetgeen samenhangt met de relatief grote praktijken en met het verschijnsel dat in de loop der jaren een groter aantal aandoeningen bij de huisarts ter behandeling wordt aangeboden (Hornstra, 1950; Van Deen, 1952; Hogerzeil, 1954; Ruhe, 1957; Dopheide, 1982; Van Vliet en Van de Ven, 1982).
Het voornemen de eerste lijnsgezondheidszorg te versterken, deed daarom in kringen van KNMG, LHV en NHG al snel de noodzaak gevoelen zich opnieuw op de functie en de taken van de huisarts te beraden. Er werden studiecommissies ingesteld, die conceptrapporten en nota's over de taken van de huisarts naar buiten hebben gebracht. (LHV: Commissie Takenpakket: "Blauwdruk", 1975, KNMG: Commissie Eerste Echelon: "De plaats van de medicus in het eerste echelon", 1976; NHG: Commissie Wetenschappelijk Onderzoek: "Hoe helpt de dokter?", 1975). Vanuit de beroepsopleiding kwam men met een omschrijving van de taken in de "Kenmerken van de huisarts" (Utrechts Universitair Huisartsen Instituut, 1975).
De door het LHV-bestuur aan de leden voorgestelde "Blauwdruk" van de taken van de huisarts omvatte eigenlijk een beleidsvoorstel, dat het hoofd moest bieden aan de te verwachten taakverzwaring vanuit de Structuurnota. Die voornemens behelsden:
- bescherming van de pluriforme beroepsuitoefening;

- het bevorderen van samenwerking in het eerste echelon;
- daling van de rekennormpraktijk met daar aan gekoppeld een maximering van het aantal in te schrijven verzekerden per huisarts.

Dat maximum moest dalen al naar gelang de normpraktijk verder zou dalen. Op grond daarvan zou een vestigingsbeleid worden gevoerd. Om te zorgen, dat de verbreding en de verdieping van het werk van de huisarts metterdaad effect zou krijgen, werd intercollegiale toetsing nodig geacht. Na het verschijnen van de taakomschrijving in het rapport: "De Taken van de Huisarts" (LHV, 1977) kwam er een "Nieuwe Blauwdruk" (LHV, 1977). De toetsing werd aangemerkt als één van de middelen om de individuele zorg voor de kwaliteit gestalte te geven. Als andere middelen werden beschouwd de opleiding, de nascholing en de samenwerking. Deze mening werd gebaseerd op het feit, dat er nog geen duidelijk en volledig onderzoeksmodel was om de kwaliteit van het werk van de huisarts te toetsen.

Men probeerde de weerstand tegen toetsing weg te nemen door de toetsing te laten plaatsvinden op het onderdeel technisch en organisatorisch functioneren. De toetsing moest bovendien geschieden op vrijwillige basis, bijvoorbeeld in waarneemgroepen. Het vestigingsbeleid werd concreter uitgewerkt. De "Nieuwe Blauwdruk" leek daarmee wat realistischer en meer aangepast aan wat bereikbaar leek. Toch is de door het LHV-bestuur voorgestelde "Blauwdruk" nooit aanvaard, omdat er geen overeenstemming over te verkrijgen was met de achterban.

In de taakrapporten werd op de (brede) taakstelling van de Woudschoten-conferentie niet afgedongen. Alleen de KNMG-commissie "Eerste Echelon" vond dat de huisarts bepaalde activiteiten, bestempeld als oneigenlijke taken, zou moeten afstoten in geval er andere werkers of instellingen in de eerste lijn aanwezig zijn, die die taken beter dan de (huis)arts kunnen verrichten. Tot die taken behoren onder andere het verrichten van keuringen en contrôles en de groepspreventie, zoals het leiden van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Tegen de term oneigenlijke taken werden vele protesten geuit, niet in de laatste plaats, omdat sommige huisartsen vreesden, dat met name het afstoten van een keurings- en contrôlepraktijk voor hun een gevoelige daling van inkomsten zou gaan betekenen.

De taakstellingen uit het KNMG- (1976) en het LHV-rapport

(1977) zijn de grondslag geweest voor de operationalisering van het in dit onderzoek gebruikte en nog nader te beschrijven systeem van observatie categorieën als meetinstrument voor de taakuitoefening. De KNMG-commissie kwam tot de volgende taakstelling

Hoofdtaken:
- diagnostiek
- therapie
- individuele preventie
- samenwerken met andere disciplines
- medische coördinatie
- advisering bij werkhervatting
- selectie en verwijzing
- signalering
- medisch sociaal functioneren
- praktijkorganisatie en registratie
- nascholing
- intercollegiale toetsing

Facultatieve taken:
- behandeling en begeleiding van lichte, chronische psychiatrische patiënten
- groepspreventie (C.B.'s voor zuigelingen, portioscreening, e.d.)
- opleiding voor aankomende huisartsen
- uitgebreide diagnostiek (E.C.G.'s, audiometrie, e.d.)

Oneigenlijke taken:
- behandeling van ernstige psychosociale problematiek
- het oplossen van strikt sociale problemen
- het verrichten van partussen in een te gering aantal
- het verlenen van hulp bij straatongevallen
- groepspreventie indien hiervoor andere deskundigen aanwezig zijn
- het verrichten van keuringen

De LHV-commissie kon zoals gezegd, het standpunt ten aanzien van de oneigenlijke taken niet delen. In het LHV-rapport "De taken van de huisarts" (LHV, 1977) wordt daarom zeer gespecificeerd opgesomd wat de huisarts in ieder geval als hoofdtaken moet verrichten en wat hij zou kunnen doen als de mogelijkheden hem daartoe in staat stellen, daarbij uiting gevend aan de opvatting, dat de huisarts de vrijheid tot pluriforme praktijkuitoefening zou moeten behouden.

Volgens het LHV-rapport zijn de hoofdtaken:
- diagnostiek
- therapie
- kwaliteitsbewaking
- individuele preventie en anticiperende geneeskunde
- samenwerkend functioneren
- verwijzing, coördinatie en werkadviezen
- organisatie, registratie en signalering

Tot de facultatieve taken behoren:
- de verloskunde
- het meewerken aan de beroepsopleiding tot huisarts

Niet alleen de oneigenlijke taken vormen het verschil tussen de rapporten. Het KNMG-rapport formuleert bovendien de voor die taakuitoefening noodzakelijke structurele verhoudingen tussen het eerste, tweede en derde echelon en levert daarmee een beleidsplan dat gericht is op de versterking van het eerste echelon en de afstemming en integratie van de verschillende sectoren van de gezondheidszorg.
Ondertussen was in 1978 een theoretische fundering onder de taakstelling tot stand gekomen, welke onder andere door Van Aalderen in zijn oratie was aangegeven (Van Aalderen, 1974) en uitgewerkt is in het NHG-rapport: "Methodisch werken" (NHG, 1978).
Dit rapport was eigenlijk een vervolg op het interimrapport: "Hoe helpt de dokter" (NHG, 1975).
De doelstelling van het methodisch werken is de volgende: **Huisarts en Wetenschap**, 21, p. 323, 1978.
- openstaan voor alle vragen om hulp. De vragen worden samen met de patiënt verhelderd om te beoordelen welke deskundigheid voor de hulpverlening geboden is;
- samen met de patiënt een keuze maken uit de mogelijkheden voor hulp en dienovereenkomstig handelen, hetzij zelfstandig dan wel in samenwerking met anderen.

Mogelijk dat die samenwerking met anderen een verlichting kan geven van het werk van de huisarts.
Een verdere verlichting zou moeten komen van de praktijkverkleining.

Uit het methodisch werken blijkt een democratiseringstendens. De patiënt wordt duidelijk in het hulpverleningsproces betrokken. Deze tendens heeft zich voortgezet in de

LHV-functieomschrijving, welke in november 1981 door de ledenvergadering is aanvaard. We hebben dus niet meer te doen met een definitie maar met een formeel geaccepteerde, uitgewerkt omschrijving (LHV, 1981).
De bedoelde tendens komt tot uiting in het volgende citaat uit de functieomschrijving: "De functie van de huisarts is gericht op het helpen van mensen bij het maken van keuzen - en bij de realisering daarvan - ter bevordering of instandhouding van hun welbevinden en optimaal functioneren, lichamelijk, geestelijk en sociaal. Als zodanig draagt de functie bij aan de doelstelling van de gezondheidszorg als geheel" (LHV, 1981, Medisch Contact, nr. 48, p. 1471, 1981).
Uit deze functieomschrijving volgde een jaar later een nieuw "Basis-takenpakket" (LHV, 1982).
Dit basis-takenpakket heeft een normatief karakter en geeft in meer dan honderd taken aan wat de huisarts behoort te doen, zowel op medisch-technisch terrein (curatief, preventief en begeleidend) als ook op het gebied van samenwerking met andere disciplines, het methodisch werken en het betrekken van de patiënt in het behandelingsproces. Het is een pakket van taken waarop "elke in Nederland praktizerende huisarts aanspreekbaar is" (LHV, 1982, Medisch Contact, 37, nr. 4, p. 1596, 1982).
In de basisfunctieomschrijving en in het basistakenpakket is de in 1959 op de Woudschoten-conferentie naar voren gebrachte visie op de functie en de taken van de huisarts volledig aanwezig, aangevuld met het beginsel van de gelijkwaardigheid en mondigheid van de patiënt.

Samenvattende beschouwing:

Het voorgaande omvat een globaal overzicht van een periode van ruim dertig jaar huisartsgeneeskunde. In het begin van de vijftiger jaren besefte de huisarts, dat zijn taken langzaam maar zeker werden uitgehold en zag hij zich geplaatst tegenover een probleemaanbod waar hij zich machteloos tegen voelde. Het réveil heeft hem uit die concurrentiecrisis geholpen. Dankzij rationalisatie (praktijkvoering, werkorganisatie), scholing in gesprekstechniek (Balintbeweging), ontwikkeling van nascholing, de beroepsopleiding na het basis-arts examen en de oprichting van de Huisartsen Registratie Commissie heeft de huisarts zich ge-

professionaliseerd.
Dit professionaliseringsproces is een aangelegenheid geweest, die zich toch grotendeels binnen de beroepsgroep heeft afgespeeld. Dit naar binnen gerichte professionaliseringsproces is misschien beter te karakteriseren als een vorm van emancipatie. Het zelfbewustzijn van de huisarts is er zeker mee verhoogd en het gevoel van malaise, defaitisme en agressiviteit verminderde.
Een eigen identiteit heeft de huisarts er naar mijn mening niet mee gekregen. Op individuele uitzonderingen na hebben de huisartsen tot nog toe onvoldoende laten zien tot wat voor specifieke hulpverlening zij in staat zijn. Het feit, dat de taakstelling tot op dit moment nog steeds gebaseerd is op visies en ideële uitgangspunten speelt daar een belangrijke rol bij. Dat gebrek aan identiteit liet zich in de vijftiger en zestiger jaren nog maar weinig voelen. De intramurale zorg bleef relatief en absoluut groeien. Er bleef, in samenhang met de hoogconjuntuur, zuigkracht uitgaan van de op zijn minst in technisch opzicht beter lijkende specialistische zorg. Men had de handen vol met te bewaken wat voor de huisarts behouden moest blijven.
Maar toen men de kosten van de gezondheidszorg te hoog vond worden en in 1974-1975 een periode van laagconjunctuur aanbrak werd de rol van de huisarts belangrijk in het beleid van de overheid. Daarmee kreeg de huisarts vrij plotseling nieuwe kansen om zijn taakstelling inhoud en richting te geven. Dat is een fundamenteel verschil met de situatie in de vijftiger en zestiger jaren. Doch rationalisatie, nieuwe toepassingen en nieuwe visies zijn mijns inziens ontoereikend om de nu geboden kansen uit te buiten. De huisarts zou zich daarmee alsmaar nieuwe taken, een steeds groter wordende werklast en nog meer verantwoordelijkheden op de hals halen (Huygen, 1978). De voormalige concurrentiestrijd heeft plaats gemaakt voor de noodzaak aan te tonen, dat men werkelijk de zorg levert, waartoe de huisarts bij uitstek in staat is. Men zal moeten laten zien, dat het methodisch werken het risico van de medicalisering kan doen verminderen of dat waar nodig een goede thuiszorg geboden kan worden.
Het gaat er om nu relevante aandachtspunten voor zorg te kiezen en er voor te zorgen dat het functioneren van de huisarts daar mede op wordt afgestemd. Het lijkt mij dat er in plaats van een alomvattende taakomschrijving meer be-

hoefte is aan een takenpakket dat zich juist kenmerkt door beperking en explicitering van voor de huisarts functionele aandachtspunten in de hulpverlening.
Buma (1959) heeft gewezen op de noodzaak om door middel van onderzoek tot een meer empirische onderbouwing van de functie en de taken van de huisarts te komen. Ik denk dat deze visie juist is. Daarmee verkrijgt men inzicht in de feitelijke omvang van de taken, de verhouding en de afstemming tussen de taken onderling, de knelpunten in het functioneren en welke factoren met de taakuitoefening samenhangen. Dat biedt mogelijkheden voor een haalbare specificering in het functioneren en houvast in de selectie van wat verder uitgebouwd verdiept of aangevuld zou kunnen worden en waarin men zich zou kunnen beperken om aan nieuwe situaties of behoeften het hoofd te bieden. Tevens krijgt men zicht op mogelijke gedragskenmerken in het functioneren ten aanzien van bepaalde taken.
Helaas is aan het verrichten van empirisch taakanalytisch onderzoek nog weinig aandacht besteed (Lamberts, 1982). Er zijn op dit gebied wel degelijk onderzoeken uitgevoerd, met name door Van Deen (1952), Hogerzeil (1954), Buma (1949, 1952, 1959), Ruhe (1957), Van der Wielen (1960), Jansen-Emmer (1958), Oliemans (1969), Raupp (1971), doch op uitzonderingen na (onder andere Van der Wielen Buma Raupp) werden ze in éénmanspraktijken verricht met bovendien uiteenlopende probleemstellingen.

1.2. Vraagstelling van het onderzoek.

In de voorgaande beschouwing is de behoefte aan empirische gegevens ten aanzien van de taakuitoefening van huisartsen aangegeven. Hieruit is de volgende vraagstelling voor dit onderzoek ontstaan:

1. Welke taakdimensies zijn er af te leiden uit de activiteiten, die huisartsen dagelijks verrichten, met andere woorden: op welke taken is het werk van de huisarts feitelijk gericht?
2. In hoeverre hangen verschillen in taakuitoefening samen met kenmerken van de werksituatie, de werkwijze en de persoon van de huisarts?

Vanuit deze vraagstellingen willen wij met het onderhavige observatie-onderzoek een empirische exploratie verrichten

naar de doelen, die de huisarts met zijn handelen tracht te bereiken of, met andere woorden, naar de feitelijke taakstructuur, die achter het handelen van de huisarts schuilgaat. Daarmee onderscheidt dit onderzoek zich van de in Nederland reeds ondernomen praktijkanalytische onderzoeken. De andere onderzoeken o.a. **Buma** (1959), **Van der Wielen** (1960), **Jansen-Emmer** (1958), **Raupp** (1971), **Boots** (1983), waren meer gericht op de betekenis van de huisarts voor de gezondheidszorg of op de doeltreffendheid van die zorg. Het onderzoek van **Boots** (1983) en het onderhavige hebben een gemeenschappelijke oorsprong. In nauwe samenwerking hebben Boots en ik een observatie-onderzoek in 93 huisartspraktijken en een taakperceptiemeting opgezet en uitgevoerd. Het daaruit voortgekomen gegevensbestand is vervolgens door ieder van ons met verschillende probleemstelling geanalyseerd. Op deze wijze zijn door beide onderzoekers verschillende facetten van één gezamenlijk verricht onderzoek belicht. Het onderzoek van **Boots** (1983) betreft een functieanalyse met het doel, de plaats, die de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg inneemt empirisch te beschrijven. De werkzaamheden van de huisarts werden daartoe schematisch ingedeeld in zes functies en geoperationaliseerd in direct waarneembare activiteiten. De indeling vond plaats aan de hand van het normatieve taken-pakket van de huisarts, beschreven door commissies van (huis-)artsen op verschillende momenten in de ontwikkeling van het huisartsenberoep en met verschillende doeleinden. Boots heeft een kwantitatieve bepaling van de rol van de huisarts in de gezondheidszorg bereikt door langs empirische weg te meten hoe qua tijdsbesteding de zes onderscheiden functies zich ten opzichte van elkaar verhouden. Mijn onderzoek is gericht op een exploratie van de taakdimensies in het werk van de huisarts en het verklaren van verschillen in taakuitoefening met als doel een bijdrage te leveren aan het vergroten van het inzicht in de structuur en het functioneren van wat ondanks alles nog steeds als een centraal deel van onze gezondheidszorg wordt gezien, namelijk de huisartsgeneeskunde.

1.3. De indeling van de rapportage.

Na deze inleiding en de beschrijving van de vraagstelling volgt in het hiernakomende hoofdstuk een rapportage van de literatuurverkenning, die in relatie tot de vraagstellingen

is verricht. In hoofdstuk 3 wordt de observatiemethode in het onderzoek uiteengezet. In het bijzonder wordt daarbij aandacht besteed aan het systeem van observatiecategorieën. In hoofdstuk 4 worden de opzet en de uitvoering van het onderzoek beschreven. Daarna volgt in hoofdstuk 5 de beschrijving van de gemeten variabelen. In hoofdstuk 6 staan de resultaten van de eerste vraagstellingen vermeld. In hoofdstuk 7 wordt het onderzoek naar de verschillen in taakuitoefening beschreven. In hoofdstuk 8 volgt tenslotte een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en een bespreking van de betekenis, die aan de resultaten kan worden toegekend.
Uit oogpunt van volledigheid van opbouw van deze rapportage en om het de lezer gemakkelijker te maken, heb ik gemeend, ook al omdat het een resultaat van gezamelijk werk betreft, om in hoofdstuk 4 en 5 de beschrijving van de opzet en de uitvoering van het onderzoek èn van de variabelen en de meetresultaten te moeten herhalen in plaats van simpelweg te verwijzen naar het proefschrift van Boots. Voor de beschrijving van de gegevensverzameling (4.4) heb ik daarom vrijwel letterlijk de paragrafen 3.2. en 3.4.(pp. 42, 43, 46) van Boots overgenomen.
In 4.5. wordt de keuze van de methode van observatie besproken (pp. 48-50 van Boots). In de paragrafen 4.6. en 4.7. geef ik een beschrijving van de uitvoering van de observaties, de taakperceptiemeting en het samenstellen en controleren van de steekproeven. Deze beschrijving is ontleend aan de paragrafen 4.4 en 4.5. van Boots (pp. 53-63).
In hoofdstuk 5 komen de opzet van de taakperceptiemeting, de meetresultaten ervan en de constructie van de variabelen: taakbreedte diagnostisch en therapeutisch niveau, bereidheid tot samenwerken en tijd/voorzieningen aan de orde. De beschrijving hiervan komt overeen met de tekst van paragraaf 5.3. van Boots (pp. 70-74).

Hoofdstuk 2. De literatuurverkenning met betrekking tot de probleemstelling.

2.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de literatuurverkenning in relatie tot de vraagstellingen.
De daarvoor relevante literatuur is schematisch als volgt in te delen:

1. Praktijkonderzoeken naar de taakuitoefening van de huisarts.
2. De omschrijving van de taken van de huisarts vanuit en door de beroepsgroep van huisartsen.
3. Onderzoeken, gericht op factoren, die met de taakuitoefening van de huisarts samenhangen.

De hierboven vermelde rubrieken 1 en 2 zijn van belang voor de eerste vraagstelling en worden behandeld in paragraaf 2.2. en 2.3. De derde rubriek heeft betrekking op de tweede vraagstelling en komt aan de orde in paragraaf 2.4.

2.2. De taken van de huisarts.

Voor het literatuuroverzicht met betrekking tot de eerste vraagstelling is gebruik gemaakt van de volgende studies: **Van Deen** (1952); **Hogerzeil** (1954); **Ruhe** (1957); **Jansen-Emmer** (1958); **Buma** (1959); **Van der Wielen** (1960); **Bremer** en **Van Westreenen** (1964); **Oosterhuis** (1972); **Raupp** (1971); **Bremer** (1978); **Boots** (1983).
Ten aanzien van de Nederlandse situatie zijn deze onderzoeken als de belangrijkste informatiebronnen te beschouwen.

Het werk van **Van Deen** (1952) betreft een arbeidsanalyse in zijn plattelandspraktijk over een periode van drie maanden. Het doel was de hoeveelheid en de soort arbeid die aan de verschillende patiëntengroepen werd verleend, te bepalen. Daarvoor was het nodig alle werkzaamheden, die in de praktijk voorkomen te inventariseren. De auteur heeft daarbij gebruik gemaakt van de methode van de tijd- en bewegingsstudie, zoals die in het bedrijfsleven door arbeidsanalisten wordt gebruikt. Behalve zijn werkzaamheden heeft hij ook de gediagnostiseerde aandoeningen geregistreerd, alsmede een aantal gegevens en kenmerken van de behandelde patiënten.

Belangrijk voor ons is dat de werkzaamheden c.q. verrichtingen in 63 categorieën zijn ingedeeld; 32 daarvan kwamen vaak of zeer geregeld voor. Deze categorieën verwijzen naar de volgende taken:

- diagnostiek	anamnese, lichamelijk onderzoek, eigen laboratoriumonderzoek
- behandeling	medicatie (via eigen apotheek), therapeutische ingrepen en handelingen, psychotherapeutisch gesprek
- verwijzen naar specialisten	brieven schrijven aan specialist, consultatie, e.d.
- verloskundige hulp en preventie	zwangerschapscontrôle, hulp bij partus, controle van het kraambed, vaccinaties
- eerste hulp	wondbehandeling

Daarnaast zijn werkzaamheden onderscheiden en geregistreerd, die betrekking hebben op de praktijkvoering, zoals:
- apotheekwerkzaamheden
- opruimen van de spreekkamer
- het rijden van visites en houden van spreekuur
- administratie

Aanvankelijk lag het in de bedoeling om ook in andere praktijken gegevens te verzamelen ter vergelijking en aanvulling. Het uitwerken van de eigen gegevens bleek echter zo tijdrovend, dat daarvan moest worden afgezien. De resultaten hebben betrekking op één praktijk en zijn dus niet algemeen geldend.
Toch geven deze resultaten een indicatie van de taken van de huisarts, zonder dat in de bespreking van de resultaten aan een expliciete taakindeling gerefereerd wordt. De resultaten zijn meer gespecificeerd in:
- omvang van verrichtingen naar categorie van patiënten: ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten;
- noodzakelijkheid van de verrichting;
- wat door hulpkrachten gedaan had kunnen worden;
- morbiditeit;
- factoren, die een goede verzorging van de patiënt bevorderen of belemmeren.

Verder is interessant dat voor het vastleggen van de ver-

richtingen van de arts gebruik is gemaakt van een tijdstudiemethode. De tijden zijn opgenomen met een horloge of een chronometer. Alles werd genoteerd, zoals het in werkelijkheid is gebeurd en door de onderzoeker zelf. Voor Van Deen zag een gemiddelde werkdag er als volgt uit:
Totaal aantal werkuren 11.5, die als volgt konden worden onderverdeeld:

- voor het verzorgen van 2080 patiënten	9.4 uur
- op peil houden van vakkennis, medische vergaderingen, etc.	1.4 uur
- preventief werk	0.3 uur
- keuringen en contrôles	0.4 uur
	11.5 uur

In de 9.4 uur patiëntenzorg zat een vaste post van 3.2 uur voor administratie, opruimen van de spreekkamer, etc. (Van Deen werkte zonder assistente), zodat er eigenlijk 6.2 uur besteed werd aan directe patiëntenzorg. Van Deen schatte, dat een praktijkassistente een gedeelte van het werk zou kunnen overnemen, overeenkomend met 2.3 uur per dag.
Het aantal verrichtingen per werkdag bedroeg gemiddeld voor 2080 patiënten:
- 18.9 consulten
- 20.3 visites
- 8.5 verrichtingen buiten aanwezigheid van de patiënt (laboratorium, apotheek, etc.)

16.2% van de tijd voor alle verrichtingen werd besteed aan zogenaamde buitentijdse verrichtingen (navisites, e.d.).

Hogerzeil (1954) deed ook een studie in de eigen praktijk. Het doel was hier inzicht te verschaffen in de resultaten, die de huisarts in zijn praktijk bereikt naar aanleiding van de klacht van de patiënt, de diagnose van de arts en de therapie van hen beiden.
Van de patiënten werden een aantal sociologische kenmerken, zoals beroep of beroep van het gezinshoofd, godsdienst, stabiliteit etc. verzameld, maar in de beschrijving van de resultaten wordt hier niet meer op teruggekomen en komt alleen de man-vrouw verhouding en het onderscheid tussen fonds en niet-fonds ter sprake. De resultaten hebben betrekking op een onderzoeksduur van drie maanden. Uit die periode wordt het aantal verrichtingen vermeld evenals het

aantal ziektegevallen, ingedeeld volgens een eigen symptoom-diagnose stelsel. Evenals bij Van Deen treffen we daarnaast een diagnostisch overzicht aan volgens de 17 hoofdgroepen uit de z.g. Internationale Lijst. Voorts worden de resultaten van de therapie en de soort en het aantal verrichtingen beschreven in relatie tot het ontwikkelde stelsel van symptoomdiagnosen.
Hogerziel heeft getracht een werkmethode te ontwikkelen ter verwerking van het klachtenaanbod en de hulpverlening.
Uit de verrichtingen zijn geen aanwijzingen af te leiden voor een taakindeling van de huisarts.

Ruhe (1957) deed een onderzoek in de eigen praktijk. Het leek hem de moeite waard, na een ongeveer twintigjarige werkzaamheid als huisarts in steeds dezelfde praktijk, aan de hand van de gegevens uit die praktijk na te gaan, wat er in die periode zoal veranderd was. Hij maakte een vergelijking tussen de jaren 1938 en 1954. De patiënten werden ingedeeld naar godsdienst, beroep, financiële relatie tot de huisarts en milieu waarin ze leefden, hetgeen mogelijk was omdat de schrijver vanaf zijn eerste dag van vestiging dagelijks in een journaal nauwkeurig aantekening placht te houden van alle verrichte medische arbeid. Van elke patiënt die hij zag, hetzij thuis, hetzij op het spreekuur werden de naam en verdere antecedenten genoteerd, alsmede de klachten, de gevonden afwijkingen met vermelding van diagnose, therapie en resultaat van de behandeling. Van elke bevalling werd een kort verslag gemaakt. Er was een afzonderlijke lijst voor geboortes en sterfgevallen.
Uit het patiëntenbestand werd een selectie gemaakt op grond van de woonplaats, omdat voor de oorlog gepraktiseerd werd in vijf gemeenten en na de oorlog in twee. Vervolgens werden die patiënten ingedeeld naar godsdienst en beroep. Zo kwam ten aanzien van de "curatieve geneeskunst" een vergelijking tot stand van de medische verrichtingen vóór en na de oorlog. Daaruit kwam naar voren, dat het aantal mensen, dat de huisarts in een jaar tijd niet raadpleegde na de oorlog bijna gehalveerd was en het aantal ter behandeling gekomen aandoening zich verdubbeld had. Vooral de "lichte" aandoeningen waren toegenomen. Het aantal verwijzingen naar de specialist was vervierVoudigd. Onder invloed van de maatschappelijke veranderingen bleek de behoefte aan geneeskundige verzorging sterk toegenomen. In samenhang hier-

mee noemt de auteur onder andere het feit, dat voor de oorlog minder dan 20% van de patiënten uit deze praktijk lid waren van het ziekenfonds en na de oorlog 72%, hetgeen overeenkwam met het landelijk gemiddelde. Ten aanzien van de verloskundige zorg was de grootste verandering te constateren. Voor de oorlog was de taak van de huisarts vooral geconcentreerd op curatieve hulp bij de partus en het uitvoeren van kunstingrepen, zoals versie en extractie, forceps e.d., na de oorlog was het accent komen te liggen op de vóórzorg, de begeleiding van de zwangerschap en werd hoogstens nog een uitgangstang toegepast. Ook deze verschuiving is door medisch-maatschappelijke veranderingen tot stand gebracht. De ontplooiing van de kruisverenigingen heeft hieraan zeker bijgedragen.
Hoewel dit onderzoek betrekking heeft op de curatieve zorg van de huisarts in één enkele praktijk, komen toch aanwijzingen naar voren wat betreft de verschuivingen in de taak van de huisarts. De huisarts kreeg een groter aanbod van aandoeningen en vooral een andersoortige pathologie ter behandeling. Hij is patiënten vaker naar specialisten gaan verwijzen en zijn aandeel in de verloskundige zorg heeft een duidelijke preventieve dimensie er bij gekregen.

Jansen-Emmer (1958) deed een observatie-onderzoek in vier huisartspraktijken in Amsterdam. De vier huisartsen werden tijdens het spreekuur geobserveerd. In tegenstelling tot het onderzoek van Van Deen (1952), die zich zelf observeerde, is het onderzoek van mevrouw Jansen een voorbeeld van een niet-participerende observatie. Op de verschillende vormen van observatie-onderzoek zal nog worden teruggekomen in hoofdstuk 3. Het onderzoek is echter geen tijdstudie. Van elk arts-patiënt contact op het spreekuur werd op een speciaal daarvoor ontworpen kaart genoteerd: de datum, de duur, de ernst, het aspect van de klacht of de aandoening, de diagnose en de therapie, alsmede de verwijzingen en de opnemingen in het ziekenhuis. Verder konden bij elk van de huisartsen de kaartsystemen worden ingezien. Het doel van het onderzoek was om:

- van een zeker patiëntenmateriaal (uit verschillende Amsterdamse wijken) een indruk te krijgen omtrent het geestelijk, lichamelijk en maatschappelijk welbevinden.

- een indruk te krijgen van de omvang en de aard van de arbeid van de huisarts in die situaties, met andere woorden een inzicht te verkrijgen in de wijze waarop enkele huisartsen zich van deze taak kweten.

De eerste praktijk is precies een jaar lang geobserveerd, de tweede en derde drie maanden en de vierde een half jaar. Wat de gegevensverzameling betreft komt het onderzoek overeen met dat van Buma (1962), die een inventarisatie maakte van zijn huisartspraktijk in Ridderkerk in de jaren 1947 en 1950, en ook met dat van Van Deen (1952) en Ruhe (1957). In de resultaten gaat het vooral om aantallen verrichtingen (consulten, visites) per dag en verder het gemiddeld aantal uitgeschreven recepten, het gemiddeld aantal aandoeningen en verrichtingen in relatie tot enkele maatschappelijke factoren (woonsituatie, e.a.) de sexe, de leeftijdopbouw, het beroep en de gezinsgrootte. Zij vond, dat de helft van de "normale" gezinnen kampte met problemen van psychische en/of sociale aard. De huisarts heeft dan ook in de helft van de gevallen te maken met psychosociale problematiek. Interessant is haar opvatting over de taak van de huisarts terzake. De huisarts zal die psychosociale achtergrond moeten herkennen. Hij zal daar inzicht in moeten krijgen, ondanks het feit dat er voor psychosociale moeilijkheden veelal geen afdoende therapie geboden kan worden. Dat is niet zo erg, vindt zij, omdat de meeste mensen in die omstandigheden tot een modus vivendi komen. Ze erkent, dat bijvoorbeeld marginalen marginaal blijven. Ook al zou de situatie veranderd worden, dan komt er toch weer wat anders voor in de plaats. Naar haar mening behoeft op dit gebied de werkzaamheid van de huisarts niet verder te gaan dan een goede kennis van de mogelijkheden voor hulp, die er buiten de medische sfeer bestaan. Het verkrijgen van die goede kennis is een kwestie van opleiding, waaraan het echter haars inziens ontbreekt. Daar komt nog bij dat door het grote, gemiddelde aantal verrichtingen per dag (50 à 60 per dag bij een gemiddelde praktijkgrootte van rond de 3500-4000 zielen) de huisarts onvoldoende in de pschosociale problemen van zijn patiënten kan doordringen en hij niet toekomt aan een behoorlijke samenwerking met andere disciplines. Hij heeft er de tijd niet voor!

Deze studie werpt dus een licht op de sterk toegenomen psychosociale problematiek bij de huisarts en houdt een voorstel in tot taakdeling: de herkenning van deze problematiek

is een taak van de huisarts, voor eventuele behandeling en begeleiding moet verwezen worden naar en samengewerkt worden met andere disciplines.

Een ander belangrijk observatie-onderzoek is ondernomen door **Buma** (1959). Hij observeerde in de tweede helft van 1958, telkens gedurende één etmaal en zoveel mogelijk tijdens "normale" werkdagen, alle verrichtingen van een tiental huisartsen met behulp van een daartoe bestemd formulier. Het doel was drieërlei:

- "het verkrijgen van een globaal inzicht in de aard en de omvang der vraagstellingen, zoals deze zich aan de huisarts presenteren (morbiditeitsonderzoek);
- het verkrijgen van een indruk over het totaal van taken van allen die met de behandelde ziektegevallen te maken hebben, door middel van een systematisch gesprek met de betrokken huisarts over elk zich presenterend ziektegeval (taakanalyse);
- het vastleggen van het aandeel in dit totale taakgebied, dat voor rekening van de huisarts komt". (...)

Uit het aantal en de aard van de patiëntencontacten komt de schrijver tot een beschouwing van en een brede visie op de mogelijkheden voor zorgverlening, welke de huisarts, maar vooral de huisartsen als groep, als collectief te midden van de werkers in de gezondheidszorg, geboden worden. Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek zijn de functie- en de taakomschrijving van de Woudschoten-conferentie in 1959 geformuleerd. De functie-omschrijving en de strikt medische taken van de huisarts (twaalf in getal) zijn reeds besproken in hoofdstuk 1.

De studie van **Van der Wielen** (1960) is een groots opgezet observatie-onderzoek in een aselecte steekproef van 268 huisartsen, gecombineerd met een enquête naar de werkomstandigheden van die huisartsen. Alle 268 huisartsen zijn ieder door één van de vier geïnstructeerde arts-enquêteurs gedurende twee dagen geobserveerd. Er werden daarbij in totaal 19815 arts-patiënt contacten geregistreerd. Het doel was het bepalen van de doeltreffendheid van de door de huisarts geleverde gezondheidszorg. Het accent lag dus op een meting van de kwaliteit. Het huisartsenwerk werd onderscheiden in:

- curatieve zorg, en
- voorzorg (preventie).

De curatieve zorg werd onderverdeeld in anamnese (onderzoek), therapie en verwijzing, waarbij elk van deze categorieën weer een grove onderverdeling kreeg. De preventie werd voornamelijk onderscheiden naar prenatale zorg, de zorg voor zuigelingen en de vaccinaties.
Een empirische beschrijving van de taken van de huisarts leverde het onderzoek niet op. Bij de bestudering van de gevonden motieven voor het arts-patiënt contact, zowel die van de patiënt als die van de huisarts, viel het in dit onderzoek op, dat "in verhouding tot het curatieve werk de preventieve verrichtingen geen belangrijke plaats innamen". Zij werden in aantal voorbijgestreefd door de verwijzingen naar de specialist of door de herhalingsrecepten" (op. cit. p. 101). Ook hier dus een aanwijzing dat de huisarts zich voornamelijk bezig houdt met curatieve zorg.
Tijdgebrek is het belangrijkste knelpunt voor de kwaliteit, in casu de doeltreffendheid van de zorg. Er is te weinig tijd voor het arts-patiënt contact. Dit zou verbeterd kunnen worden door een efficiëntere praktijkorganisatie (afspraakspreekuren o.a.) en kleinere praktijken van 2000 zielen.

Bremer en **Van Westreenen** (1964) deden een onderzoek in hun eigen praktijken; een plattelands- en een stadspraktijk. Zij analyseerden 2630 arts-patiënt contacten. De werkzaamheden werden naar frequentie van voorkomen in een tevoren bepaalde periode geregistreerd. Het was niet goed mogelijk in het kader van dit onderzoek de factor tijd in te voeren. Meer dan 80% van de contacten vond plaats om curatieve redenen. Het aantal curatieve contacten was bijna vijfmaal zo groot als het aantal preventieve. De preventieve contacten vonden vooral plaats met kinderen tot ongeveer zes jaar. Naarmate de leeftijd van de patiënten toenam, nam het aantal preventieve contacten af: kinderen 43,8%, volwassenen 10,3%, bejaarden 1,1%. Door de te verwachten toeneming van de urbanisatie en de trend, dat de zuigelingen- en kleutercontrôle meer in de ambtelijke sfeer zullen komen te liggen, verwachten de schrijvers dat die preventietaak in de toekomst voor de huisarts nog kleiner zal worden.
Wat de behandeling betreft werd in 40% van de contacten een geneesmiddel voorgeschreven. Bejaarden kregen in meer dan

de helft van de gevallen een medicament. Deskundige medisch-farmaceutische voorlichting aan de huisarts is daarom noodzakelijk. Betrekkelijk vaak blijkt de huisarts aan zijn patiënten adviezen te verstrekken. Het vraagstuk van de geboorteregeling is daarbij zeer belangrijk. De huisarts moet in staat zijn alle nodige adviezen op het gebied van de geboorteregeling te kunnen geven. De onderzoekers verwachten dat deze taak in de toekomst aan belang zal winnen.
Een zeer belangrijke taak van de huisarts is het verwijzen. In dit onderzoek kwam verwijzen in 7,5% van de contacten voor. Bij dat verwijzen moet de huisarts een goede selectie maken en hij moet het besluit goed motiveren.
Verder viel op dat bij tal van werkzaamheden het "spreken", de gespreksvoering een grote plaats inneemt. Met die werkzaamheden tracht de huisarts uiteindelijk de volgende doelen te bereiken: diagnosestelling, behandeling, verwijzen, begeleiding en preventie.

Oosterhuis (1972) beschrijft een willekeurige dag uit zijn huisartspraktijk en geeft daarbij aan welke rollen hij voor zijn patiënten vervulde. Hij komt tot acht rollen: genees-, heel- en verloskundige, medisch psycholoog, maatschappelijk werker, surveillant van risicodragenden, administrateur en archivaris, coördinator van medische bemoeienissen, gezinstherapeut en pastor.
Uiteraard weerspiegelt dit beeld sterk de persoonlijke instelling van deze huisarts, maar desondanks kunnen we ook uit dit beeld taakdimensies afleiden. Uit de rol van genees-, heel-, en verloskundige is zonder meer diagnostiek, behandeling, verwijzen en uiteraard de prenatale en verloskundige zorg af te leiden. Uit de beschreven casuïstiek is daar aan toe te voegen: gezinsplanning c.q. geboorteregeling en kleutercontrôle. Voorts: surveillance, secundaire en tertiaire preventie van risicopatiënten en chronisch zieken.
Ook hier is gespreksvoering met als oogmerk informatie verstrekking en therapie zeer duidelijk als doel herkenbaar.
Uit het coördinatorschap voor medische bemoeienissen blijkt een functioneren en een taakvervulling zoals De Melker (1973, 1975) beschrijft van de huisarts ten aanzien van zijn in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Oosterhuis geeft echter zelf al aan dat ziekenhuisbezoek er bij inschiet als hij meer dan 10 visites per dag heeft en dat

kwam nogal eens voor. Tegelijk geeft hij aan dat de bijscholing in de ziekenhuizen ook op drukke dagen toch bezocht wordt. Daarmee èn met het ontvangen van artsenbezoekers en door kennis te nemen van farmaceutische reclames geeft Oosterhuis er expliciet blijk van, dat nascholing een doelstelling is in zijn (de) werkzaamheden als huisarts.

Bremer (1978) beschrijft in navolging van Oosterhuis ook een willekeurige dag in zijn praktijk, maar volgt een ander stramien. Bij hem staat de vraag centraal: Welke factoren en overwegingen zijn van belang bij de ontmoeting met de individuele patiënt? Daarom is het moeilijk om uit deze beschrijving expliciete taken af te leiden.
Het komt er op neer dat het nog om dezelfde taken gaat als in 1964 (Bremer en Van Westreenen, 1964). Toch krijgen bepaalde zaken een accent. Zo constateert hij dat voor de huisarts "oude gegevens" betreffende de patiënt van veel belang zijn voor het beleid. Dit wijst er op dat het opstellen van een probleemlijst en het nauwgezet vastleggen van gegevens van patiënten een belangrijke taak van de huisarts is.
Wat hem verder frappeerde was dat medisch-maatschappelijke ontwikkelingen veel meer invloed op het werk van de huisarts hebben dan zuiver medisch-technische. Zo zijn ongeveer 20% van zijn arts-patiënt contacten bedoeld voor geboorteregeling en gezinsplanning, (volgens het onderzoek van Oliemans en De Waard, I.M.O. 1969, zou in 1969 8,3% van alle verrichtingen in deze categorie vallen), maar door de daling van het aantal geboortes en doordat meer vrouwen klinisch willen bevallen is de omvang van de verloskundige taak afgenomen. Daarentegen zijn door uitbreiding van de laboratoriummogelijkheden de diagnostische mogelijkheden vergroot. Door allerlei, vaak onduidelijke oorzaken is het aantal huisbezoeken sterk gedaald.
Het geven van onderwijs, in dit geval aan een stagiaire van een opleiding tot doktersassistente, wordt in deze praktijk als taak genoemd.

Het onderzoek van **Raupp** (1971) had vooral ten doel verschillen in werkwijzen of in werkpatronen, die er bestaan tussen huisartsen, te beschrijven met behulp van factoren, die rechtstreeks betrekking hebben op de huisarts en op zijn praktijk. Het onderzoek is uitgevoerd onder 200 in

Zuid-Limburg bij het ziekenfonds Zuid-Limburg (ZZL) aangesloten huisartsen. Naast een aantal persoonskenmerken van de huisartsen werden gegevens geïnventariseerd met betrekking tot de wijze waarop de patiëntencontacten geregeld waren, de wijze waarop een aantal gezondheidszorgtaken inhoudelijk en naar frequentie van voorkomen werden uitgevoerd (pilcontrôles, pre- en perinataal onderzoek, enz.), de frequentie en de tijdsbesteding van verrichtingen, die nodig waren voor de praktijkvoering (laboratoriumwerk, administratie, overleg met specialisten, e.d.). Ook werden de instelling en de tevredenheid van de huisarts ten aanzien van zijn werk gemeten.
Uit de resultaten komen een achttal werkwijzen naar voren. Het onderzoek levert voor ons geen aanwijzingen op omtrent het feitelijke takenpakket van de huisarts. Van belang is wel, en dat vooral voor onze tweede vraagstelling, dat de variantie in de werkwijze voor 50% bleek samen te hangen met de volgende variabelen:

- de praktijkgrootte
- de afstand tot het ziekenhuis
- de nascholing van de huisarts
- de beroepsbeleving van de huisarts (factor II)
- de leeftijd van de huisarts

Het onderzoek van **Boots** (1983) heeft dezelfde oorsprong als het onderhavige. De gezamenlijke basis wat betreft opzet en uitvoering, komt nog uitvoerig aan de orde in het volgende hoofdstuk. Het doel was hier een beschrijving te geven van de functies, die de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg vervult en na te gaan in hoeverre verschillen in functie-uitoefening te verklaren zijn vanuit de taakopvatting van de huisarts, de persoonskenmerken van de huisarts en de structuur van de gezondheidszorg. Gekozen werd voor een schematische aanduiding van de functies. Als observatiecategorieën voor deze functies werden 43 activiteiten gespecificeerd. Met behulp van dit systeem van observatiecategorieën is in een gestratificeerde steekproef van 93 huisartspraktijken een tijdstudie uitgevoerd gedurende 4 à 5 halve dagen in één week per praktijk. Met deze schematische functie-indeling werd een beeld verkregen van de verdeling van de tijdsbesteding naar de verschillende functies. Bijna 40% van de tijd werd besteed aan curatieve zorg en ruim 11% van de tijd namen de functies "begeleiding" en "preventie"

in beslag. Het gemiddeld aantal verwijzingen per 100 consulten bedroeg 9,9.
De verschillen in tijdsbesteding aan "diagnostiek", "therapie" en "kondities" konden voor ruim 30% verklaard worden, waarbij vooral de factor: het gemiddeld patiëntenaanbod van betekenis bleek. Een groter gemiddeld patiëntenaanbod hing samen met een kleiner aantal verwijzingen. Naarmate de praktijkomvang toenam, werd een groter aantal patiënten per uur aangetroffen.
Meer praktijkervaring van de huisarts ging samen met meer "begeleiding" en minder verwijzingen.
Werd een hoger diagnostisch en therapeutisch niveau van werken nagestreefd dan steeg de aandacht voor preventie en daalde het aantal verwijzingen.
Huisartsen, die vinden, dat ze veel gebruik maken van de aanwezige voorzieningen in de gezondheidszorg, bleken veel tijd aan diagnostiek te besteden.
De opvatting over de taakbreedte speelde slechts een interveniërende rol. Huisartsen met een relatief brede taakopvatting waren minder afhankelijk van de omstandigheden waaronder zij hun werk moesten uitoefenen, ze streefden een lager niveau van somatische diagnostiek en therapie na, waardoor ze relatief meer tijd beschikbaar kregen voor "begeleiding".

Samenvatting.

Het onderzoek van **Van Deen** (1952) en van **Boots** (1983) zijn echte tijdstudies, gericht op het werk van de huisarts.
Verdere grote observatie-onderzoeken zijn die van **Jansen-Emmer** (1958), **Buma** (1959), **Van der Wielen** (1960). Deze hebben plaatsgevonden in meerdere praktijken. Het onderzoek van mevrouw Jansen betrof vooral verrichtingen, dat van Buma had betrekking op de bij de huisarts aangeboden morbiditeit, van waaruit de mogelijkheden en de betekenis van de zorgverlening door de huisarts nader werden bezien. Het onderzoek van Van der Wielen betrof voornamelijk de kwaliteit van de hulpverlening van de huisarts in termen van doeltreffendheid.
De onderzoeken van **Ruhe** (1957), **Bremer** en **Van Westreenen** (1964), **Oosterhuis** (1972), **Bremer** (1978) vonden plaats in de eigen praktijken en waren gericht op verrichtingen. Bremer en Van Westreenen koppelden daaraan een beschouwing

over de mogelijke ontwikkelingen in de toekomst.
Raupp (1971) deed een enquête- onderzoek naar de werkwijze van huisartsen. Boots (1983) gaf een beeld van de relatieve tijdsbesteding van de functies van de huisarts aan de hand van een schematische functie-indeling.
Uit al deze empirische beschrijvingen komt de volgende structuur in het werk van de huisarts naar voren:

- diagnostiek, therapie, verwijzen naar specialisten, kortweg de intercurrent-curatieve zorg;
- de preventie, als primaire vorm ten aanzien van geboorteregeling, gezinsplanning, zuigelingen- en kleuterzorg, verloskundige zorg;
- preventie, als secundaire c.q. tertiaire vorm als nazorg en follow-up, als surveillance en begeleiding voor risicodragenden en chronisch zieken;
- praktijkmanagement, registratie, archivering;
- informatieverstrekking aan de patiënt zelf of aan familieleden, c.q. gespreksvoering;
- coördinatie van zorg, samenwerking in overleg met andere hulpverleners;
- nascholing;
- het geven van onderwijs;
- contrôles en keuringen.

2.3. De omschrijving van de taken van de huisarts.

In hoofdstuk 1 is reeds gememoreerd, dat een basisfunctie-omschrijving in november 1981 door de LHV-ledenvergadering werd aanvaard. Uit deze basisfunctie-omschrijving volgde een jaar later een nieuw "Basis Takenpakket" (LHV, 1982). Dit Basis Taken Pakket dient voor de volgende doeleinden:

- Een visie op huisartsgeneeskunde en het zichtbaar maken van de bijdrage van de huisarts aan de gezondheidszorg.
- Een formulering van de taken, waarop de Nederlandse huisarts ten minste aanspreekbaar is.
- De opleiding, de nascholing, de toetsing en het wetenschappelijk onderzoek.
- Een voorwaardenscheppend beleid ten behoeve van ondermeer taakafbakening, honorering en normering van de praktijkgrootte.

Het uitwerken van deze doeleinden naar taken werd door de

Commissie Takenpakket niet rechtstreeks mogelijk geacht. Op basis van het "Methodisch Werken" werden daarom de verschillende stappen uit het hulpverleningsproces van de huisarts geplaatst in een model. Om alle facetten van het werk van de huisarts aan de orde te laten komen werd daarnaast voor andere ingangen gekozen, namelijk:

- de hulp aan bepaalde categorieën van patiënten;
- het benoemen van voorwaardenscheppende of ondersteunende taken, die de huisarts helpen bij zijn functioneren als hulpverlener;
- taken vanwege de overheid.

Het gevolg van deze werkwijze is, dat bepaalde taken, zoals de preventie, niet als aparte ingang, maar onder de verschillende hoofdstukken van het takenpakket worden genoemd. Op basis van het gekozen model en van de benadering langs de andere ingangen zijn de basis-taken van de huisarts door de LHV als volgt schematisch gerangschikt in de volgende hoofdcategorieën:

A. **Taken, afgeleid van het hulpverleningsproces.**

1. Entree-taken: hieronder wordt verstaan dat de huisarts al het nodige doet om open te staan voor alle vragen om hulp, zijn hulpaanbod af te stemmen op de behoeften van de individuele patiënt en daarbij samen te werken met andere hulpverleners.
2. Diagnostische taken, bestaande uit:
   - de vraag- en klachtverheldering
   - het opstellen van werkhypothesen
3. Taken ten aanzien van het handelingsplan, omvattende:
   - het afwijzen van de hulpvraag
   - afwachten
   - het adviseren van zelfzorg
   - het geven van voorlichting en adviezen
   - de medicamentueze therapie
   - het verrichten van ingrepen
   - het gesprek
   - de consultatie en de verwijzing
   - de begeleiding
4. Terugkoppelingstaken, deze omvatten:
   - het kritisch bezien van de werkhypothese en de ingestelde behandeling tegen het licht van het beloop van de aandoening, en
   - het zo nodig aanpassen daarvan

B. Taken, afgeleid van bepaalde categorieën van patiënten.
   1. Zwangeren en pasgeborenen
   2. Zuigelingen, kleuters en jeugdigen
   3. Beroepsbevolking
   4. Bejaarden
   5. Stervenden
   6. Rouwenden
   7. Patiënten met een chronische ziekte
   8. Patiënten, die acute hulp behoeven

C. Ondersteunende taken.
   1. Het ontwikkelen en op peil brengen van kennis, vaardigheden en attitude
   2. Samenwerking met andere hulpverleners
   3. Praktijkorganisatie
   4. Medische en financiële organisatie
   5. Praktijkuitrusting

D. Overige taken.
   1. Taken vanwege de overheid:
      - overlijdensverklaringen, aangifte van besmettelijke ziekten, e.d.
      - bloedproeven, etc.
   2. Signaleren van gezondheidsbeïnvloedende factoren
   3. Taken ten aanzien van de beroepsorganisatie:
      - actieve deelneming aan activiteiten
      - bestuursfuncties, e.d.
   4. Taken ten aanzien van de beroepsopleiding tot huisarts.

In het basis-takenpakket is de meest recente visie op de functie van de huisarts verwerkt. De 21 hoofdcategorieën van taken zijn onderverdeeld in 216 taken, waarin nauwkeurig gepreciseerd is wat de huisarts behoort te doen. Dit omvangrijke rapport "Basis Takenpakket" kan als zodanig "....een rol spelen bij de honorering. In het modelcontract tussen huisarts en ziekenfonds zou het kunnen worden opgenomen, met dien verstande, dat het basis-takkenpakket tenminste de aard en omvang van de huisartsenhulp aangeeft" (LHV, 1982, Basis Takenpakket, p. 5).

Wat de schematische indeling van de hoofdcategorieën van taken betreft, lijkt deze de taakstructuur, die uit de in de vorige paragraaf gerefereerde praktijkanalyses naar voren komt, nabij te komen. De indeling uit het basis-takenpakket is echter toch omvangrijker, met name wat betreft het afwijzen van de hulpvraag, het afwachten en het adviseren van zelfzorg, de taken ten aanzien van de beroepsbevolking en een aantal categorieën onder "overige taken", zoals bijvoorbeeld het signaleren van gezondheidsbeïnvloedende factoren. Uit de praktijkanalytische onderzoeken komen deze taken minder of niet duidelijk naar voren. Dat kan te maken hebben met het feit, dat deze taken in een lage frequentie voorkomen, of ad hoc worden verricht. Het is begrijpelijk, dat men voor deze activiteiten toch een plaats heeft ingeruimd in een basis-takenpakket, dat bedoeld is om te worden ingezet in de discussie omtrent de bijdrage van de huisartsgeneeskunde aan de gezonhdeidszorg.

2.4. De factoren, die met de taakuitoefening van de huisarts samenhangen.

In het literatuuroverzicht in paragraaf 2.2. zijn onderzoeken ter sprake gekomen, waarin melding gemaakt wordt van factoren, die een samenhang vertonen met de taakvervulling van de huisarts.
Allereerst wordt tijdgebrek, c.q. grote werklast genoemd (Jansen-Emmer, 1958; Van der Wielen, 1960; Huygen, 1965; Oosterhuis, 1972; Boots, 1983). Tijdgebrek hangt nauw samen met de praktijkgrootte. In een grote praktijk worden meer verrichtingen gedaan (Aulbers et al., 1971). Dit maakt, dat niet of onvoldoende aan zaken toegekomen kan worden, die men zou willen doen of die zouden moeten gebeuren, zowel op het gebied van de curatieve zorg, als de preventie, de begeleiding, de nascholing, e.d. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat artsen die over veel tijd beschikken een andere verdeling in de taakuitoefening laten zien.
De urbanisatiegraad, c.q. de plaats waar gepraktiseerd wordt heeft invloed op verschillende facetten. Van der Wielen (1960) vond, dat de doeltreffendheid van de door de huisartsen verleende gezondheidszorg groter was als de praktijk gelegen was in een gebied dat overwegend valt te typeren als agrarisch platteland. In de grote stad ziet de huisarts zijn patiënten vaker op het spreekuur. Op het

platteland legt de huisarts meer huisbezoeken af (Bremer en Van Westreenen, 1964; Aulbers et al., 1971; Richardson et al., 1973). In de grote stad is de afstand tot het ziekenhuis kleiner, hetgeen de werkwijze van de huisarts kan beïnvloeden, onder andere tot uiting komend in een groter aantal verwijzingen Raupp, 1971; Collaris, 1980). In de steden heeft de huisarts bovendien te maken met concurrentie van medische, ambtelijke instanties, die bijvoorbeeld de zuigelingen- en kleuterzorg naar zich toe trekken (Bremer en Van Westreenen, 1964).
De aanwezigheid en beschikbaarheid van diagnostische faciliteiten kan bijdragen tot een verdieping van de diagnostiek van de huisarts en een betere dienstverlening aan patiënten (Prins, 1976). Als dat gepaard gaat met de mogelijkheid van consultatie kan dat van ondersteunende betekenis zijn voor bijvoorbeeld de zorg voor bejaarden (Willemse, 1981; Brouwer, 1982).
Niet alleen de praktijkgrootte, ook de praktijkvorm kan van betekenis zijn. Solopraktijken blijken een hoger verwijscijfer te vertonen (Crebolder, 1977; Collaris, 1980; Van Duuren en Hupkens, 1981).
De demografische kenmerken van de praktijkbevolking (leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en dergelijke) kunnen verschillen in de zorg en daarmee in de verrichtingen en de taakuitoefening verklaren (o.a. Ruhe, 1957). Zo vinden preventieve contacten vooral plaats met kinderen tot zes jaar en nemen die contacten af naarmate de leeftijd van de patiënten toeneemt (Bremer en Van Westreenen, 1964; Aulbers et al., 1971; Richardson et al., 1973). Bejaarden hebben een hogere consultfrequentie (Schach, Brecht, Schwarz, 1983) en worden vaker thuis bezocht (Aulbers et al., 1971; Knox et al., 1984; Morrell et al., 1970).
Voor bejaarden worden ook meer medicamenten voorgeschreven (Bremer en Van Westreenen, 1964). Veel jonge gezinnen in de praktijk betekent relatief meer curatieve zorg (kinderziekten, ongevallen in huis), meer geboorteregeling, verloskundige zorg (Bremer en Van Westreenen, 1964; Bremer, 1978), of begeleiding bij psychosociale problematiek (Gozin, 1980; Moll van Charante, 1978; Huygen, 1968, 1970).
Ook de verhouding tussen het aantal ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden is van betekenis voor het aantal verrichtingen. Ziekenfondsleden consulteren de huisarts vaker (Aulbers et al., 1971; Van de Ven et al., 1980; Van

Vliet en Van de Ven, 1982). Voor ziekenfondspatiënten wordt meer curatief werk verricht, aan particulier verzekerden wordt meer preventieve zorg verleend. Ziekenfondsverzekerden worden vaker verwezen dan particulier-verzekerden (Van de Ven et al., 1980; Rop et al., 1979).

Huisartsen blijken nogal sterk in werkwijze van elkaar te verschillen, hetgeen zijn invloed heeft op de taakuitoefening. Het verwijsgedrag en de verschillen daarin zijn nogal eens beschreven en onderzocht (o.a. De Melker, 1974; Crebolder, 1977; Rop et al., 1979; Verhoef, 1979; Posthuma et al., 1977).
Gebruik van microbiologische onderzoeksfaciliteiten van de huisarts kan helpen om de aanwezigheid van penicillinase-vormende pathogenen op te sporen en kan dus een steun zijn bij de behandeling van infecties (Schadé en Wallig, 1984). Cottaar et al., (1983) vonden ook, dat het gebruik van röntgenfaciliteiten een steun blijkt te kunnen zijn bij de diagnostiek en het behandelingsbeleid van de huisarts en kan helpen het aantal verwijzingen te beperken.
Samenwerken met andere disciplines kan eveneens bijdragen aan het beperken van het aantal verwijzingen en het bevorderen van de thuiszorg (Crebolder, 1977).
Van Staveren (1984) heeft een breed opgezet onderzoek verricht om het verband tussen taakopvatting en werkwijze bij huisartsen na te gaan. Om de taakopvatting te meten zijn zeven taakopvattingschalen voor huisartsen ontwikkeld. De werkwijze werd gemeten door middel van gedragsobservaties met behulp van gedragsobservatieschema's. De gedragsobservaties zijn uitgevoerd met video-opnames van spreekuurconsulten en transcripten daarvan. In de werkwijze zijn twee dimensies onderscheiden:

- een patiëntgerichte werkwijze: aandacht voor de individuele belevingen en omstandigheden van de patiënt
- een geneeskunde gerichte werkwijze: aandacht voor het toepassen van geneeskundige kennis en vaardigheden

Hij vond een positief verband tussen de taakopvatting, c.q. de attitude van de arts en de werkwijze, dat wil zeggen het gespreks-communicatieve gedrag van de arts tijdens het consult; hoe positiever de attitude ten opzichte van de persoonsgerichtheid des te meer persoonsgerichte gedragskenmerken in de werkwijze van de huisarts; hoe positiever de attitude ten opzichte van de geneeskunde-gerichtheid des te

meer geneeskunde-gerichte gedragskenmerken in de werkwijze. De persoonlijke houding tegenover het huisarts-zijn en de beroepsbeleving zijn van invloed op de werkwijze (Van der Wielen, 1960; Raupp, 1971). Een meer onafhankelijke taakopvatting kan bijdragen, aan een versterking van de eerste lijn, omdat die huisartsen sterker geneigd zijn zelf meer dingen te doen (Dopheide, 1980; Bremer, 1978; Huygen, 1965). Het bezoek van patiënten in het ziekenhuis en het zich daadwerkelijk voor die patiënten verantwoordelijk blijven voelen hangt onder andere samen met de taakopvatting (Jacobs et al., 1979).
Tenslotte speelt de leeftijd van de arts een rol. Oudere artsen leggen meer visites af en doen meer verrichtingen (Raupp, 1971; Richardson et al., 1973).

Samenvattend.

Uit dit literatuuroverzicht naar de factoren, die van invloed zijn op de taakuitoefening blijkt dat die factoren schematisch als volgt te rangschikken zijn in factoren betrekking hebbend op:
- de werksituatie
- de werkwijze
- de persoon van de huisarts

Tot de werksituatie van de huisarts kunnen de volgende factoren gerekend worden:
- de praktijkgrootte
- de praktijkvorm
- de verhouding ziekenfonds-particulier verzekerden
- het patiëntenaanbod = het gemiddeld aantal patiënten per uur
- de beschikbare tijd
- de aanwezigheid en beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen; bijvoorbeeld consultatie van specialisten
- de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging
- de demografische kenmerken van de praktijkbevolking
- de afstand tot het ziekenhuis

Onder de werkwijzekenmerken van de huisartsen ressorteren o.a. de volgende factoren:
- het gebruik van diagnostische voorzieningen in het

ziekenhuis
- de frequentie van verwijzen
- het gebruik van instrumentarium
- de gemiddelde consultduur

Kenmerken die betrekking hebben op de persoon van de arts zijn o.a.:
- de leeftijd van de huisarts of de mate van praktijkervaring van de huisarts
- de taakopvatting van de huisarts
- de bereidheid om met anderen samen te werken
- het vermogen om met onzekerheden te leven.

Vrijwel alle bovenstaande factoren zijn ook in mijn onderzoek betrokken.

Hoofdstuk 3. De observatiemethode.

3.1. Inleiding.

Bij de probleem- en vraagstelling aan het einde van hoofdstuk 1 is vermeld, dat het onderzoek, waarvan hier verslag wordt gedaan, een observatie-onderzoek is. Huisartsen zijn in hun dagelijkse bezigheden door ons geobserveerd. Daar was een observatie-instrument voor nodig. Dat meetinstrument was niet pas-klaar voorhanden, maar moest eerst door mij ontwikkeld worden. Reeds dit feit geeft aan het onderzoek een exploratief karakter.
Allereerst is in de literatuur gezocht naar de theoretische uitgangspunten van de methode van observatie en naar de criteria en eisen, die men aan een systeem van observatiecategorieën moet stellen, wil men met het instrument valide en betrouwbare metingen kunnen verrichten. Dat literatuuronderzoek en de wijze, waarop wij aan de nodige criteria en eisen hebben trachten te beantwoorden bij de constructie van het meetinstrument wordt behandeld in paragraaf 3.2.
Het observatie-instrument wordt beschreven in 3.3. De indeling en de inhoud van de observatie-categorieën worden behandeld in 3.4. Het onderzoek naar de geldigheid en de betrouwbaarheid van de observatie is beschreven in 3.5. De representativiteit van de observaties komt aan de orde in 3.6. In 3.7. volgt een beschrijving van de toepassing van het meetinstrument. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting in 3.8.

3.2.1. De theoretische uitgangspunten voor de methode van observatie.

Er is een aantal terreinen, dat zich bij uitstek leent voor observatie:

- Wanneer men wil nagaan wat mensen in het kader van bepaalde functies of taken feitelijk doen, is observatie een goed bruikbare methode, met name wanneer die mensen door de eisen van de situatie zo in beslag genomen worden, dat zij zich achteraf geen nauwkeurig beeld meer kunnen vormen hoe zij daadwerkelijk gehandeld hebben, bijvoorbeeld buschauffeurs, treinbestuurders.
- Wanneer men zaken onderzoekt, die mensen zich liever niet meer willen herinneren. In de observatiestudie

van **Reiss** (1971) betreffende de contacten van het publiek met de politie bleek, dat bijna vier van de tien burgers hun contacten met de politie "vergeten" waren.
- Bij onderzoek van handelingen of gedragingen, die maatschappelijk of normatief gevoelig liggen, bijvoorbeeld onderzoek naar rassendiscriminatie. In die gevallen bestaat vaak een discrepantie tussen wat mensen zeggen te doen en wat ze werkelijk doen.

In al deze gevallen, die overigen nog met vele kunnen worden aangevuld, is observatie een mogelijkheid om het gedrag van actoren te bestuderen.

Wat houdt observatie in? Weick (1968) geeft hiervoor de volgende definitie:
"De methode van observatie kan gedefiniëerd worden als de selectie, de uitlokking, de registratie en de codering van die verzameling van gedragingen en situaties, die betrekking heeft op organismen (mensen, dieren) "in situ" (hun natuurlijke omgeving), die overeenkomt met empirische doeleinden". Observatie van gedrag of handelen vindt dan plaats aan de hand van selectie, uitlokking, registratie en codering.
"Selectie" wil zeggen het maken van keuzen. Niet alles kan en behoeft te worden waargenomen. Zowel vóór als tijdens de observatieperiode zal men moeten kiezen wat waargenomen moet worden. "Uitlokking" kan soms nodig zijn, als gebeurtenissen weinig of verspreid voorkomen. Door subtiele aanwijzigingen kan de gebeurtenis in de natuurlijke situatie van de geobserveerde worden opgeroepen. Veenman (1975) heeft, in zijn onderzoek over de interakties in de schoolklas, dit toegepast.
Voor observatie-onderzoek is "registratie" van gebeurtenissen of handelingen nodig teneinde ze later te kunnen analyseren. Dat registreren kan op velerlei wijze gedaan worden, bijvoorbeeld met video-opnames, processen-verbaal, dagboeken, of scoring door observatoren.
Met het "coderen" wordt ordening gebracht in de registraties. Dat kan gebeuren door te classificeren in categorieën, door het tellen van handelingen of gebeurtenissen of het toekennen van waarderingen in een schaal.
Met "verzameling van gedragingen en situaties" wordt bedoeld dat bepaalde gebeurtenissen of gedragingen op meerdere tijdstippen voorkomen en als zodanig op die tijdstippen

moeten worden geobserveerd. Bij het taakanalytisch vaststellen van de taakomvang zal het in de observatie nodig zijn, dat de verschillende taakonderdelen bij herhaling in verschillende situaties en tijdstippen worden geregistreerd. Door een weldoordachte keuze van die situaties en tijdstippen kunnen de betrouwbaarheid en de geldigheid worden vergroot. Zo verdient het bijvoorbeeld aanbeveling niet telkens op de zelfde dag en op het zelfde tijdstip te observeren, maar de observaties te spreiden over de dagen van de week.
Met "empirische doeleinden" wordt aangegeven dat een observatiestudie voor verschillende doeleinden kan dienen: zoals het geven van een beschrijving, het formuleren of toetsen van hypothesen. Want observatie is voor een onderzoeker een middel om zijn doel te bereiken.

3.2.2. Vormen van observaties.

Er zijn verschillende vormen van observaties te onderscheiden. De voornaamste zijn: niet-participerend en participerend. Beide kunnen toegepast worden met een vooraf nauwkeurig gedefiniëerd waarnemingsinstrument (systematische observatie) of zonder een vooraf opgesteld schema (niet-systematische observatie). Bij de niet-systematische observatie zal de observator de gedragingen, die hij observeert interpreteren in een theoretisch kader; bijvoorbeeld bij ethologisch onderzoek is dit vaak het geval. Bij een niet-participerende observatie heeft de observator geen deel aan de te observeren activiteiten. Bij participerende observatie woont de observator de te observeren situatie bij door daarin een bepaalde rol te vervullen, bijvoorbeeld in een groepsproces. Hij bestudeert dan de waarden, normen en gedragingen van de groep "van binnen uit".
In ons onderzoek is gebruik gemaakt van een systematische, niet-participerende observatie.

3.2.3. Soorten van observatie-instrumenten.

In geval van systematische observatie voert de observator de observatie uit aan de hand van een handelingsvoorschrift om de handelingen, die hij ziet gebeuren, te classificeren. De observator heeft dus een observatie-instrument nodig. Dat kan bestaan uit een tekensysteem, dat wil zeggen dat op

een formulier aangekruist moet worden of een handeling in een vooraf gespecificeerde tijdseenheid al of niet is voorgekomen. Deze methode is door ons gebruikt in het proefonderzoek (Boots, 1983).
Bij gebruik van een categorieënsysteem moet de observator telkens wanneer een bepaalde handeling optreedt registreren onder één van de categorieën. die tesamen het handelingsinstrument vormen. Met deze registratie blijft de sequentie in de handelingen behouden. Het meetniveau is in dit geval nominaal van karakter.
Het handelingsinstrument kan ook bestaan uit een waarderingsschaal. Door de observator wordt dan na afloop van de observatie een schatting gemaakt hoe vaak bepaalde gedragingen of gebeurtenissen zijn voorgekomen of er wordt aan iedere persoon of gebeurtenis uit het geobserveerde groeps- of handelingsproces een bepaalde waarde toegekend, bijvoorbeeld op een vijfpuntsschaal. Het meetniveau is dan ordinaal.
In ons onderzoek is het meetniveau van nominaal karakter.
De geobserveerde handelingen zijn zowel naar frequentie van voorkomen als naar tijdsduur geregistreerd telkens onder één van de categorieën van het handelings- of observatie-instrument.

3.2.4. De achtergrond voor het opstellen van een waarnemingssysteem, met name een categorieën-systeem.

Aan de basis van een waarnemings- of registratiesysteem dient een probleem- of vraagstelling te liggen. Een theoretisch kader of concept is noodzakelijk. Zonder dat kan niet serieus geëvalueerd worden. De gegevens zijn dan niet echt bruikbaar voor onderzoek. Men komt dan niet verder dan het sprokkelen van feiten (De Vries, 1977; Philipsen, 1973). Om bepaalde verschijnselen te kunnen waarnemen en evalueren is een probleemstelling of een theoretisch kader dus onmisbaar. In ons onderzoek is zo'n probleemstelling duidelijk aanwezig en heeft betrekking op het vinden van achterliggende dimensies in de dagelijkse werkzaamheden van huisartsen en van verklaringen voor verschillen in taakuitoefening (zie 1.2.).

3.2.5. Selectie van waarnemingselementen om classificeren van het waargenomen mogelijk te maken.

Waarnemen houdt selectie in. Een keuze zal gemaakt moeten worden:

a. ten aanzien van die delen uit de continue stroom van gedrag, of verschijnselen of handelingen, die voor de probleemstelling relevant zijn, en
b. ten aanzien van passende waarnemingselementen, die een classificatie van de waarnemingen mogelijk maken.

Een waarnemingselement is een standaardeenheid van observatie, die door de observator als zodanig gecodeerd wordt. Een waarnemingselement kan identiek zijn aan de observatiecategorie, maar dat behoeft niet.
De observatiecategorieën zijn de operationele definities van de eigenschappen of aspecten van het onderwerp van onderzoek, met andere woorden de operationele definities van de variabelen. De waarnemingselementen of, als die identiek zijn aan de observatiecategorieën, de observatiecategorieën zijn, al of niet gespecificeerd naar tijdsduur of frequentie van voorkomen, de analyse-eenheden van het onderzoek. Dat wil zeggen de analyse-eenheden vormen de gegevens, die na verwerking de uitkomsten van het onderzoek opleveren.

3.3.1. Het ontwerpen van een observatie-instrument.

Hiervoor staan in feite twee wegen open. De ene benadering is de rationele, ook wel deductieve weg, de andere de empirische of inductieve weg.
Bij de empirische benadering wordt pas in tweede instantie, dat wil zeggen ná de concrete waarneming, een observatie-instrument ontwikkeld om de verschijnselen te classificeren. Een theoretisch kader of een bepaald concept is dus vooraf niet aanwezig. In het algemeen gesproken is dat riskant, want een beschrijving in wetenschappelijke zin is aan een theorie gekoppeld en veronderstelt kiezen, ordenen, abstraheren. De werkelijkheid kan niet onvooringenomen tegemoet getreden worden (De Vries, 1977). Soms is het echter niet mogelijk om van te voren een theoretisch kader of een concept te ontwikkelen en zal men niet anders dan van de empirische benadering gebruik kunnen maken.
Bij de rationele benadering gaat men uit van een bepaald

concept, model of theoretisch kader om de te onderzoeken aspecten van het onderzoekselement te operationaliseren en te definiëren in observatiecategorieën. Daarna zal het observatie-instrument getoetst moeten worden aan de werkelijkheid, aan de feiten. Dit gebeurt in een vooronderzoek. Anders verkrijgt men geen relevante en zinvolle categorieën. Aan het opstellen van die observatiecategorieën zijn een aantal eisen te stellen. Maatgevend zijn in de eerste plaats de probleemstelling en het onderwerp van onderzoek. Herbert en Attridge (1975) geven voor ons geval vanuit een behaviouristische benadering een vijftal bruikbare criteria voor het opstellen van observatiecategorieën. Bruikbaar, omdat het in ons onderzoek gaat, zoals we nog zullen zien, om het registreren van het handelen en de intenties daarbij van huisartsen in hun dagelijkse doen. Die criteria zijn:

a. een heldere en ondubbelzinnige omschrijving van de handelingen en gedragingen in kwestie;
b. consistentie met het onderliggende concept of theorie;
c. de dimensies van het onderzochte gedrag of de handelingen moeten volledig gedekt zijn;
d. de categorieën moeten representatief zijn, dat wil zeggen dat de inhoud van de categorieën valide gedefiniëerd moet zijn zodat éénduidig gescoord kan worden;
e. de categorieën dienen elkaar wederzijds uit te sluiten.

In ons onderzoek zijn als observatiecategorieën activiteiten gespecificeerd, die grotendeels samenvallen met de taakomschrijving uit het rapport: "De taken van de huisarts" van de Commissie Takenpakket van de LHV (LHV, 1977). De basis voor deze taakopsomming werd gevonden in de taakindeling in hoofdstuk 3 van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon van de KNMG ("Huisarts waarheen?", Medisch Contact, 1976, nr. 5, p. 14 e.v.). Daarnaast is gebruik gemaakt van elementen uit de onderwijsnota van het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut: "Kenmerken van de huisarts" (Utrecht, 1975), van het NHG-rapport: "Hoe helpt de dokter?" (NHG, 1975) en van de eerste uitgave van de "Blauwdruk" van het Centraal Bestuur van de LHV (LHV, 1975). Met andere woorden de taakopsomming in het rapport "De Taken van de Huisarts" is het resultaat van een uitgebreide reflectie op een discussie, die heeft plaatsgevonden zowel in de schoot van de beroepsgroep van huisartsen (LHV en UUHI) als in het bredere forum van de Nederlandse arts-

enstand binnen de KNMG. Op grond daarvan zijn wij er van uitgegaan, dat door het categorieënsysteem te baseren op de genoemde taakomschrijving, voldaan is aan het criterium voor een theoretisch kader of een bepaald consistent concept. Vervolgens is het aldus opgestelde categorieënsysteem getoetst op zijn toepasbaarheid in een proefonderzoek. Zo werden relevante en zinvolle categorieën verkregen én een heldere en ondubbelzinnige omschrijving van de handelingen in kwestie. Met het proefonderzoek is er voor gezorgd dat de intenties van de handelingen van de huisartsen volledig gedekt waren, door na te gaan, of de categorieën valide gedefiniëerd waren. In besprekingen tussen de observatoren uit het proefonderzoek zijn die definities, waar nodig, bijgesteld, waardoor tenslotte éénduidig gescoord kon worden. In het definitieve onderzoek is voor dit doel bovendien een viertal bijeenkomsten met de observatoren belegd teneinde de unanimiteit in scoring zo hoog mogelijk te krijgen. Ten aanzien van enkele, weinig voorkomende handelingen zijn toen de definities enkele categorieën nog wat aangevuld, zodat het onderzoek tenslotte uitgevoerd is met observatie-categorieën, die elkaar wederzijds uisluiten.
Een ander aandachtspunt bij het ontwerpen van categorieën is de toegestane interpretatieruimte voor de observatoren. Dit punt is belangrijk voor ons onderzoek, omdat hierin intenties van handeling, die uit die handelingen zijn af te leiden, gescoord moeten worden. Bij het ontwerpen van een observatie-instrument is het dus noodzakelijk aan te geven waarop de observatie gericht is: de intenties van de handelingen, de objectieve kenmerken daarvan of de functies van de handelingen. Om te contrôleren of in ons onderzoek de observatoren ook daadwerkelijk binnen de toegestane interpretatieruimte bleven, werden tijdens de genoemde vier bijeenkomsten ook videobanden van spreekuurconsulten getoond. Deze consulten werden geobserveerd en gescoord door de observatoren en de schrijver dezes. Die observaties zijn met elkaar vergeleken, waarbij mijn scoring als "judge-score" fungeerde. Hiermee werd als het ware een "continue" instructie van de observatoren bereikt. De resultaten van die vergelijken zijn verderop vermeld (par. 4.6.).

Bij het ontwerpen van een observatie-instrument zal tenslotte besloten moeten worden hoe de codering zal plaatsvinden: enkelvoudig of meervoudig. Meervoudig wil zeggen

dat meerdere categorieën tegelijkertijd, als een combinatie, gescoord worden. In dit onderzoek ben ik in principe uitgegaan van een enkelvoudige codering. Er kunnen zich echter situaties voordoen, dat een huisarts twee of meer dingen tegelijk doet. Het komt bijvoorbeeld voor dat een arts bezig is met lichamelijk onderzoek en aan de patiënt tegelijk nog wat anamnestische vragen stelt. In die gevallen kon een combinatie van die handelingen gecodeerd worden. Combinaties betroffen altijd handelingen die tot één taak behoren: in het gegeven voorbeeld betreft het de diagnostiek. Zou de huisarts gelijkertijd bijvoorbeeld preventie en therapie combineren dan werd alleen datgene gecodeerd waarop in termen van intentie het accent lag en werd er dus enkelvoudig gecodeerd. Overigens zijn deze combinaties in de gegevens niet verder bewerkt. We hebben afgezien van een patroonanalyse in het handelen van huisartsen.

3.2.2. Soorten van waarnemingselementen.

Standaardeenheden van observatie kunnen worden ingevuld naar hun specificatie van tijdsinterval van registratie. Zo onderscheiden we: continue waarneming, time-sampling waarbij de tijdsintervallen relatief groot zijn, in feite een vorm van steekproef trekken. Indien de te observeren verschijnselen niet in gefixeerde tijdsintervallen of in time-samples te vatten zijn, kan men gebruik maken van zogenaamde natuurlijke waarnemingseenheden of event-sampling, waarbij men codeert op het moment van een natuurlijk breekpunt in de handeling, bijvoorbeeld agressieve momenten in een voetbalwedstrijd.
Ons onderzoek is uitgevoerd als een continue registratie, omdat het tijdsinterval van registratie, namelijk om de 10 seconden, zodanig klein is, dat niet gesproken kan worden van "multi-moment-opnamen" (Blokland-Kühler, 1974).
Tenslotte zal men de waarnemingselementen moeten indelen in analytische eenheden om in de analyse verwerkt te kunnen worden. Deze eenheden worden theoretisch gedefiniëerd en behoeven zich geenszins te beperken tot losse handelingen. Ze kunnen ook gedefiniëerd worden naar eenheden, sequenties of patronen van handelingen.
Door de omvorming naar analytische eenheden krijgen de waarnemingseenheden pas hun daadwerkelijke, in een theoretisch kader ingebedde, betekenis. Betreft het, zoals in ons

geval, een frequentie-tijdobservatie met gedefinieërde categorieën dan kan men per observatie-categorie de absolute of relatieve frequentie of tijdsduur berekenen. Van alle observatie-categorieën hebben wij de relatieve tijdsduur berekend, dat wil zeggen, dat we van iedere huisarts de totaal waargenomen tijdsbesteding aan ieder van de observatiecategorieën uitgedrukt hebben in een percentage van zijn of haar totaal geobserveerde tijd. Die percentages vormen onze analyse-eenheden. Van enkele handelingen of verrichtingen, met name van de verwijzingen, het eigen en het uitbestede laboratoriumonderzoek en de medicaties, is het aantal per honderd arts-patiënt contacten berekend (proporties) en als analyse-eenheden gebruikt.

3.3.3. Factoren, die de waarneming beïnvloeden.

De voornaamste bron van fouten bij observaties ligt bij de observator. Enerzijds kunnen die fouten voortkomen uit het feit dat de observator afgeleid wordt of vermoeid raakt. Anderzijds kan de observator ten opzichte van het geobserveerde bevooroordeeld zijn, te veel vrijheid nemen in de interpretatie van het gebeuren of als met meerdere observatoren gewerkt wordt, kan per observator de opvatting over zijn taak verschillend zijn. Opleiding en achtergrond van de observatoren spelen eveneens een grote rol. Veel van deze fouten kunnen voorkomen of tot een minimum ingeperkt worden door een zorgvuldige selectie van observatoren (op deskundigheid bijvoorbeeld) en door een grondige training in het hanteren van het observatie-instrument.
Om de vermoeidheid of verlies van aandacht bij de observatoren zo veel mogelijk te beperken hebben wij besloten om hen maximaal een halve dag achtereen te laten observeren. Bovendien hebben we gewerkt met inhoudsdeskundige observatoren. Allen waren (huis-)arts. Ze hadden voor het onderzoek een intensieve training ondergaan (waarover later meer) en zij hadden tijdens de observaties een in een handig formaat afgedrukte observatie-instructie bij zich.
Een andere bron van fouten in de waarneming kan gelegen zijn in de tijdstippen waarop de observatie heeft plaats gehad of de tijd gedurende welke geobserveerd is. Voor arbeids- en taakanalyse bijvoorbeeld is het belangrijk dat men de observatie op verschillende werkdagen, gedurende een voldoende lange tijd en onder diverse omstandigheden laat

plaatsvinden om werkelijk alle facetten van het werk of de taakuitoefening te kunnen meten.
In ons onderzoek hadden de observatoren de opdracht om iedere huisarts gedurende ongeveer 20 uur in één week te observeren en die observaties zoveel mogelijk over die week te spreiden. Die observaties moesten onder vier rubrieken geregistreerd worden, te weten: vrij spreekuur, afspraakspreekuur, visites en niet-patiënt gebonden tijd (overige omstandigheden).

3.3.4. Methode van training.

Het trainen van observatoren is dus een zeer belangrijke zaak. **Heyns en Zander** (1966) bevelen daarbij de volgende procedure aan:

- het vertrouwd maken van de observator(en) met het theoretisch kader en het doel van het onderzoek;
- het introduceren van het observatie-instrument, met duidelijke uitleg en discussie;
- het laten oefenen met het observatie-instrument, bijvoorbeeld aan de hand van video-opnames;
- de met het proefdraaien opgedane ervaringen uitvoerig bespreken en de registraties onderling vergelijken, waarbij aanvullende observatieregels kunnen worden opgesteld;
- zo mogelijk het observatie-instrument en het gebruik van de registratie-apparatuur laten oefenen;
- de objectiviteit van de observaties vastleggen door middel van betrouwbaarheidsmetingen.

Als criterium voor de objectiviteit wordt algemeen intersubjectieve overeenstemming tussen de observatoren en de opsteller van het categorieënsysteem aangehouden. Dat is ook in ons onderzoek gebeurd tijdens de al eerder genoemde bijeenkomsten en in de training. Tijdens die training is de bovenstaande procedure exact gevolgd en is aan alle daarbij genoemde punten uitvoerig aandacht besteed.
Belangrijk is ook dat de onderzoekers het probleem van de introductie van de observatoren in de onderzoekssituatie aan de orde stellen. Vooral in niet-participerende observaties geldt, dat de rol van de observator(en) aan de geobserveerde(n) duidelijk gemaakt moet worden. Dit is door ons gebeurd, zowel naar de artsen toe, als naar de patiënten. In bijeenkomsten met de participerende huisartsen is het

doel van de observatie en de rol van de observatoren duidelijk gemaakt.

3.3.5. De invloed van de observator.

Met de rol van de observator zal tegelijkertijd de interaktie tussen observator en geobserveerde in ogenschouw moeten worden genomen. Men dient na te gaan welke mogelijke vertekeningen er in de te observeren situatie door de aanwezigheid van de observator kunnen ontstaan en hoe die kunnen worden opgevangen, ook al wordt er in het algemeen van uitgegaan dat de geobserveerde de aanwezigheid snel zal vergeten omdat de actor spoedig geheel door de werksituatie in beslag zal zijn genomen of aan die aanwezigheid gewend raakt en zich in zijn doen en laten niet laat beïnvloeden. In sommige gevallen zal het gebruik van bijvoorbeeld een one-way screen een goede uitkomst bieden. Doch ten principale zal men er altijd goed aan doen ten opzichte van de geobserveerden opening van zaken te verschaffen in de zin, dat de observator precies uitlegt wat het doel van de observatie is. Zoals gezegd is dat hier gebeurd. Of er desondanks geen vertekening is opgetreden is moeilijk met zekerheid te zeggen. Uit eigen ervaring en uit opmerkingen tijdens de uitvoering van de observaties hebben we stellig de indruk gekregen, dat die vertekening zeer gering is te achten. De patiënten werden op door ons verstrekte affiches in de wachtkamer op de hoogte gebracht, dat er een arts-observator (met vermelding van de naam) in de praktijk aanwezig was ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Indien zij hun huisarts alleen wilden spreken, werden zij verzocht dit aan de assistente bekend te maken. Tijdens huisbezoek werd gevraagd of de observator daarbij aanwezig mocht zijn.

3.3.6. De technische hulpmiddelen bij de observatie.

De nauwkeurigheid van observaties kan verhoogd worden door het de observator in zijn werk zo gemakkelijk mogelijk te maken. Men kan zijn taak aanzienlijk verlichten door hem de juiste technische hulpmiddelen aan te bieden. Zo kan men de observator voor het coderen gebruik laten maken van electronische apparatuur in plaats van hem schrijfwerk te laten verrichten op formulieren. In ons onderzoek hebben wij daarvoor speciale apparatuur laten ontwerpen in de vorm van

een gedrags-observatie-registrator (G.O.R., Boots, 1980).

Samenvattend:

Aan de hand van een theoretisch overzicht, ontleend aan een rapport van Veenman (1975) heb ik de criteria en eisen besproken, waaraan een observatie-instrument en met name een systeem van observatie-categorieën moet voldoen. In dit observatie-onderzoek is gebruik gemaakt van een systematische, niet-participerende observatie met continue registratie door getrainde (huisarts-)observatoren. Bij die genoemde criteria heb ik de wijze, waarop wij aan die criteria hebben trachten te beantwoorden, toegelicht. Thans kom ik toe aan de inhoudelijke beschrijving en de indeling van het observatie-instrument.

3.4. De observatiecategorieën.

Allereerst moeten we aandacht besteden aan een aantal practische moeilijkheden die ontstaan bij het ontwerpen van een observatie-instrument ter registratie van de dagelijkse werkzaamheden van een huisarts. Een huisarts verricht veel schijnbaar gelijksoortige handelingen, die slechts met kennis van zaken te onderscheiden en in te delen zijn, afhankelijk van het doel dat met de handelingen wordt beoogd. Dát is het doel van onze gegevensverzameling; we willen weten wélke taken de huisarts uitvoert. Een taak is te definiëren als een verzameling van handelingen, waarmee men een bepaald omschreven doel wil bereiken, bijvoorbeeld diagnostiek van nieuwe klachten, bewaking van risicopatiënten, primaire preventie. Bij onze observatie gaat het er niet om allerlei afzonderlijke handelingen te registreren, maar om die handelingen te plaatsen in het kader van de taak, die daarmee beoogd wordt. De handelingen moeten gecodeerd worden binnen een taakcategorie. Die schijnbare gelijksoortigheid van handelingen is aan de hand van een aantal voorbeelden gemakkelijk toe te lichten. Men kan een huisarts per dag diverse malen zien schrijven. De ene keer is dat bedoeld om een recept uit te schrijven, de andere keer gaat het om het invullen van een verwijskaart of een laboratoriumbriefje, maar het kan ook zijn, dat hij de klachten of de onderzoeksbevindingen vastlegt op de patiëntenkaart. De administratieve activiteiten uit dit voorbeeld

zijn achtereenvolgens te classificeren als een therapeutische bezigheid (recept), een verwijsactiviteit (verwijskaart), een diagnostische handeling (laboratoriumbriefje), of als registratie-werkzaamheden (patiëntenkaart).
Vaak zal men de huisarts een injectiespuit zien hanteren met telkens wisselende bedoelingen en daarmee telkens binnen het kader van een andere taak, bijvoorbeeld om iemand te vaccineren tegen griep (preventie), om locaal anaesthesie te geven voor een kleine chirurgische ingreep (behandeling) of om een bloedmonster te verkrijgen om de bezinkingssnelheid van de erythrocyten te bepalen (diagnostiek).
Hiermee is wel duidelijk geworden, dat men bij het registreren en coderen van het huisartsgeneeskundig handelen de diverse afzonderlijke handelingen moet plaatsen in de context, waarbinnen de geobserveerde arts ze bedoelde te verrichten. Dit betekent onvermijdelijk interpretatie. Om interpretatiefouten zoveel mogelijk te voorkomen moeten we gebruik maken van arts-observatoren, die zelf huisarts zijn of geweest zijn en dus ervaring en inzicht hebben in het werk van huisartsen.
Het inschakelen van huisarts-observatoren heeft bovendien het voordeel, dat zij zowel voor de te observeren huisartsen als voor de patiënten eerder aanvaardbaar zijn om het patiënt-arts contact bij te wonen dan "leken-observatoren". Om die reden hebben wij in dit onderzoek met huisarts-observatoren gewerkt.
Het systeem van observatie-categorieën zal noodzakelijkerwijs gebaseerd moeten zijn op een schema of een concept van de taken van de huisarts. Wanneer dat schema strookt met de inzichten van de huisartsen ten aanzien van hun taken, dan maakt dat het systeem van observatie-categorieën in principe valide. De referenties voor dat concept zijn ontleend aan het rapport: "De Taken van de Huisarts" (LHV, 1977). Dit rapport heeft in de achterban veel aanleiding gegeven tot discussie. Toch is het rapport "De Taken van de Huisarts" door het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging als LHV-rapport geaccepteerd. Het rapport geeft een gedetailleerde normstelling voor de veelheid van werkzaamheden welke door de huisarts wordt verricht (Medisch Contact, 1977, 32, p. 765).
In dit rapport worden de volgende taken van de huisarts genoemd:
a. diagnostiek;

b. therapie;
c. samenwerking met andere hulpverleners in het eerste echelon en uit de andere echelons;
d. kwaliteitsbewaking, door nascholing en (intercollegiale) toetsing;
e. verwijzen, zowel naar specialisten als naar hulpverleners binnen het eerste echelon of buiten de gezondheidszorg;
f. advisering ten aanzien van werkhervatting;
g. anticiperende geneeskunde en individuele preventie;
h. informatieverstrekking aan patiënten en aan specialisten;
i. praktijkorganisatie en registratie.

Aan de hand hiervan en ondersteund door de ervaringen uit het proefonderzoek heb ik ons observatie-instrument ingedeeld naar de volgende taak-categorieën:
1. diagnostiek;
2. therapie;
3. verwijzen binnen de gezondheidszorg;
4. verwijzen buiten de gezondheidszorg;
5. begeleiding van chronische zieken, bejaarden, gehandicapten enz.;
6. preventie;
7. ondersteunende werkzaamheden voor de praktijkvoering en de taakvervulling;
8. (neven)werkzaamheden als arts.

Deze indeling is bedoeld om het handelen van huisartsen te kunnen registreren.
Om methodologische redenen is er van afgezien daar ook het probleem- en klachtenaanbod bij te betrekken. Dat is de reden waarom in dit systeem geen specificaties zijn opgenomen wat betreft de patiënt-arts contacten in de zin van bijvoorbeeld eerste consulten, herhalingsconsulten, enz.
De eerste vier categorieën vormen de specificatie van de intercurrente zorg, waartoe ook gerekend worden de informatieverstrekking aan patiënten en specialisten, de therapeutische adviezen en adviezen ten aanzien van werkhervatting.
De zorg die betrekking heeft op langdurige aandoeningen is ondergebracht onder de categorie: begeleiding.
De preventie-activiteiten in al zijn vormen zijn gegroepeerd onder de categorie: preventie.

De taken samenwerking in de hulpverlening en met andere disciplines, kwaliteitsbewaking, praktijkorganisatie en registratie zijn gerangschikt onder: ondersteunende werkzaamheden voor de praktijkvoering en de taakvervulling.
Een aantal rest-taken, door de LHV en de KNMG-commissie (KNMG, 1975) gekarakteriseerd respectievelijk als facultatieve of oneigenlijke taken, betreffen werkzaamheden die uit hoofde van het arts-zijn onder andere door huisartsen verricht kunnen worden. Deze heb ik gerangschikt onder: activiteiten als arts.

De definiëring van de taken en de operationalisering in (sub)categorieën voor observatie is als volgt:

Diagnostiek:
Hiertoe worden gerekend alle activiteiten, die er toe moeten leiden, dat de huisarts de gepresenteerde klachten of problemen in meer of mindere mate kan verduidelijken, zodat er een handelwijze kan volgen, door hemzelf of een andere hulpverlener, die gericht is op het verhelpen of verzachten van de veronderstelde aandoening(en).
Het resultaat van de diagnostiek kan de vorm aannemen van een diagnose, een differentiaal diagnose, een werkhypothese of een probleemformulering.
Tot de diagnostiek behoren de volgende categorieën:
- anamnese;
- lichamelijk onderzoek;
- eigen laboratorium onderzoek;
- uitbesteed laboratorium onderzoek;
- uitbestede diagnostische bepalingen (röntgenfoto's, e.c.g., enz.).

Therapie:
Betreft de activiteiten, die tot doel hebben het gediagnostiseerde lijden of aandoening te verhelpen of te verzachten; verder het gespreksmatig analyseren van gesignaleerde problemen ter verlichting van een situatie, die als te belastend wordt ervaren.
Hiertoe behoren de volgende categorieën:
- medicamenteuze therapie;
- advies;
- therapeutische handeling;
- gesprek;

- het leiden van bevallingen.

We hebben geen aparte categorie: verloskundige zorg, omdat lang niet alle huisartsen verloskundige zorg verlenen. Het leiden van bevallingen is daarom arbitrair ondergebracht onder de categorie: therapie.
De zwangerschapsbegeleiding en de zorg om het kraambed zijn door mij gedefinieërd als pre- en perinatale zorg en ondergebracht onder de categorie: preventie.

Verwijzen binnen de gezondheidszorg:
Hieronder versta ik alle handelingen voor het tot stand brengen van contacten met andere hulpverleners in de gezondheidszorg ten behoeve van de individuele patiëntenzorg met als doel gerichte diagnostiek en behandeling.
Het kan voorkomen, dat in sommige gevallen de huisarts een patiënt naar de specialist verwijst om een diagnose bevestigd te krijgen. Daarom heb ik hier een onderscheid gemaakt in (overwegend) diagnostische en therapeutische verwijzingen. De geestelijke gezondheidszorg wordt tot de gezondheidszorg gerekend.
De huisarts zal niet in alle gevallen een patiënt overdragen aan een specialist. Soms wordt volstaan met een eenmalig consult, waarbij de specialist de patiënt wel te zien krijgt óf met een consultatie, dat wil zeggen een overleg met een specialist, bijvoorbeeld met betrekking tot de keuze van een bepaalde therapie, zonder dat de specialist de patiënt zelf ziet. De huisarts kan ook als consultgever optreden bijvoorbeeld ten aanzien van vroedvrouwen, fysiotherapeuten, tandartsen, GAK-artsen, enz.
Onder de verwijstaak binnen de gezondheidszorg zijn de volgende categorieën te onderscheiden:
- diagnostische verwijzingen;
- therapeutische verwijzingen;
- consult;
- consultatie vragen;
- consultatie geven.

Verwijzen buiten de gezondheidszorg:
Hieronder versta ik alle handelingen met de bedoeling het leggen van contacten voor individuele hulpverlening buiten de gezondheidszorg. Hierbij is te denken aan het Algemeen Maatschappelijk Werk, Gezins- en Bejaardenhulp, Maaltijdverzorging, de Gemeentelijke Sociale Dienst en dergelijke.

Veelal hebben patiënten rechtstreeks toegang tot deze hulpverlenende instanties, zoals bijvoorbeeld het Algemeen Maatschappelijk Werk. Op grond daarvan kunnen deze instanties bij de huisarts om inlichtingen of advies over een bepaalde patiënt komen vragen. Ik heb dit als een vorm van consultatie geven door de huisarts onder deze categorie onderscheiden. Ook kan het mogelijk zijn dat de huisarts consultatie vraagt om zich te oriënteren omtrent de hulpverleningsmogelijkheden ten aanzien van een bepaalde patiënt.
De geoperationaliseerde categorieën zijn:
- verwijzen naar hulpverleners buiten de gezondheidszorg;
- inlichtingen vragen;
- inlichtingen geven.

De begeleiding:
Hieronder reken ik alle activiteiten, die gericht zijn op de curatieve en/of palliatieve zorg van chronische patiënten, gehandicapten, terminale patiënten en bejaarden voor zover deze laatsten die zorg regelmatig nodig hebben. Ook de follow-up of nazorg van patiënten na of gedurende klinische en/of specialistische zorg valt hieronder. Bij chronische zieken, gehandicapten of terminale patiënten zal de huisarts vaak informatie en voorlichting moeten geven omtrent de aandoening, de prognose, pijnbestrijding, verpleging, revalidatie, patiëntenverenigingen en dergelijke.
De aan bejaarden verrichte zorgactiviteiten vormen pas dan een aparte, onder deze categorie te scoren groep, wanneer er sprake is van een zorg, die in eerste instantie geboden wordt, omdat de patiënt bejaard is, zoals bijvoorbeeld het geval is op een apart bejaardenspreekuur of zorg voor bejaarden met een chronisch lijden.
Een bejaarde die bijvoorbeeld op het spreekuur komt met een incidentele urineweginfectie kan wat de huisartsenactiviteiten betreft ressorteren onder diagnostiek, therapie of verwijzen binnen de gezondheidszorg.
Voor die begeleiding zal de huisarts in principe gebruik maken van de handelings-categorieën zoals vermeld onder diagnostiek en therapie. Het is echter niet de bedoeling om die categorieën hier apart te scoren. Bijvoorbeeld het informeren naar veranderingen in de gezondheidstoestand van een chronisch zieke of het uitschrijven van een herhalingsrecept worden dus niet afzonderlijk gecodeerd. Aldus worden

de volgende categorieën onderscheiden:
- chronisch curatieve en palliatieve zorg;
- follow-up;
- voorlichting.

Preventie:
De activiteiten onder deze rubriek hebben als kenmerk het voorkomen van ziekten of verstoringen van de gezondheid en het zoveel mogelijk verhinderen van of anticiperen op verdere complicaties bij reeds aanwezige aandoeningen. Er wordt geen strikt onderscheid gemaakt in primaire of secundaire preventie. Preventie kan zowel diagnostische, therapeutische als bewakings- c.q. begeleidingsaspecten hebben. Deze activiteiten zijn vooral gericht op de volgende categorieën van patiënten: zuigelingen en kleuters (zuigelingen- en kleutercontrôle = periodiek geneeskundig onderzoek), vrouwen in de fertiele leeftijd (pilcontrôles en andere vormen van geboorteregeling, cervixuitstrijkjes, zwangerschap en postpartale contrôles), mensen, die op grond van bepaalde kenmerken of een predispositie voor een bepaalde ziekte of aandoening een verhoogd risico dragen.
De activiteiten worden in de volgende categorieën gecodeerd:
- geboorteregeling;
- perinatale zorg;
- gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- vaccinaties;
- surveillance;
- periodiek geneeskundig onderzoek.

De ondersteunende werkzaamheden voor de praktijkvoering en taakvervulling (condities):
Hieronder worden al die activiteiten samengevat, die noodzakelijk zijn voor het kunnen functioneren als huisarts. Hierbij wordt gedacht aan praktijkvoering, het op peil houden van de eigen vakkennis, de kwaliteitsbewaking en de practische vormen van samenwerking. Als noodzakelijke voorwaardelijke activiteiten voor de praktijkvoering heb ik onderscheiden: praktijkorganisatie, registratie, administratie en correspondentie, reistijd (vervoer), telefoneren, apotheekwerkzaamheden ingeval van een apotheekhoudende praktijk, sociaal contact met patiënten (= een bezoek aan de patiënt uit belangstelling bijvoorbeeld in het zieken-

huis, een "praatje" tijdens het spreekuur, e.d.), privé-tijd, dit is tijd voor persoonlijke bezigheden tijdens de werktijd overdag, nascholing en het geven van onderwijs of het optreden als huisarts-gastheer voor onderwijsstages.
Het op peil houden van de eigen vakkennis en de kwaliteitsbewaking is gespecificeerd in alle vormen van nascholing variërende van het bestuderen van farmaceutische reclames via het lezen van vaktijdschrijften tot klinische demonstraties in het ziekenhuis. Onder praktische vormen van samenwerking vallen alle activiteiten gericht op het onderhouden of tot stand brengen van samenwerking met andere hulpverleners in het eerste echelon, variërend van incidenteel overleg tot en met geformaliseerde werkbesprekingen.
De genoemde activiteiten zijn te scoren in de volgende observatie-categorieën:
- praktijkorganisatie;
- administratie/registratie;
- samenwerking;
- apotheek;
- reistijd, vervoer;
- telefoon;
- sociaal contact;
  privé, persoonlijke bezigheden, pauzes;
- nascholing;
- onderwijs geven.

Activiteiten als arts:
Hiertoe behoren die activiteiten, die een huisarts kan doen in zijn hoedanigheid als medicus. Dat betekent, dat ook andere categorieën van artsen deze activiteiten kunnen en vaak ook zullen uitoefenen. In veel gevallen heeft gewoontevorming of beschikbaarheid er toe geleid, dat de huisarts gevraagd wordt voor deze functies (bijvoorbeeld bestuurslid van een plaatselijke Rode Kruisvereniging).
De hier bedoelde activiteiten kunnen betrekking hebben op: keuringen voor rijbewijzen, levensverzekeringen en dergelijke, ziektecontrôles voor bedrijfsverenigingen, categorale preventie of groepsbegeleiding, bijvoorbeeld zuigelingencontrôles op een consultatiebureau voor zuigelingen, spreekuur houden in Rutgershuizen, medisch adviseurschap bij stichtingen, organisaties of andere instellingen, medische indicatiestellingen ten behoeve van de aanvraag van sociale voorzieningen, ontheffingen en dergelijke, be-

stuursfuncties in beroepsorganisaties en/of maatschappelijke en charitatieve instellingen.
Tenslotte is er nog een rest-categorie van andere activiteiten zoals het geven van EHBO-lessen, parttime aanstelling als GGD-arts, bedrijfsarts enzovoort.
De hier bedoelde activiteiten zijn te scoren in de volgende categorieën:
- keuringen;
- groepsbegeleiding;
- medisch adviseurschap;
- medische indicatiestelling;
- bestuursfunctie;
- andere arts-activiteiten.

In het onderstaande schema worden de categorieën van het observatie-instrument nog eens vermeld:

Diagnostiek:
- anamnese;
- lichamelijk onderzoek;
- eigen laboratorium onderzoek;
- uitbesteed laboratorium onderzoek;
- uitbestede diagnostische bepalingen.

Therapie:
- medicatie;
- advies;
- therapeutische handeling;
- gesprek;
- bevalling.

Verwijzen binnen de gezondheidszorg:
- diagnostische verwijzing;
- therapeutische verwijzing;
- consult vragen;
- consultatie vragen;
- consultatie geven;

Verwijzen buiten de gezondheidszorg:
- verwijzing buiten;
- inlichtingen vragen;
- inlichtingen geven.

Begeleiding:
- chronisch curatieve begeleiding;
- follow-up;
- informatie geven.

Preventie:
- geboorteregeling;
- perinatale zorg;
- vaccinaties;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- periodiek geneeskundig onderzoek;
- surveillance.

Condities:
- organisatie;
- administratie/registratie;
- samenwerking;
- apotheek;
- telefoon;
- reistijd;
- sociaal contact;
- nascholing;
- onderwijs geven;
- privé.

Andere activiteiten:
- keuringen;
- groepsbegeleiding;
- medisch adviseurschap;
- medische indicatiestelling;
- bestuursfunctie;
- andere arts-activiteiten.

3.5. De geldigheid en de betrouwbaarheid van de taakmeting.

3.5.1. De geldigheid.

Door middel van proefonderzoek is onderzocht of de te observeren handeling daadwerkelijk éénduidig onder de ontworpen observatie-categorieën te plaatsen waren. In dat proefonderzoek ging het er dus om de definities van de observatie-categorieën op hun waarde te beproeven. Die definities vormen immers de criteria aan de hand waarvan de observato-

ren tot een geldige registratie van de activiteiten zouden moeten komen.
Voor het merendeel van de te observeren activiteiten bleek dat de definities duidelijk waren. Er komen echter in de praktijk activiteiten voor, die op zich wel duidelijk zijn, maar desondanks nadere afspraken vergen wat betreft de codering. Het blijkt bijvoorbeeld, dat er huisartsen zijn, die op sommige dagen een kortdurend vrij spreekuur houden, waar als het ware aan de lopende band en in hoge frequentie patiënten voor weinig tijdvragende verrichtingen worden geholpen. Meestal gaat het daarbij om het verwijderen van hechtingen, contrôle op de genezing van wondjes, een injectie, een herhalingsrecept of een lavage van een gehoorgang. Omdat het voor ons niet zinvol was al dit soort verrichtingen afzonderlijk te registreren, is er afgesproken dat zo'n "klussenspreekuurtje" gecodeerd zou worden met een combinatie van de codes: "medicatie" en "therapeutische handeling". Zo werd afgesproken, dat als mensen om een machtiging vroegen voor orthopedisch schoeisel, een borstprothese en dergelijke, dit gecodeerd werd onder "therapeutische verwijzing". Zuigelingencontrôles van eigen patiënten op het spreekuur moesten worden geregistreerd onder "periodiek geneeskundig onderzoek". Zuigelingen- en kleutercontrôles verricht in een consultatiebureau, werden gecodeerd als "groepsbegeleiding" (groepspreventie). Tevens werd afgesproken, dat deze bijzondere activiteiten zouden worden genoteerd in het logboek, dat door ieder van de observatoren tijdens de observaties is bijgehouden. Met behulp van deze aantekeningen en de afgesproken codering konden in practisch alle gevallen dit soort handelingen door ons geïdentificeerd worden. In de sporadische gevallen van onduidelijkheid of twijfel zijn de gegevens uit het bestand verwijderd.
In het proefonderzoek zijn we de meeste van deze activiteiten tegengekomen en werd de observator-instructie door ons op die punten aangevuld of verduidelijkt. In het definitieve onderzoek is tijdens de observatie-bijeenkomsten telkens aandacht besteed aan het coderen van bijzonderheden. Aldus werden in de eerste maand van het onderzoek nog enige bijstellingen aangebracht, daarna practisch niet meer. In geval van moeilijkheden tijdens de observaties konden de observatoren ons telefonisch bereiken voor overleg. Dit is slechts sporadisch nodig gebleken en tijdens het eigenlijke

veldwerk heeft zich geen enkele keer het feit voorgedaan, dat een activiteit niet onder de gebruikte categorieën te scoren was. We mogen daarom met redelijke zekerheid aannemen, dat we over een valide observatie-instrument beschikten dat wil zeggen dat de te meten begrippen adequaat in het categorieën systeem gepresenteerd waren of eenduidig konden worden ondergebracht.

3.5.2. De betrouwbaarheid.

Een cruciale factor bij de betrouwbaarheid is de interpretatiebreedte die de observator toepast. Immers het uitgangspunt voor de observatie is dat de handelingen in een zinvolle context moeten worden geplaatst en niet zo zeer als afzonderlijke handelingen moeten worden gecodeerd. Het kader van die context is de taak, waaronder die geobserveerde handeling geplaatst moet worden. De observator moet dus niet alleen de handeling, maar ook de intentie, die de huisarts er mee heeft, waarnemen. Met die combinatie van handeling èn intentie is het gedrag onder de juiste observatie categorie te scoren Naarmate de observatie categorieën meer overeenkomen met de waarneembare activiteiten zal de scoring met grotere zekerheid plaatsvinden. Een onderzoek van de onderste extremiteiten bij een patiënt, die klaagt over een pijnlijke enkel, zal gemakkelijk als "lichamelijk onderzoek" gescoord worden. Zien we de huisarts daarna een recept uitschrijven voor een anti flogisticum, dan zal dat onder "medicatie" gescoord moeten worden en niet onder "apotheek" als de observatie zou plaatsvinden in een apotheekhoudende praktijk. De kans dat dat toch gebeurd zal kleiner zijn naarmate de categorie "apotheek" scherper en vollediger gedefiniëerd is.
Om te zorgen voor een zo groot mogelijke betrouwbaarheid en unanimiteit in de interpretatie heeft er vóórdat het onderzoek van start ging een uitgebreide instructie en training plaatsgevonden van de observatoren. Bovendien zijn er voor dit doel testmetingen verricht met behulp van videobanden van echte spreekuren op de observator-bijeenkomsten. In paragraaf 4.6.1. wordt hierop nog teruggekomen. De resultaten van de vier betrouwbaarheidsmetingen zijn weergegeven in bijlage 1.

3.6. De representativiteit van de observaties.

De bedoeling was om met een observatie van vier a vijf halve dagen in één week per praktijk een registratie van het handelen te verkrijgen; liefst in een verhouding waarin dat gewoonlijk voorkomt. zodat een betrouwbaar beeld van een doorsnee werkweek verkregen kon worden. De veronderstel ling dat zoiets mogelijk is vindt onder andere steun in het gegeven uit het onderzoek van **Aulbers** en **De Waard** (1970) dat meer dan 90% van de activiteiten in een huisartspraktijk plaatsvindt tussen 08.00 en 18.00 uur en dat het aantal contacten met patiënten redelijk gelijk over de werkdagen is verdeeld.
Met de hulp van enige LHV-districtsvertegenwoordigers kon voor het observatie-onderzoek een selecte steekproef van 93 huisartspraktijken worden samengesteld. In paragraaf 4.7.1. staat vermeld op welke wijze dat precies is gedaan en welke selectiecriteria daarbij zijn toegepast.
In totaal zijn er in 93 huisartspraktijken 1452 uren geobserveerd. Dat betekent per praktijk een gemiddelde observatieduur van 15,6 uur In tabel 3.5.1 is weergegeven hoe die 1452 uur over de werkdagen zijn verdeeld.

Tabel 3.5.1. Verdeling van de observatie uren over de werkdagen.

Dagen:	Uren:
maandag	261,7 uur
dinsdag	421,4 uur
woensdag	342,2 uur
donderdag	291,9 uur
vrijdag	134,8 uur
Totaal	1452,0 uur

Uit deze tabel is af te lezen, dat er een redelijke spreiding over de verschillende dagen van de week aanwezig is. Het aantal observatie uren op vrijdag is het geringst. Behalve de verdeling over de werkdagen is het van belang de verhouding tussen de observatierubrieken per werkdag met elkaar te vergelijken. Onder observatierubriek wordt ver-

staan: afspraak- en vrije spreekuren visites en overige activiteiten.
Die proportionele verdeling tussen spreekuren, visites en overige activiteiten is weergegeven in tabel 3.5.2.

Tabel 3.5.2. De proportionele verdeling van de observatierubrieken per werkdag (in procenten).

Rubriek	ma	di	wo	do	vrij
visites	28,6	24,4	25,7	20,8	25,4
vrij spr.u.	9,9	9,7	7,1	9,5	13,7
afspr.spr.u.	39,9	43,0	45,3	42,6	40,9
overige act.	21,6	22,6	21,9	27,1	20,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Er blijkt een redelijke consistentie aanwezig in de proportionele verdeling over de werkdagen. Op geen van de werkdagen blijkt een observatierubriek over of ondervertegenwoordigd te zijn. De geringe verschillen zijn niet van systematische aard. Voorts is de verhouding tussen visiterijden spreekuur houden en de overige, niet patiënt-gebonden activiteiten op ieder van de werkdagen nagenoeg constant. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Aulbers en De Waard (1970). Het is een aanwijzing, dat met een beperkte observatieduur verspreid over de werkdagen en over de dagdelen, een redelijk representatieve afspiegeling verkregen kan worden van een werkweek van huisartsen.

3.7. De toepassing van het meetinstrument.

Met het ontwikkelde meetinstrument zijn de gegevens verzameld die gediend hebben voor het onderzoek van Boots (1983) en van mijzelf. In beide gevallen is gebruik gemaakt van de zelfde analyse-eenheden. Die analyse-eenheden zijn door Boots gebruikt ter invulling van de zes onderscheiden functies. In mijn onderzoek is in die eenheden gezocht naar de feitelijke taakstructuur, die in het handelen van de huisarts ligt opgesloten.

3.8. Samenvatting.

In dit hoofdstuk is de ontwikkeling van het in dit onderzoek gebruikte meetinstrument beschreven. Het betreft een systeem van observatie categorieën, met behulp waarvan een directe niet participerende observatie van het handelen van huisartsen is uitgevoerd. Het gaat daarbij niet zozeer om een registratie van het afzonderlijk handelen, als wel om de taak-intentie die de huisarts met die handelingen beoogt.
Een dergelijke doelstelling stelt speciale eisen aan het daarvoor benodigde observatie instrument. Aan de hand van literatuurgegevens zijn die eisen systematisch besproken en werd gelijktijdig een toelichting gegeven op welke wijze ik getracht heb aan die eisen te beantwoorden.
Speciale aandacht is besteed aan de training en de instructie van de observatoren en aan de controle op de betrouwbaarheid van de observaties. Om de nauwkeurigheid van de observaties te bevorderen is een gedrags-observatie-registrator in gebruik genomen, waarmee de activiteiten van de huisarts naar frequentie van voorkomen, volgorde en tijdsduur, gerubriceerd onder vrij- of afspraakspreekuur, visites en overige omstandigheden, zijn vastgelegd. Er is zoveel mogelijk getracht te voorkomen, dat de huisartsen in hun handelen beïnvloed zouden worden door de aanwezigheid van de observator. Vergelijking met gegevens uit eerder in Nederland uitgevoerd praktijk-analytisch onderzoek wijst er op, dat wij met een beperkte observatieduur van ongeveer 20 uur in één werkweek per huisartspraktijk een redelijke representatieve afspiegeling van een doorsnee-werkweek van huisartsen verkregen hebben.
De analyse-eenheden van het onderzoek betreffen de relatieve tijdsbestedingen van ieder van de 43 observatie categorieën per arts in de vorm van een percentage van de totale tijd, gedurende welke de huisarts is geobserveerd. Daar naast zijn het aantal recepten, eigen en uitbestede laboratoriumonderzoeken en verwijzingen per 100 arts-patiënt contacten als analyse-eenheden gebruikt.

Hoofdstuk 4. De opzet en de uitvoering van het onderzoek.

4.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk komen opzet en uitvoering van het onderzoek aan de orde. Hierbij is te bedenken, dat die opzet en uitvoering in feite het gezamenlijke werk is geweest van collega-onderzoeker Boots en van mijzelf. De ontwikkeling van het observatie-instrument wat betreft het systeem van observatie-categorieën is van mijn hand en is voor mijn verantwoordelijkheid. De taakperceptiemeting is inhoudelijk door ons beiden samengesteld, verantwoord en verslagen.
De methode van het onderzoek wordt besproken in 4.2. In 4.3. wordt een overzicht gegeven van de verzamelde gegevens. In 4.4. wordt besproken op welke wijze die gegevens zijn verzameld. De opzet en uitvoering van de observaties komen aan de orde in 4.5.
Een bespreking van de geldigheid, betrouwbaarheid en de toepasbaarheid van de meetinstrumenten volgt in 4.6.
In 4.7. tenslotte wordt verslag gedaan van de contrôle op de representativiteit van de steekproeven.

4.2. De methode van het onderzoek.

Als men uit de activiteiten, die huisartsen dagelijks verrichten, de taken wil afleiden dan is de meest ideale onderzoeksvorm een longitudinaal onderzoek, zeker als men de invloed van enige factoren op de taakuitoefening wil onderzoeken. Het onderzoek van Jansen-Emmer (1958) is een longitudinale studie. Aanvankelijk wilde zij de vier geselecteerde praktijken ieder een jaar lang observeren. Dit bleek dermate bewerkelijk en zodanige practische bezwaren met zich mee te brengen dat slechts één praktijk een jaar geobserveerd is, twee praktijken drie maanden en de laatste een half jaar. Ook wij konden om technische en practische redenen zo'n longitudinaal onderzoek niet uitvoeren en hebben ons moeten beperken tot een transversaal onderzoek.

4.3. De verzamelde gegevens.

De voor de oplossing van de eerste vraagstelling benodigde gegevens, de afhankelijke variabelen in het onderzoek, zijn de per arts gemeten relatieve tijdsbestedingen aan ieder

van de 43 observatiecategorieën.
De onafhankelijke variabelen, behorende bij de tweede vraagstelling, zijn de door mij gekozen werksituatie-, werkwijze- en persoonskenmerken van de huisarts. Mede op grond van de resultaten van het literatuuronderzoek zijn de volgende onafhankelijke variabelen gekozen:

Werksituatie:
- praktijkgrootte
- praktijkvorm
- leeftijdsopbouw van de bevolking in de gemeente van vestiging
- ziekenfonds-particulieren ratio
- gemiddeld aantal patiënten per observatie-uur per huisarts

Werkwijze:
- aantal laboratorium-onderzoeken per 100 arts-patiënt contacten
- aantal verwijzingen per 100 arts-patiënt contacten
- consult-visite ratio
- uitgebreidheid van het instrumentarium

De uitgebreidheid van het in de praktijk aanwezige instrumentarium fungeert als een proxi voor de mate waarin gebruik gemaakt wordt van instrumenten. Om methodologische redenen is ervan afgezien tijdens de observaties het gebruik van instrumenten te laten registreren. We veronderstellen echter, dat als een arts een uitgebreid instrumentarium heeft aangeschaft hij dat ook gebruikt. Uiteraard zit hier een onnauwkeurigheid in, waarvan we de grootte niet kunnen aangeven.

Persoon van de arts:
- het aantal jaren praktijkervaring als huisarts
- taakopvatting
- bereidheid tot samenwerking met andere disicplines
- opvatting omtrent het ter beschikking hebben van voldoende tijd en voorzieningen ten behoeve van de taakuitoefening

4.4. De wijze van gegevensverzameling.

Voor de meting van de breedte in taakopvatting van huisartsen is gezocht naar die onderdelen in de taakomschrijving, waarover binnen de beroepsgroep meningsverschillen bestaan of ze al dan niet tot het takenpakket moeten behoren. Over ieder onderwerp van discussie is een positief en negatief geformuleerde vraag in een vragenlijst opgenomen. Deze werkwijze heeft geleid tot een meetinstrument van de taakopvatting met een zo groot mogelijk discriminerend vermogen. Over de discussiepunten in de taakstelling en de afbakening naar andere disciplines heeft eind 1978 overleg plaats gevonden met de Commissie Takenpakket van de LHV. Per functie werden onderwerpen verzameld, die ook naar de mening van deze commissie te beschouwen zijn als indicatief voor de verschillende meningen omtrent de breedte van de bijbehorende taak.
Naast de breedte in taakopvatting per functie zijn vragen opgesteld met behulp waarvan het gewenste niveau van het medisch-somatisch handelen ten aanzien van diagnostiek en therapie kon worden uitgedrukt. Tenslotte is per functie gevraagd of men daar de nodige hoeveelheid tijd voor beschikbaar heeft en of er voldoende gezondheidszorgvoorzieningen ter ondersteuning van de taakuitoefening aanwezig zijn. Aan de vragenlijst zijn bovendien vragen toegevoegd betreffende de leeftijd van de huisarts en de datum van afstuderen. Ook zijn vragen opgenomen omtrent een aantal objectieve praktijkkenmerken en de praktijkpopulatie.

Omdat de vragenlijst niet alleen gebruikt is bij de huisartsen, die in het observatie-onderzoek betrokken waren, maar tevens bij een als representatief geldende steekproef van Nederlandse huisartsen (zie 4.9.) zijn aan de vragenlijst nog toegevoegd:
- attitude-vragen betreffende de arts-patiënt verhouding en de arbeidssatisfactie;
- voor de LHV relevante vragen betreffende de waarneming, de nascholing, de intercollegiale toetsing, de medicatiebewaking en het prescriptie- en vestigingsbeleid.

Het demografische kenmerk dat gehanteerd wordt (de leef-

tijdsopbouw van de bevolking in de gemeente van vestiging), vervult in dit onderzoek de rol van indicator voor de leeftijdsopbouw van het patiëntenbestand. Het betreft de leeftijdsverdeling volgens de CBS-classificatie per 1 januari 1979, gespecificeerd naar geslacht per gemeente van vestiging. Dit gegeven is op gemeenteniveau verzameld omdat slechts zeer weinig praktijken over een up-to-date leeftijds- en geslachtsregister beschikken. Men mag aannemen, dat in gemeenten met 3000 à 4000 inwoners de daar gevestigde huisarts een praktijkpopulatie heeft, die qua opbouw en samenstelling niet sterk zal afwijken van de gehele gemeente. In grotere gemeenten is dit niet zonder meer aan te nemen. Over de wijze waarop de praktijkopbouw dan tot stand komt - in relatie tot bijvoorbeeld de persoonskenmerken van de huisarts - is te weinig bekend om hierop gebaseerd, verantwoorde correcties in de demografische kenmerken op gemeentelijk niveau te baseren. We nemen voorlopig aan, dat de verdeling van de verschillende categorieën van patiënten over de aanwezige huisartsen min of meer a-select verloopt.

4.5. De observatiemethode.

De argumenten om te kiezen voor een observatie-onderzoek zijn zowel van practische als methodische aard. Huisartsen zelf hun werkzaamheden laten registreren, zou een extra tijdbelasting voor hen betekenen. Of men nu na afloop van iedere dag of week of na ieder consult vraagt te noteren wat er heeft plaats gevonden en hoeveel tijd een en ander gekost heeft, in alle gevallen zou dat de betreffende huisarts extra tijd kosten en zijn motivatie om aan het onderzoek deel te nemen, zou hierdoor worden beïnvloed.
Een tweede bezwaar van doorslaggevende betekenis tegen het door huisartsen laten registreren van de eigen activiteiten, is de geringe betrouwbaarheid. Tussen de resultaten verkregen door observatie en die, door huisartsen zelf geregistreerd, kunnen zeer grote verschillen bestaan, met name door de neiging de tijdsduur van de eigen activiteiten te overschatten (Nelson et al., 1975).

Voor observatie zijn observatoren nodig, die in staat zijn om de door de onderzoeker opgestelde observatie-categorieën te verbinden met de waargenomen handelingen. De interpretatie, die de observator hierbij moet verrichten, bleek bij

ons systeem van observatie-categorieën nogal specifiek, waardoor besloten is om (huis-)artsen als observatoren te werven. Dat had bovendien nog een ander voordeel: er zijn minder bezwaren te verwachten tegen de aanwezigheid van artsen bij het arts-patiënt contact dan van leken, zowel van de kant van de patiënt als van de arts.

4.6. De meetinstrumenten.

Voor de uitvoering van het onderzoek zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld:
a. Een systeem van observatie-categorieën.
b. Een vragenlijst voor het meten van de taakopvatting.
De ontwikkeling van het systeem van observatie-categorieën is reeds besproken in hoofdstuk 3. De opzet van de observaties, de voorbereidingen ervoor en de betrouwbaarheidsmeting zullen hier besproken worden. Daarna worden de ontwikkeling, de toepassing, de geldigheid en de betrouwbaarheid van de enquête behandeld.

4.6.1. De observaties.

In 1977 werden de voordien geteste observatie-categorieën toegepast in een proefonderzoek bij zeven huisartsen in Zuid-Limburg en tien huisartsen in de regio Arnhem. Deze meting was opgezet om de toepassing van observatie in de huisartspraktijk als methode van gegevensverzameling te onderzoeken. Naast de practisch uitvoerbaarheid werden de problemen van de geldigheid bestudeerd (zie 3.5.).
De instructie van de observatoren in het gebruik van de observatie-categorieën bleek goed uitvoerbaar. Het interpreteren van het waargenomen handelen bleek voor (huis-)arts-observatoren weinig moeilijkheden op te leveren.

Bij de uitvoering van de observaties in het eigenlijke onderzoek deden zich drie problemen voor:
- het vinden van arts-observatoren,
- het verkrijgen van de medewerking van huisartsen, en
- de registratie en de verwerking van de gegevens.

De benodigde observatoren zijn via contacten met de Landelijke Vereniging van Arts-assistenten verkregen en op contractbasis voor de tijd van drie maanden aan de Rijksuniversiteit Limburg verbonden.

De huisartsen die hun praktijk en hun werk wilden laten observeren, zijn geworven dank zij de bemiddeling van contactpersonen in de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen.
Het registreren van de gegevens gebeurde in de pilotstudie met behulp van voorgedrukte formulieren, waarop de observator het begin- en eindpunt van een categorie moest aangeven op een tijdbasis van minuten. Bovendien werden in deze pilotstudie verschillende formulieren voor vrij spreekuur, afspraakspreekuur, visite, overige en verwijzingen gebruikt. Zowel de keuze tussen het gebruik van de verschillende formulieren als het volgen van de tijd, leverde de observator nogal veel moeilijkheden op. Bovendien was de computerverwerking - en met name de codering - nogal omslachtig, waardoor allerlei verwerkingsfouten ontstonden.

In het uiteindelijke onderzoek is daarom een andere methode gehanteerd. Speciaal ten behoeve van dit onderzoek is een zogenaamde gedragsobservatie-registrator (G.O.R.) ontwikkeld, in samenwerking met de technisch-instrumentele werkplaats van de Rijksuniversiteit Limburg (Boots, 1980). Met behulp van dit apparaat werd het mogelijk dat de observator alleen het begin van een categorie aangaf, waarbij automatisch de scoring op een tijdas met intervallen van 10 seconden werd vastgelegd, onder gelijktijdige registratie van een vooraf ingestelde rubriek: visite, afspraakspreekuur, vrij spreekuur en overige. Het opslaan van deze scoringen vond plaats in een geheugen-cassette. De inhoud hiervan werd vervolgens - met behulp van een hiervoor ontworpen interface - direct op MINC-apparatuur overgenomen. Aldus werden de door de observator gedane waarnemingen volgens een vooraf opgestelde code-identificatie-systeem met de bijbehorende rubricering en tijdsduur vastgelegd op magneetschijven. Deze ruwe gegevens werden door ons gecontrôleerd op fouten, die ontstaan waren door haperende apparatuur, onoplettendheid van observatoren, e.d. De contrôle berustte niet alleen op het opsporen van eventuele interne inconsistenties in de gegevens, maar ook op het corresponderen van de observatiegegeven met de, gedurende de observatie schriftelijk vastgelegde, informatie in het zogenaamde logboek, dat iedere observator bijhield. Hierin werden al die gebeurtenissen vermeld die van een afwijkende vorm waren, en niet in de observatie-categorieën konden worden weergegeven. Hieronder vielen bijvoorbeeld het langdurig

verrichten van éénzelfde handeling, zoals het doen van consultatiebureauwerk; evenals het gelijktijdig behandelen van verschillende patiënten. Bovendien werd het specialisme waarnaar verwezen werd in het logboek vastgelegd. Wanneer interne inconsistenties of niet-corresponderende gegevens tussen observatie en logboek werden geconstateerd, probeerden we deze met behulp van de observator te corrigeren. Bij twijfel werd de betreffende registratie uit het bestand verwijderd. Alle registraties waarbij mogelijke mechanische fouten konden zijn ingeslopen werden zonder meer verwijderd. De apparatuur, en met name de geheugencassettes, werden frequent gecontrôleerd, gemiddeld 1x per week.
De uitval ten gevolge van mechanische defecten bedroeg minder dan 1% van het totale bestand.
Omdat de observaties plaats vonden gedurende maximaal 20 uur in één praktijk in één week, en wel tussen 08.00-18.00 uur, werden voor de resterende tijd tussen de observaties speciale registratiekaarten gehanteerd, die door de huisarts zelf werden ingevuld. Hierop werd gevraagd naar een globale aanduiding van de activiteiten gedurende avond- en nachtdienst en, indien van toepassing, weekeind- en waarnemingsdiensten.

In totaal werden dus ten behoeve van de taakmeting de volgende gegevens per huisarts verzameld:

1. 20 uur geobserveerde activiteiten in vóórgecodeerde categorieën en rubrieken, op een tijdas met een interval van 10 seconden;
2. een logboek door de observator ingevuld, waarin gegevens over alle bijzondere omstandigheden die zich tijdens de observatie voordeden, en ook in ieder geval het specialisme waarnaar verwezen werd, per afzonderlijk geregistreerde verwijzing;
3. door de geobserveerde huisarts zelf in te vullen gegevens over de avond- en nachtwaarneming en/of weekeinddiensten.

Wat betreft de geldigheid van de rangschikking van de observatie-categorieën onder de taakrubrieken wordt hier volstaan met de vermelding dat iedere indeling in omschreven categorieën berust op de "face value" van deze aanduiding, naar het oordeel van ervaren huisartsen. In hoofdstuk 6

wordt hier nader op ingegaan.
De betrouwbaarheid betreft de hierboven onder 1 genoemde gegevens. Ter verkrijging van een zo groot mogelijke betrouwbaarheid werden de volgende maatregelen getroffen.
Aan het begin van de observatieperiode werd per categorie een instructie verstrekt aan alle observatoren. Deze instructie werd mondeling in een gezamenlijke bijeenkomst met mij als huisarts-onderzoeker doorgenomen op onduidelijkheden of de mogelijkheid van meerdere interpretaties. Bovendien werd gedurende deze eerste bijeenkomst geoefend met observeren en de G.O.R.-apparatuur aan de hand van de hiervoor speciaal geselecteerde video-opnames van huisartsenspreekuren.
Deze videobanden betroffen "normale" consulten, dus geen speciaal voor instructies of demonstraties vervaardigd materiaal. Alle activiteiten die op deze banden waarneembaar waren, werden vóór de instructiebijeenkomst door de huisarts-onderzoeker geobserveerd en geregistreerd in mijn categorieën, op grond van de geldende instructies. Aansluitend aan de observatie van de opname door de observatoren, gezamenlijk en gelijktijdig zonder onderling overleg, werden de door de observatoren gemaakte scores vergeleken met de resultaten van mijn observatie. Indien noodzakelijk, werden de instructies op grond van deze vergelijking bijgesteld.
Gedurende de observatieperiode werden nog vier bijeenkomsten met de observatoren gehouden. Bij deze gelegenheden werden nieuwe videobanden aangeboden en gehanteerd, zoals hierboven omschreven. Bovendien werden per observator de interpretatieproblemen besproken, zo nodig telkens resulterend in éénduidige (nieuwe) afspraken. Geconstateerde afwijkingen, werden door ons gecorrigeerd en in het reeds verzamelde materiaal verwerkt. Deze bijeenkomsten vonden plaats na de eerste, tweede, derde en zesde week van de observatieperiode. Aan de observatiegegevens van de op videoband aangeboden huisartswerkzaamheden zijn de scores van mijn scores toegevoegd. Per vóórkomende observatiecategorie zijn de verschillen in scores tussen de observatoren - op vóórkomen én tijdsduur - op significante afwijkingen getoetst met behulp van de X^2 toets. Uit deze toetsing blijkt dat de observatoren onderling en in vergelijking met de "te verwachten score" vrijwel geen significant verschillende waarnemingen deden. (bijlage 2).

4.6.2. Taakperceptie-meting.

De taakperceptie werd gesplitst naar de zes taken (zie hoofdstuk 3), waarbij per taak uitspraken werden voorgelegd, die voornamelijk het zogenaamde facultatieve gebied betroffen uit het "Takenpakket", (LHV, 1977). Per taak betekende dit de hiernaast genoemde onderwerpen, waarbij telkens twee (positieve en negatieve) uitspraken werden geformuleerd betreffende hetgeen de huisarts tot zijn taak behoort te rekenen.

Diagnostiek:
- sociale problemen in de diagnose betrekken of zich beperken tot somatiek;
- als huisarts zoveel mogelijk zelf diagnosticeren en dan pas gericht verwijzen;

Therapie:
- gesprekstechniek als eigen vaardigheid uitoefenen;
- bevallingen zelf begeleiden;
- zo weinig mogelijk verwijzen naar hogere echelons;

Begeleiding:
- begeleiding door de huisarts ook van high risk-groepen, psychiatrische patiënten, stervenden en revalidatiepatiënten;

Preventie:
- niet alleen individueel, ook groepspreventie als huisartsentaak;
- niet alleen beperken tot somatische aandoeningen, ook uitbreiden tot maatschappelijke probleemsituaties betreffende sociale klachten;

Verwijzing binnen de gezondheidszorg:
- relatie met specialisten met betrekking tot te delegeren verantwoordelijkheden;
- kostenaspecten mee laten wegen in het al of niet verwijzen;

Verwijzing buiten de gezondheidszorg:
- verantwoordelijkheid van de huisarts voor hulpverle-

ning bij sociale problemen;
- verwijzende functie van de huisarts bij maatschappelijke problemen.

Aan deze vragen werden telkens per taak twee vragen toegevoegd met betrekking tot de ervaren tijdsdruk en de ondervonden steun bij de betreffende taak-uitoefening door aanwezige gezondheidszorgvoorzieningen. Tenslotte werden acht vragen gesteld betreffende één van de centrale elementen in "condities", namelijk het samenwerken met andere eerstelijns werkers. Zoals reeds aangegeven in hoofdstuk 3 werd de meting van aanwezigheid van gezondheidszorgstructuren niet alleen op objectieve informatie gebaseerd. In de vragenlijst is opgenomen een aantal voorzieningen, waarvan aan de huisartsen gevraagd is om aan te geven hoe frequent men deze gebruikt en hoeveel nut men hieraan toekent bij het functioneren als huisarts.
Het niveau, waarop diagnostiek en therapie zouden moeten worden uitgevoerd, is gemeten aan de hand van een aantal uitspraken, die de uitgebreidheid van het somatisch-technisch handelen van de huisarts probeert te traceren.

De vragenlijst werd in zijn conceptvorm doorgesproken met de leden van de LHV-Commissie Takenpakket. Vervolgens werd de eerste versie voorgelegd aan twee huisartsen, die namens het Medisch Regionaal Centrum Zuid-Limburg ons project begeleidden en aan een aantal artsen en niet-artsen uit de eigen universitaire kring. De uitspraken werden, op grond van uit een proefmeting verkregen resultaten, vervolgens geselecteerd op onderscheidend vermogen, begrijpelijkheid en eenduidigheid. Uiteraard werd op basis van de gegeven commentaren ook de lengte, opbouw en lay-out van de lijst bijgesteld.

De vragenlijst werd aan de geobserveerde huisarts door de observator overhandigd. De huisarts werd geacht zelfstandig de lijst in te vullen, waarna de observator voor retournering zorg droeg. Aan de huisartsen in de landelijke, representatieve steekproef werd de vragenlijst, in dezelfde periode als de observaties werden uitgevoerd, per post toegezonden.

De geldigheid van de vragenlijst is gebaseerd op de "face

value" en "expert opinion". De geconstructeerde geldigheid betreft de vooraf gecreëerde samenhang van de uitspraken en de wijze van selectie.

De betrouwbaarheid van de meetresultaten hebben we bovendien nog op de volgende wijze trachten te verhogen. Naast de steekproef die we getrokken hebben ten behoeve van het observatie-onderzoek volgens de eerder beschreven probleemstelling, hebben we bovendien een grotere steekproef samengesteld uit het huisartsenbestand in Nederland. Deze werd getrokken op basis van representativiteit op de kenmerken: solist/niet-solist; urbanisatiegraad van praktijkgemeente en praktijkgrootte. Aan deze steekproef werd tevens dezelfde vragenlijst voorgelegd met een begeleidende brief van de LHV-voorzitter. Het gebruik dat we van de resultaten uit de "post-enquête" maken is tweeërlei: allereerst een contrôle op de representativiteit van de eigen steekproef, anderzijds een mogelijkheid om de meting van taakopvattingen op betrouwbaarheid te onderzoeken.

Samenvattend:

Ten behoeve van het onderzoek zijn twee nieuwe instrumenten ontwikkeld, getest en toegepast, namelijk de observatie-categorieën en de taakperceptievragenlijst. In een proefonderzoek werden betrouwbaarheid en geldigheid van het observatie-instrument onderzocht. In het uiteindelijke onderzoek werden naast de observatiegegevens, aanvullende gegevens genoteerd waarmee betrouwbaarheidcontrôle mogelijk was. Tijdens de observatieperiode werden tevens een vijftal test-observaties uitgevoerd met behulp van video-opnamen. Het verschil tussen observatoren en onderzoekers bleek bij de toepassing van de observatiecategorieën over vrijwel alle categorieën niet significant.
De meting van de taakopvatting door middel van een vragenlijst werd niet alleen in de onderzoeksgroep uitgevoerd, maar tevens in een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen. Bij de constructie van de uiteindelijke schalen volgens onderdelen van de taakopvatting werden de uitkomsten uit de representatieve steekproef gebruikt. De geldigheid van beide instrumenten berust op "face value"

van terzake kundige huisartsen en onderzoekers.

4.7. Steekproeven.

Zoals in het voorgaande reeds aangegeven is, zijn ten behoeve van dit onderzoek twee steekproeven getrokken één groep huisartsen waarbij alle onderdelen van het onderzoek werden uitgevoerd (verder te noemen kleine steekproef), en een groep huisartsen waaraan alleen de perceptievragenlijst werd voorgelegd (verder te noemen: grote steekproef).

4.7.1. "Kleine" steekproef.

De gekozen techniek van gegevensverzameling met betrekking tot taak uitoefening, namelijk de directe observatie stelt practische beperkingen aan de omvang van de steekproef. Op grond van de ons ter beschikking staande middelen en om een nog hanteerbare organisatie te behouden in relatie tot het beschikbare projectmanagement, werd gekozen voor een kleine steekproef van 93 huisartsen.
Bij de samenstelling van deze steekproef golden de volgende overwegingen:

1. In de te onderzoeken groep huisartsen moeten zo goed mogelijk alle voor de probleemstelling relevante kenmerken zowel van huisartsen praktijken, als van de structurele omgeving aanwezig zijn.
2. De bereidheid tot medewerking van huisartsen vergt een zorgvuldige voorlichtings- en voorbereidingsprocedure, waardoor de kans op selectieve uitval, niet denkbeeldig bij een "gevoelig" onderwerp en uitgevoerd met behulp van een "bedreigende" methode, zo gering mogelijk wordt gemaakt.

Uit de eerste overweging volgde de samenstelling van een "purposive quota sample" (Kerlinger, 1964 p. 129), gericht op de volgende kenmerken:

- landelijke diversiteit van regionale kenmerken met betrekking tot urbanisatie en voorzieningenniveau;
- spreiding in praktijkkenmerken, met name samenwerkingsvorm wel of niet apotheekhoudend; omvang en verhouding van aantal ziekenfondspatiënten ten opzichte van particuliere patiënten;
- spreiding in persoonskenmerken, vooral wat betreft

leeftijd en/of ervaring als huisarts.

Voor het bereiken van de regionale spreiding werd Nederland verdeeld in 24 mini-provincies, volgens een ontwerp van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, d.d. februari 1977.
Voor deze indeling werd gekozen, omdat indertijd het voornemen bestond de regionalisatie, ook ten behoeve van de gezondheidszorg, te laten verlopen in deze geografische indeling.
In samenwerking met het MEMIC (Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum) van de Rijksuniversiteit Limburg werden deze 24 mini-provincies vergeleken op: urbanisatiegraad, huisartsendichtheid en aanwezigheid van gezondheidszorgvoorzieningen. Uit de hierop gebaseerde typologieën werden de volgende acht mini-provincies geselecteerd:
1. Overijssel en Groningen: "platteland met stadskern".
2. Zuid-Limburg en Kempenland: "sterk geurbaniseerd platteland".
3. Gooi, Eemland, Hameland: "forensisch gebied".
4. Haagland en Rijnmond: "grote steden".

Bij het realiseren van diversiteit in praktijk- en persoonskenmerken speelde tevens de hierbovengenoemde tweede overweging een rol. De selectie van de uiteindelijk in de steekproef op te nemen praktijken verliep via de LHV-districtvertegenwoordigers in de genoemde gebieden. Aan deze disctrictvertegenwoordigers werden in een persoonlijk contact met de onderzoekers de opzet en doelstelling van het onderzoek uitgelegd. Aan hen werd gevraagd om in "hun" district 12 artsen te zoeken, met de voor ons onderzoek relevante persoonskenmerken en praktijksituaties. Met de aldus samengestelde groepen werd per regio een voorlichtend gesprek gehouden door de onderzoekers. Uitval door weigering van medewerking heeft zich niet voorgedaan.

4.7.2. "Grote" steekproef.

Een gerandomiseerde steekproef van 900 huisartsen werd getrokken uit het totaal van in Nederland zelfstandig gevestigde en full-time werkzame huisartsen per 1 januari 1979. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het adressenbestand van het Nederlands Huisartsen Instituut. De vragenlijst werd, vergezeld van een aanbevelingsbrief van de LHV, toegezonden. De respons van 70% mag voor een schriftelijke enquête

hoog genoemd worden. Na contrôle bleek een aantal van 614 vragenlijsten geschikt voor verdere verwerking.

4.7.3. Representativiteit.

Vergelijking van beide steekproeven op voor dit onderzoek relevante variabelen, met de populatiegegevens levert het volgende resultaat op.

Tabel 1: Vergelijking naar urbanisatiegraad van beide steekproeven met de populatie van zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland die full-time werkzaam zijn, per 1 januari 1979 in percentages van het totaal.

	populatie	grote steekproef	kleine steekproef
1. Platteland	12,1	13,2	11,8
2. Verstedelijkt platteland	21,7	22,5	20,4
3. Forensenge meenten	13,8	14,6	17,3
4. Kleine steden (< 50.000 inwoners)	16,4	15,2	16,1
5. Grote steden (> 50.000 inwoners)	22,7	22,0	24,7
6. Den Haag, Amsterdam, Rotterdam	13,3	12,5	9,7
	100,0	100,0	100,0
N =	5041	614	93

Het verschil tussen de populatie en de beide steekproeven is niet significant. ($\chi^2 = 0,2$; $\chi^2 = 0,3$; $\alpha = 0,5$).

Tabel 2: Vergelijking naar praktijkvorm van beide steekproeven met de populatie van zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland die full time werkzaam zijn, per 1 januari 1979 in percentages van het totaal.

	populatie	grote steekproef	kleine steekproef
1. Solist	64,3	67,5	65,1
2. Niet-solist	35,7	32,5	34,9
3. Apotheekhoudend	26,5	28,8	32,3
4. Niet-apotheekhoudend	73,5	71,2	67,7
	100,0	100,0	100,0

χ^2 = resp. 2,74; 0,02; 1,67; 1,61;
α = 0,5.

Uit de vergelijking van beide steekproeven met de populatie blijkt voor de betreffende kenmerken geen significant verschil te bestaan. Ook de combinatie van deze kenmerken levert geen significante afwijkingen van de populatiegegevens op.

Samenvattend.

Het observatie onderzoek ten behoeve van de taak-analyse is uitgevoerd in een steekproef van 93 huisartsen. Deze steekproef werd samengesteld aan de hand van een aantal kenmerken van de artsen, praktijken en hun omgeving, dat relevant is voor de probleemstelling. De medewerking van de geselecteerde huisartsen werd verkregen door bemiddeling van regionale contactpersonen.
Een aanvullende steekproef, waarbij alleen de vragenlijst werd voorgelegd is getrokken uit het totale huisartsenbestand, per 1 januari 1979, op basis van representativiteit. Beide steekproeven zijn op significante verschillen met de populatie onderzocht; deze bleken niet aanwezig te zijn.

Hoofdstuk 5. De beschrijving van de variabelen: meetresultaten.

5.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk worden de meetresultaten van het observatie onderzoek en van de vragenlijst beschreven. In 5.2 is beschreven hoe de absolute tijdeenheden per observatie categorie zijn getransformeerd tot analyse eenheden.
In 5.3. komt eerst aan de orde hoe de gegevens voor de verklarende variabelen zijn verzameld en daarna worden de gemiddelde waarden van de gemeten onafhankelijke variabelen in een samenvattend overzicht weergegeven.

5.2. De tijdsvariabelen.

De eerste vraag, die wij in dit onderzoek willen bestuderen heeft betrekking op de taakstructuur die schuil gaat achter de activiteiten, die huisartsen in hun dagelijkse werk verrichten. Met het door ons gebruikte technische hulpmiddel bij de observaties (de G.O.R.) zijn de waargenomen activiteiten van huisartsen geregistreerd naar frequentie van voorkomen, volgorde en tijdsduur.
Uit de bestudeerde literatuur is tijdgebrek als een dominante factor bij de taakuitoefening van de huisarts naar voren gekomen. Het lag daarom voor de hand om de analyseeenheden in een tijd dimensie uit te drukken. Per huisarts zijn de waargenomen absolute tijdsbestedingen aan ieder van de 43 observatie categorieën omgezet in een relatieve tijdscore, namelijk in een percentage van de per huisarts totaal geobserveerde tijd. Daarmee worden de observaties onderling vergelijkbaar. Reeds is opgemerkt dat een transversaal onderzoek tot grote voorzichtigheid noopt ten aanzien van de conclusies. Toen bleek dat van de 93 geobserveerde praktijken er twee minder dan 10 uur geobserveerd waren, heb ik mij in dit onderzoek beperkt tot de gegevens uit 91 praktijken. De resultaten staan vermeld in tabel 5.1.
Twee categorieën: bevalling en consult vragen zijn nauwelijks of niet waargenomen. Het heeft daarom geen zin ze verder als variabele te gebruiken.

Tabel 5.1. De gemiddelde relatieve tijdscores van de 41 observatie-categorieën over 91 huisartspraktijken.

taakrubriek	categorie	gemiddelde	st.dev.
diagnostiek	anamnese	9.0	3.7
	lich.ond.	10.9	4.1
	eigen lab.ond.	1.2	1.3
	uitbest.lab.ond.	0.7	0.5
	uitbest.diagn.ond.	0.6	0.5
therapie	medicatie	6.8	3.4
	advies	3.0	1.5
	ther.handeling	2.3	1.7
	gesprek	2.8	2.6
verwijzen	diag.verwijzen	1.0	1.2
binnen	ther.verwijzen	1.0	0.9
	cons.vragen	0.3	0.6
	cons.geven	0.1	0.2
verwijzen	verwijzen	0.5	0.1
buiten	inlicht.vragen	0.1	0.3
	inlicht.geven	0.2	0.4
begeleiding	chron.cur.beg.	4.7	3.3
	follow-up	1.1	1.3
	inform.geven	0.2	0.4
preventie	geboortereg.	2.7	2.2
	perinatale zorg	1.1	1.4
	vaccinaties	0.2	0.4
	g.v.o.	0.1	0.3
	p.g.o.	0.7	1.7
	surveillance	0.4	0.8
condities	organisatie	5.4	4.2
	administratie	4.1	3.6
	samenwerking	2.6	3.4
	apotheek	0.4	0.9
	telefoon	5.8	3.8
	reistijd	11.4	5.0
	sociaal contact	2.9	2.8
	nascholing	1.6	2.8
	onderwijs geven	0.5	1.7
	privé	10.7	7.6
andere acti-	keuringen	1.4	2.5
viteiten	groepsbegeleiding	1.3	3.5
	medisch adviseur	0.1	1.0
	med. indicaties	0.1	0.2
	bestuursfunctie	0.1	0.5
	andere arts act.	0.4	1.7
		100.0	

Van een paar categorieën zijn de aantallen per 100 arts-patiënt contacten berekend. Die categorieën zijn: eigen en uitbesteed laboratoriumonderzoek, uitbesteed diagnostisch onderzoek, verwijzingen binnen de gezondheidszorg en medicatie. De relatieve frequenties van deze activiteiten zeggen meer dan de relatieve tijdsbestedingen. Het eigen laboratoriumonderzoek bijvoorbeeld wordt meestal door de assistente verricht en de werkzaamheden van de assistente zijn niet geobserveerd. In de relatieve tijdsbesteding aan eigen laboratoriumonderzoek zou dus een sterke vertekening zitten. Telkens als de huisarts aangaf laboratoriumonderzoek te willen verrichten hetzij in het eigen laboratorium hetzij in het ziekenhuis, is dat door de observator als zodanig gescoord. Daarom is de relatieve frequentie van laboratoriumonderzoek in dit verband een aanduiding van practische betekenis. De verwijsbrieven worden veelal na het spreekuur of 's avonds geschreven en de tijd, die aan het schrijven van recepten besteed is, zegt nog weinig over hoe vaak medicamenteuze therapie gegeven wordt.
Als context-variabelen, dat wil zeggen, variabelen, die een aanduiding geven van de werkomstandigheden, hebben we per huisarts de gemiddelde consultduur berekend en het gemiddeld aantal patiënten per observatie-uur.
De gemiddelde consultduur is de tijd besteed aan alle arts-patiënt contacten tijdens spreekuren en visites gedeeld door het totale aantal patiënten dat die huisarts tijdens de observatie heeft geholpen. Het gemiddeld aantal patiënten per uur is het gemiddelde aantal patiënten per observatie uur gedurende de observatieperiode per huisarts.

Tabel 5.2. De relatieve frequenties van in aantallen uitgedrukte bezigheden van de huisarts.

	gemidd./ 100 pat.cont.	st.dev.
eigen lab.onderzoek	6.7	5.0
uitbest.lab.onderzoek	4.5	3.1
uitbest.diagn.onderz.	3.7	2.8
medicatie	50.5	13.1
verwijzingen	9.7	4.7
gemidd.consultduur	7.0/min.	1.6/min.
gemidd.patiëntenaanbod	6.0/hr.	2.2/hr.
consult-visite ratio	4.6	4.4

Uit tabel 5.1. en 5.2. blijkt overduidelijk, dat de geobserveerde huisartsen onderling sterke verschillen in hun activiteiten laten zien. Met name geldt dat ten aanzien van eigen laboratorium onderzoek, therapeutische handelingen, gesprek, verwijzingen, begeleiding, geboorteregeling, perinatale zorg periodiek geneeskundig onderzoek, surveillance samenwerking, sociaal contact, nascholing, onderwijs geven, keuringen, groepsbegeleiding en consult-visite ratio.
De verschillen zijn geringer met betrekking tot anamnese, lichamelijk onderzoek reistijd, medicatie, praktijkorganisatie en administratie, gemiddelde consultduur en gemiddeld aantal patiënten per observatie-uur.
De verschillen zijn ongetwijfeld ten dele toe te schrijven aan structurele factoren. Met name denken we dan aan de praktijkvorm, de patiëntenpopulatie, de plaats waar gepraktiseerd wordt. Maar de verschillen ten aanzien van gespreksvoering, sociaal contact, begeleiding, preventie en consult-visite ratio doen ons ook vermoeden, dat er individuele factoren in het spel zijn, bijvoorbeeld wat betreft de taakgerichtheid of het gedrag als huisarts. In de volgende hoofdstukken zullen we daarom speciaal de aandacht richten op de individuele gerichtheid in taakuitoefening en de mate waarin situatie-, werkwijze- en persoonsvariabelen een verklaring geven voor de verschillen in taakuitoefening. Die situatie-, werkwijze- en persoonsvariabelen worden daarom de onafhankelijke of verklarende variabelen genoemd.

5.3. De verklarende variabelen.

5.3.1. Het verzamelen van gegevens.

Het literatuuroverzicht uit hoofdstuk 2 heeft duidelijke aanwijzingen opgeleverd voor factoren die verschillen in de taakuitoefening van huisartsen kunnen verklaren. Die factoren kunnen schematisch gerangschikt worden in:
- situatie-factoren, betrekking hebben op de werksituatie;
- werkwijze-kenmerken;
- persoonskenmerken.

De meeste van de in het literatuuroverzicht besproken factoren heb ik in dit onderzoek gebruikt voor het bestuderen van de tweede vraagstelling. (zie 4.3.). De door mij gebruikte verklarende variabelen zijn:

Werksituatie:
- praktijkgrootte
- praktijkvorm
- ziekenfondsratio
- leeftijdsopbouw van de bevolking ter plaatse
- gemiddeld aantal patiënten per observatie-uur

Werkwijze:
- proportie uitbesteed laboratoriumonderzoek
- proportie verwijzingen
- uitgebreidheid van het instrumentarium
- consult-visite ratio

Persoon van de arts:
- ervaring als huisarts
- taakbreedte
- gewenst diagnostisch en therapeutisch niveau
- bereidheid tot samenwerking
- tijdsdruk en niveau van voorzieningen

De wijze waarop deze gegevens verzameld zijn is als volgt: De praktijkkenmerken: praktijkgrootte, praktijkvorm en ziekenfondsratio zijn door de huisartsen opgegeven, evenals het aantal jaren, dat men als huisarts gevestigd is. Dat aantal jaren is de operationalisatie voor het begrip: ervaring als huisarts.

De demografische gegevens zijn overgenomen van het CBS. De bevolkingsopbouw in de plaats van vestiging is alleen geïndiceerd met behulp van het aantal "kinderen jonger dan 14 jaar" als ratio van het totaal aantal inwoners. Door de vorm van onze bevolkingspyramide is er n.l. een significante, hoge negatieve samenhang van deze variabele met de bejaarden ratio ($r = -.77$, $P < .01$). We zouden liefst de demografische samenstelling per praktijk hebben geweten, maar dat was niet haalbaar, omdat slechts weinig huisartsen over een leeftijd en geslachtsregister beschikken. Daarom is van een proxi gebruik gemaakt in de vorm van het CBS gegeven.

Het gemiddeld aantal patiënten per observatie-uur, de proportie uitbesteed laboratoriumonderzoek en verwijzingen en de consult-visite ratio zijn berekend uit de observatiegegevens (5.2.).

Over de uitgebreidheid van het in de praktijk aanwezige instrumentarium is een vraag opgenomen in de enquête (vraag 11, zie bijlage 2). Hieruit is een schaal geconstrueerd, lopend van zeer gering tot zeer uitgebreid. Zeer gering is, indien alleen een bloeddrukmeter, hechtset, oogspiegel en vaginaalspecula ter beschikking zijn (score: 4). Van zeer uitgebreid is sprake als daarbij zijn opgegeven: een audiometer, brillendoos, electrocardiograaf, een electronische stethoscoop, een hyfrecator, een peak-flow meter, een polarimeter, een rectoscoop, een tonometer. (score: 16).

De gespecificeerde taakbreedte, gewenst diagnostisch of therapeutisch niveau, bereidheid tot samenwerking en tijdsdruk en voorzieningenniveau zijn aspecten van opvattingen ten aanzien van de taken van de huisarts. Bij de meting van opvattingen, die huisartsen hebben ten aanzien van de inhoud het niveau en de uitoefening van hun taken, zijn we uitgegaan van de discussies rondom de verschillende takenpakketten zoals die opgesteld zijn door de LHV en KNMG-commissies. (zie hoofdstuk 1.1.).
De vragenlijst die voor deze meting gebruikt is, werd ook voorgelegd aan de representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen. Op grond van de hieruit verkregen gegevens, hebben we geprobeerd enige structurering in het totale pakket vragen aan te brengen. Deze structurering willen we ook

hanteren bij de verwerking van de gegevens die bij de steekproef van geobserveerde huisartsen zijn verkregen.

De meningen van huisartsen omtrent de taakbreedte, tijdsdruk en voorzieningenniveau werden onderzocht op hun onderlinge samenhang. Hiertoe werd een associatie-matrix geconstrueerd met behulp van de maximale kapa (Cohen, 1970; Hildebrand, 1977).
Door de wijze waarop deze maat wordt berekend kunnen ook scheve verdelingen en niet-lineaire samenhangen in de analyse worden betrokken. Op de aldus verkregen associatie-matrix werd cluster-analyse uitgevoerd met behulp van het cluster-programma van Wishart (1978). Volgens de methode van clustering, te benoemen als hiërarchisch, complete linkage (Everitt, 1974) werd hiermee het in tabel 5.3. weergegeven resultaat verkregen.

Tabel 5.3. Cluster-indeling van opinievragen met betrekking tot de taakbreedte in de "grote" steekproef. (N= 614).

clusterbenoeming	opinievragen (nr. uit vragenlijst, zie bijlage 2			cluster-niveau
1. zelf sociale problemen aanpakken als huisarts	12.4	12.6	15.7	.135
	17.1	17.2	17.5	
2. samenwerken met anderen	18.1	18.3	18.4	.162
	18.6	18.7		
3. zo weinig mogelijk doorverwijzen	12.5	13.1	13.5	.157
	14.5	16.3	16.4	
	16.5	17.3	17.4	
4. zoveel mogelijk zelf begeleiden en preventief werken	14.2	14.3	14.4	.144
	14.6	15.1	15.2	
	15.5	15.6		
5. werken onder grote tijdsdruk	12.8	13.9	14.8	.261
	15.9	16.7	17.7	
6. Voorzieningenniveau is voldoende voor begeleiding en preventie	14.7	15.3	15.8	.206
	17.6			

Enkele opmerkingen naar aanleiding van tabel 5.3.:

- De samenhang die gevonden is tussen de antwoorden op de onderscheiden vragen is niet erg sterk te noemen (Boots, Van Zutphen, 1981). Gezien het feit dat de gebruikte vragen betrekking hebben op binnen de beroepsgroep discutabele onderwerpen zijn twee conclusies mogelijk:
  ofwel de onderwerpen zijn alleen discutabel voor de kleine groep huisartsen in commissies en besturen van

de beroepsverenigingen en niet voor de achterban; ofwel de discussie omtrent de verschillende onderwerpen is van dien aard, dat een mening op één punt geen of nauwelijks voorspellende betekenis heeft voor het ingenomen standpunt over een ander onderwerp.

- Het benoemen van de clusters is een arbitraire zaak. De nadere analyse die werd uitgevoerd op de tot clusters gegroepeerde variabelen is richtinggevend geweest. Deze vond plaats zowel met behulp van een per cluster opgestelde nulde-orde-correlatiematrix, als door onderlinge paarsgewijze vergelijking van de afzonderlijke vragen. De hieruit resulterende "bepalende" variabele werd voor benoeming vanuit het cluster gekozen. Enige ondersteuning voor de clusters 1, 2 en 4 wordt gevonden bij Raupp in de door hem gevonden factor II; factor III vertoont sterke gelijkenis met de clusters 5 en 6 (Raupp, 1971, p. 50). De taakopvatting van een huisarts zoals die door Dopheide (1982) is gemeten, betreft uitsluitend "verwijzen", een verdere splitsing van de vragen die in cluster 3 zijn samengevat.

- De gevonden clusters hebben op zichzelf weinig beschrijvende betekenis. We gebruiken ze om een empirische aanwijzing te hebben op grond waarvan de gestelde vragen kunnen worden gegroepeerd en gebruikt voor een additieve schaalconstructie van de gegevens, die verkregen zijn uit de steekproef.

Taakopvattingen.

De vragen waarmee "opvattingen" van de geobserveerde huisartsen ten aanzien van taakbreedte, tijdsdruk en het voorzieningenniveau werden gemeten, zijn samengevoegd volgens de clusterindeling die verkregen werd uit de enquêtegegevens van de representatieve landelijke steekproef. Na hercodering ten behoeve van de gelijke richting van alle antwoorden werden de scores opgeteld. De aldus ontstane eindscores vormen een ordinale schaal die tot een vijfpuntsindeling is getransformeerd op grond van het aantal samenstellende vragen. De vragen omtrent het gewenste niveau van diagnostiek en therapie zijn samengevoegd tot ordinale

vijfpuntsschalen.
Een "brede" taakopvatting wil zeggen, dat men bijvoorbeeld vindt, dat de huisarts zo weinig mogelijk moet doorverwijzen èn zo veel mogelijk begeleiding en preventie moet geven.
Huisartsen met een "hoog" gewenst niveau van diagnostiek vinden dat de huisarts zelf cardiale ritme stoornissen moet kunnen differentiëren, zelf een onderzoek moet doen naar de oorzaken van infertiliteit e.c.g.'s moet kunnen lezen en psychomotore ontwikkelingsstoornissen bij kinderen moet kunnen vaststellen.
Een "hoog" gewenst therapeutisch niveau betekent bijvoorbeeld dat men vindt zelf paracentese te moeten doen, een bril voor presbyopie of lichte myopie te moeten voorschrijven of zelf patiënten met een allergie te moeten desensibiliseren.
Een "grote" bereidheid tot samenwerking met andere eerstelijns werkers wil zeggen, dat men bijvoorbeeld vindt dat gestructureerd samenwerken met anderen een noodzakelijke voorwaarde is voor een kwalitatief verantwoorde zorg of dat in een samenwerkingsverband de specifieke taak van de huisarts beter tot zijn recht komt.

Tabel 5.4. Frequentieverdeling in percentages van de antwoorden op de vragen naar taakopvatting.

	laag positief	hoog positief
zelf sociale problemen aanpakken	38.7	16.1
bereidheid tot samenwerken	21.5	37.6
zo weinig mogelijk doorverwijzen	1.1	83.9
zo veel mogelijk begeleiding/ preventie geven	6.5	38.7
tijdsdruk is belemmerend	44.1	19.4
voldoende ondersteuning door aanwezige voorzieningen	11.8	52.7
gewenst niveau van somatische diagnostiek	7.5	49.5
gewenst niveau van somatische therapie	1.1	79.6

De verdelingen laten zien dat de meningen redelijk gespreid zijn.

- Een negatieve tendens valt de constateren ten aanzien van het zelf aanpakken van sociale problemen en een meer positieve houding ten aanzien van het zo weinig mogelijk doorverwijzen.

- Meer verrassend is de ontkenning van de tijdsdruk als belemmerende factor bij het uitoefenen van de taken als huisarts. Waarschijnlijk hangt dit samen met de koppeling die in de betreffende vragen wordt gelegd tussen de tijdsruk en het gewenste niveau van handelen per functie. Het aangeven van tijdsdruk zou betekenen: beneden het na te streven kwaliteitsnivaeu werken.

- Het noodzakelijk geachte niveau van diagnostiek en therapie is hoog. Hoewel de vragen hieromtrent voor het merendeel "facultatieve" taken uit het takenpakket van de LHV-commissie bevatten, zegt toch het merendeel van de ondervraagde huisartsen dat deze activiteiten tot het werkgebied van de huisarts behoren.

Wanneer we de beschrijvende gegevens uit tabel 5.4. globaal samenvatten dan kan gezegd worden:

De huisartsen achten een hoog niveau van somatische diagnostiek en therapie wenselijk, ze zijn gericht op zelf begeleiden, preventief werken en zo weinig mogelijk doorverwijzen. Ze voelen zich niet erg gehinderd door tijdsdruk, ook niet door ontbrekende voorzieningen. Over samenwerking met andere eerstelijns werkers lopen de meningen zeer sterk uiteen, met een zeer licht overwicht naar de positieve kant.

5.3.2. Overzicht van de gemiddelde waarden en standaarddeviaties van de verklarende variabelen.

A. Variabelen met betrekking tot de werksituatie.

1. De praktijkgrootte per huisarts: $\bar{x}$= 2935 pat., s.d.= 1174.
2. De praktijkvorm per huisarts; een dichotome variabele: solistisch (62,4%) en non-solistisch (37,6%).
3. De ziekenfondsratio: het aantal ziekenfondspatiënten als proportie van het totaal aantal ingeschreven patiënten per huisarts: $\bar{x}$= 0,676, s.d.= 0,162.
4. De ratio van het aantal kinderen onder de 14 jaar ten opzichte van de totale bevolking van de gemeente waar de huisarts praktiseerd: $\bar{x}$= 0,242, s.d.= 0,044.
5. Het gemiddeld aantal patiënten per observatie-uur per huisarts: $\bar{x}$= 6,0, s.d.= 2,2.

B. Variabelen met betrekking tot de werkwijze.

6. De proportie uitbesteed laboratoriumonderzoek: het aantal onderzoeken per 100 patiëntencontacten in de observatieperiode per huisarts: $\bar{x}$= 4,5, s.d.= 3,1.
7. De proportie verwijzingen: het aantal verwijzingen per 100 patiëntencontacten in de observatieperiode per huisarts: $\bar{x}$= 9,7, s.d.= 4,7.
8. De uitgebreidheid van het instrumentarium: een ordinale schaal, samengesteld uit de antwoorden op vraag 11 uit de vragenlijst (zie bijlage 2) oplopend in schaalwaarden van "zeer gering" tot "zeer uitgebreid": $\bar{x}$= 9,6, s.d.= 2,6.
9. De consult visite ratio: de verhouding tussen het in de observatieperiode per huisarts waargenomen

aantal spreekuurconsulten en de bezoeken bij de patiënt thuis: $\bar{x}$= 4,6, s.d.= 4,4.

C. Variabelen met betrekking tot de persoon van de huisarts.

10. De ervaring als huisarts: uitgedrukt in het aantal jaren praktijkervaring per huisarts: $\bar{x}$= 11,2, s.d.= 8,7.
11. De taakbreedte per huisarts: uitgedrukt in een vijfpunts ordinale schaal, samengesteld uit de clusters 1, 3 en 4 (zie tabel 5.3.) oplopend in schaalwaarden van "smal" naar "breed" en met een betrouwbaarheidscoëfficient α = .54. $\bar{x}$= 2,9, s.d.= 1,5.
12. Het gewenste diagnostische en therapeutische niveau: een vijfpunts ordinale schaal, samengesteld uit de vragen van paragraaf 20A en 20B uit de vragenlijst (zie bijlage 2) in schaalwaarden oplopend van "laag" naar "hoog' en met een betrouwbaarheidscoëfficient α = .67. $\bar{x}$= 3,0, s.d.= 1,4.
13. De bereidheid tot samenwerking in het eerste echelon: een vijfpunts ordinale schaal, gebaseerd op de vragen in cluster 2 (zie tabel 5.3.) oplopend in schaalwaarden van "weinig bereidheid" tot "grote bereidheid" en met een betrouwbaarheidscoëfficient van α = .48. $\bar{x}$= 2,9, s.d.= 1,5.
14. De beschikbare tijd en de beschikbaarheid van ondersteunende voorzieningen: een vijfpunts ordinale schaal, samengesteld uit de clusters 4 en 5 (zie tabel 5.3.), oplopend in schaalwaarden van "weinig" tot "veel" en met een betrouwbaarheidscoëfficient van α = .57. $\bar{x}$= 3,0, s.d.= 1,5.

Hoofdstuk 6. De taken van de huisarts.

6.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk staat de eerste van de twee voor dit onderzoek geformuleerde vraagstellingen centraal. Die vraag luidt: welke taakdimensies zijn er feitelijk te vinden in de activiteiten, die huisartsen dagelijks verrichten, met andere woorden op welke taken is het werk van de huisarts de facto gericht?
Bij de behandeling van deze vraagstelling speelt de factoranalyse een belangrijke rol. Met factoranalyse kan men een ordening geven van de relatieve tijdsvariabelen, dus van de observatie-categorieën, in taakdimensies of factoren, die een op statistisch-empirische gronden nauwkeuriger met de werkelijkheid overeengekomende afspiegeling van de taakstructuur opleveren dan de schematische indeling van de observatie-categorieën uit de door de beroepsgroep opgestelde taakrapporten. Met de factoranalyse verkrijgen we bovendien een reductie in het betrekkelijk grote aantal tijdsvariabelen, hetgeen noodzakelijk is voor de behandeling van de tweede vraagstelling, die beschreven wordt in hoofdstuk 7.
In paragraaf 6.2. zal de bewerking met de factoranalyse beschreven worden.
In paragraaf 6 3. wordt de inhoud van de empirisch gevonden taakstructuur besproken.
In paragraaf 6.4. wordt de relatie tussen de gevonden factoren en het door de Landelijke Huisartsen Vereniging geformuleerde "Basis-Takenpakket van de Huisarts" bediscussieërd (LHV, 1983).

6.2. De factoranalyse.

Het staat bij voorbaat vast, dat een aantal van de tijdsvariabelen niet onafhankelijk van elkaar is en dus met elkaar samenhangt. Het zal duidelijk zijn dat bijvoorbeeld anamnese, lichamelijk onderzoek, medicatie en advies een significante samenhang met elkaar vertonen.
Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld vaccinaties en zuigelingencontrôles. Uit de correlatiematrix van de tijdsvariabelen

(zie bijlage 3) blijkt dan ook dat er talrijke significante correlaties bestaan tussen de 41 tijdsvariabelen.
Met behulp van factoranalyse kan men nu een inzicht krijgen in de verschillende samenhangen. Factoranalyse is een statistische methode, waarbij gebruik gemaakt wordt van matrixalgebra en waarmee een groot aantal onderling samenhangende, kwantitatieve variabelen omgezet wordt in een beperkt aantal nieuwe "variabelen" of factoren. Die factoren worden gewoonlijk zo gekozen, dat ze onafhankelijk van elkaar zijn. Het gaat er om een beperkt aantal factoren te vinden, die de achterliggende structuur in de data zo kernachtig mogelijk weergeeft. Men veronderstelt daarbij, dat twee verschillende bronnen van invloeden aan de totstandkoming van de gegevens hebben bijgedragen, namelijk gemeenschappelijke en unieke invloeden. De gemeenschappelijke invloeden maken, dat er samenhang tussen de empirische variabelen valt te constateren. De unieke invloeden nemen de overblijvende verschillen of variantie in de gegevens voor hun rekening, onder andere die ten gevolge van meetfouten. Vanuit de correlatiematrix kan men dus met factoranalyse zoeken naar systematiek in het mozaïek van samenhangen tussen de gemeten variabelen. Die systematiek is te vinden door van elk paar variabelen te bepalen hoe sterk hun samenhang is en die uit te drukken in een zogenaamde factorlading. De waarde van die factorlading kan variëren van 0 (laagste lading) tot +1 of -1 (hoogste lading). Een hoge lading betekent dat de variabele veel informatie met de betreffende factor deelt. Factoren zijn eigenlijk wiskundige vergelijkingen, die pas betekenis krijgen door de interpretatie, die men er aan geeft. Men moet de factoren benoemen. Om ze zinvol te kunnen benoemen moet men een niet te groot aantal factoren trekken. Anderzijds moet dat aantal niet te klein zijn, want behalve de eis, dat de getrokken factoren goed benoembaar moeten zijn, moet er rekening mee gehouden worden, dat de factoren in voldoende mate de variantie in de variabelen voor hun rekening nemen. Er zou anders bij de reductie van het oorspronkelijke aantal variabelen te veel informatie verloren gaan. In dit onderzoek stellen we ons ten doel, dat de factoren stuk voor stuk voor een eigensoortige bron van variantie staan èn dat ze tegelijkertijd een hoge practische betekenis hebben. Ten aanzien van het te trekken aantal factoren houdt dat het sluiten van compromissen in. Dikwijls zal op één punt

moeten worden ingeleverd om op een ander punt te winnen (Van der Zee, 1975).
Bij de extractie van factoren spelen twee overwegingen dus een belangrijke rol. In de eerste plaats dient met de factoren aanzienlijk meer informatie te worden gegeven dan met de afzonderlijke variabelen. Hier hebben we te maken met 41 variabelen, dat wil zeggen dat elke variabele gemiddeld ongeveer 2,5% van de beschikbare informatie voor zijn rekening neemt. Een factor moet daarom veel meer dan 2,5% van de variantie verklaren. Als dat percentage niet veel groter is dan verliest die factor zijn practische betekenis.
In de tweede plaats moet men beslissen of men de voorkeur geeft aan zoveel mogelijk gebonden variantie per factor of aan een zo hoog mogelijke lading op de factoren per variabele. Zojuist is al gezegd dat wij in dit onderzoek streven naar zo veel mogelijk variantie per factor. We hebben daartoe bij het trekken van de factoren gebruik gemaakt van de varimax-rotatie in het SPSS-programma (Nie et al., 1975).
Bij het kiezen van het voor het gegeven doel, passende aantal factoren zijn er een paar criteria, die houvast bieden. Dat zijn:

- de communaliteit: het percentage verklaarde variantie per variabele;
- het percentage verklaarde variantie per factor;
- het percentage totaal verklaarde variantie door alle factoren tesamen.

De communaliteit is een maat, die uitdrukt hoeveel variantie van een variabele door de factoren tesamen wordt verklaard. Deze maat wordt berekend door alle bij een variabele behorende factorladingen te kwadrateren en te sommeren. De som kan maximaal 1.0 worden. De hoogte van de communaliteit zegt iets over de mate, waarin de factoren er in slagen een variabele te vervangen.

Factoranalyse is dus een methode van speuren naar families van variabelen in een bestand van onderling samenhangende variabelen. In paragraaf 3.4. is reeds vermeld, dat wij bij de indeling van de observatie-categorieën zijn uitgegaan van een schematische indeling van de taken van de huisarts, gebaseerd op het LHV-rapport: De Taken van de Huisarts" (LHV, 1977). Onze indeling omvat zes patiëntenzorgtaken en twee aanvullende taken, waarvan er één is samengevat als "condities" (= voorwaarden-scheppend), waartoe werkzaamhe-

den ten behoeve van de praktijkvoering en het functioneren als huisarts worden gerekend en de ander als "andere activiteiten als arts". Zou die indeling juist zijn, dus met de werkelijkheid overeenkomen, dan zouden wij hier nu de voorspelling van die taakstructuur kunnen toetsen door de computer acht factoren te laten trekken en dan zien of er acht goed benoembare factoren tevoorschijn komen. Dat is gebeurd. In alle gevallen is een factorlading van .30 of groter aangehouden om een variabele een bijdrage te laten leveren aan de inhoud van de betreffende factor.
Van de acht factoren was de eerste goed benoembaar. Daarnaast waren er nog vier factoren redelijk benoembaar. Eén factor was vooralsnog niet duidelijk en de laatste was niet benoembaar. Dus de door ons veronderstelde taakstructuur klopt niet met de werkelijkheid. Wel geeft dit resultaat een indicatie, dat er waarschijnlijk zes goed benoembare factoren in het materiaal te vinden zijn.
De factoranalyse is daarom herhaald, waarbij de extractie na zes factoren beëindigd is. De uitkomst van deze factoranalyse is weergegeven in de tabellen 6.1. en 6.2.

tabel 6.1.

Tabel Factorladingen en communaliteit van de 41 tijdsvariabelen op de zes getrokken factoren.

Tijdsvar.	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Com.
anamnese	.72	.21	-.14	.14	-.05	.00	.60
lich. ond.	.71	-.00	-.18	.03	-.17	-.05	.57
eigen lab.	-.03	.08	-.02	-.03	.00	-.30	.10
niet-eigen lab	.53	.15	.13	.24	.09	-.05	.39
aangevr. diagn.	.41	-.11	-.05	-.09	-.07	.04	.20
medicatie	.62	-.17	.17	-.08	.27	.06	.52
advies	.36	-.13	-.34	.45	.22	.00	.51
ther.handeling	.31	-.03	-.21	.07	-.07	-.04	.16
ther. gesprek	.05	.15	-.05	-.07	-.20	.34	.19
diagn. verwijz.	.00	-.03	.18	-.01	.00	.06	.04
ther. verwijz.	.38	.12	.01	-.47	.15	-.13	.42
consult vragen	-.12	.08	.55	.14	-.02	.06	.35
consult geven	.08	.03	-.05	.27	-.01	.14	.10
verw.buiten gez.z.	-.04	.37	.06	-.07	.08	-.01	.15
inlichtingen geven	-.20	.24	-.13	-.03	-.11	.12	.14
inlichtingen vragen	-.08	.20	.02	-.04	.19	.25	.15
chron.cur.begeleid.	-.09	-.26	.15	.27	-.41	-.16	.36
follow.up	.13	-.13	-.12	-.40	-.16	.02	.23
informatie geven	-.00	-.20	-.10	-.05	-.48	.14	.31
geboorteregeling	.09	.04	-.30	.24	.40	-.13	.33
perinatale zorg	-.27	.05	-.37	.20	-.00	.25	.31
vaccineren	-.13	-.43	-.13	.09	.36	.18	.39
per. gen. ond.	.05	-.42	-.05	-.12	-.05	.10	.20
surveillance	.01	-.13	.05	.37	.18	-.08	.20
gez.voorl. en opv.	.01	.03	-.08	.26	-.14	-.05	.10
praktijkorganisatie	-.25	-.18	-.33	-.09	-.01	.20	.25
adm/registratie	-.09	.33	-.03	-.48	.00	-.26	.42
telefoon	.07	.36	-.06	-.15	-.06	.24	.22
apotheek	-.09	.09	-.02	-.14	-.14	-.06	.06
samenwerking	-.04	.33	.00	.07	-.28	.15	.22
reistijd	-.12	-.56	.23	.01	-.14	.08	.41
sociaal contact	-.14	-.21	.29	.05	-.15	-.11	.18
nascholing	-.08	.06	.44	-.07	.29	.05	.30
onderwijs geven	-.38	.38	.25	.00	.03	.17	.38
keuringen	.09	.01	.28	-.09	.08	-.22	.15
categor. begel	-.38	-.13	-.10	.10	.33	.29	.39
privé	-.56	.11	-.05	.02	-.01	-.52	.61
med. indicatie	-.07	-.08	.38	.28	-.11	.02	.25
med. adviseur	-.13	.01	-.03	-.02	-.28	-.06	.10
and. artsactiv.	-.24	.12	.00	-.02	.04	.28	.15
bestuursactiv.	-.08	-.01	.06	.10	.10	.21	.07

Tabel 6.2. De per factor verklaarde variantie en het door de zes factoren totale percentage verklaarde variantie.

	% per factor	cum. %
factor 1	9,6	9,6
factor 2	6,8	16,5
factor 3	6,0	22,4
factor 4	5,5	27,9
factor 5	4,7	32,6
factor 6	4,5	37,2

Het blijkt dat de zes factoren samen 37,2% van de totale variantie verklaren. Dat is hoog in aanmerking nemend, dat het om observatie-onderzoek gaat. In observatiegegevens zit onvermijdelijk veel "ruis". Gedrag is nu eenmaal weerbarstig. Hiermee rekening houdend hebben we als grens voor de communaliteit de waarde .15 aangehouden. Daarmee blijkt, dat de zes factoren 33 van de 41 variabelen kunnen vervangen; dat is 80%. De tijdsvariabelen met unieke variantie zijn:

- eigen laboratoriumonderzoek;
- diagnostisch verwijzen;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- inlichtingen geven aan andere hulpverleners;
- consultatie geven;
- medisch adviseurschap;
- apotheekwerkzaamheden;
- bestuursactiviteiten.

Deze activiteiten behoren dus tot een rest die geen aan de zes factoren gerelateerde betekenis heeft. Waarschijnlijk komt dit door het feit dat de huisarts aan deze activiteiten weinig tijd blijkt te besteden, zoals aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, consultatie geven en inlichtingen verstrekken aan andere hulpverleners (zie 5.2.; **Bergsma**, 1984), of ze gewoonlijk aan de assistente overlaat, zoals laboratoriumonderzoek in de eigen praktijk en apotheekwerkzaamheden (**Raupp**, 1971). Bestuursactiviteiten en medisch adviseurschap blijken overdag in de werktijd vrijwel niet voor te komen (zie 5.2.). Het door ons gemaakte onderscheid in verwijzen met overwegend diagnostische vraagstelling blijkt van geen betekenis. Op bovenstaande

gronden blijkt een factoranalyse met zes factoren het meest aan de doelstelling van goede benoembaarheid van de factoren en een zo groot mogelijke mate van verklaarde variantie te beantwoorden.

Factor 1 blijkt voornamelijk te worden bepaald door de variabelen gerangschikt onder "diagnostiek", "therapie" en "verwijzen binnen de gezondheidszorg". Opvallend is, dat "privé" (tijd besteed aan pauzes en persoonlijke bezigheden), "groeps- of categorale begeleiding" en "advies geven" en het "geven van onderwijs" een hoge negatieve lading hebben. De perinatale zorg heeft eveneens een relatieve hoge, negatieve lading (-.27). Behalve dus dat deze factor onmiskenbaar verwijst naar de somatische curatieve zorg, is er tevens een aanwijzing, dat huisartsen, die meer dan een gemiddelde hoeveelheid tijd aan curatieve zorg besteden druk in beslag genomen worden door hun praktijk, en geen gelegenheid vinden om naast hun werk nog extra-taken te vervullen, zoals een huisarts-opleiderschap, het doen van consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters of verloskundige zorg. In sommige gevallen kan dit gedrag samenhangen met structurele omstandigheden. In de grote stad bijvoorbeeld doet de huisarts minder aan verloskunde en aan zuigelingencontroles (Bremer, 1978).

Factor 2. Op deze factor laden hoog positief: "verwijzen buiten de gezondheidszorg", "samenwerking met andere disciplines" "administratie en registratie", "telefoon" en "het geven van onderwijs". Ook hier zijn er een aantal categorieën die tamelijk sterk negatief laden: "reistijd" (vervoer), "vaccinaties" en "periodiek geneeskundig onderzoek". De combinatie "vaccinaties" en "periodiek geneeskundige onderzoek" wil zeggen het verrichten van zuigelingen- en kleuterzorg ten behoeve van kinderen uit de eigen praktijk, al of niet uitgevoerd op een apart baby-spreekuur. Deze factor wijst op samenwerking met andere disciplines en het geven van onderwijs. Het verband tussen samenwerking en onderwijs geven is niet direct voor de hand liggend. Samenwerken komt voort uit methodisch werken (Holten-Vriesema et al., 1978). Methodisch werken en administratie en registratie (verslaglegging) zijn belangrijke uitgangspunten voor

het practisch medisch onderwijs en de beroepsopleiding tot huisarts (Bouhuijs, 1983; Rijntjes et al., 1983; Van Aalderen, 1980). Het is daarom denkbaar, dat men door het doelgericht samenwerken met andere disciplines zich ook aangesproken voelt om als huisartsopleider te fungeren. Ook het omgekeerde is mogelijk, dat men als huisartsopleider in de training, die daar bij behoort, het samenwerken met andere disciplines juist ontwikkelt. Hoe het ook zij een zeker gedrag als huisarts hangt hiermee samen, namelijk een meer dan gemiddelde tijdsbesteding aan samenwerking en onderwijs geven gaat gepaard met een "modernistische" stijl van praktijkvoering, in de zin, dat er relatief weinig huisbezoeken worden afgelegd.

Op factor 3 laden redelijk hoog positief: "nascholing", "consultatie vragen" en "medische indicatiestelling" en negatief de categorieën: "praktijkorganisatie", "perinatale zorg", "geboorteregeling" en "advies". Deze factor verwijst daarmee naar het vergaren van gegevens en inlichtingen ten behoeve van de patiëntenzorg en het op peil houden of het vergroten van de eigen deskundigheid als huisarts.
"Sociaal contact" laadt eveneens redelijk hoog (.29) op deze factor hetgeen er op duidt dat nascholing en ziekenhuisbezoek samengaan. Onder de categorie "sociaal contact" is immers onder andere het bezoek van patiënten in het ziekenhuis geregistreerd. Dat lijkt zeer aannemelijk; klinische bijeenkomsten en patiëntendemonstraties zijn een belangrijke vorm van nascholing voor huisartsen. Het relatief meer tijd besteden aan nascholing en aan consultatief overleg met specialisten gaat kennelijk vaak samen met een relatief groter tijdsbesteding aan het opzoeken van patiënten in het ziekenhuis.

Factor 4 wordt voornamelijk bepaald door de negatief ladende categorieën: "(therapeutisch) verwijzen", "follow-up" (nazorg) en "administratie/registratie". In positieve zin wordt deze factor bepaald door: "advies" en "surveillance". Dit wijst in de richting van de secundair-preventieve begeleiding van risico-patiënten. Deze interpretatie wordt gesteund door de tamelijk hoge samenhang van deze factor met de variabele "curatieve begeleiding".
Een relatief geringe tijdsbesteding aan verwijzingen hangt samen met een relatief grotere tijdsbesteding aan surveil-

lance van risicopatiënten en het begeleiden van chronisch zieken.

Op factor 5 laden de categorieën: "chronisch curatieve begeleiding" en "informatie geven" sterk negatief. Positief laden: "geboorteregeling", "vaccinaties" en "categorale- of groepsbegeleiding". Dit laatste betreft voornamelijk zuigelingen- of kleutercontrôles op consultatiebureaus. Deze factor is te omschrijven als preventie ten behoeve van vrouwen in de fertiele leeftijd en van jonge kinderen. Opvallend is dat "samenwerking" en "gesprek" negatief en "medicatie" betrekkelijk hoog positief laden op deze factor. Een meer dan gemiddelde tijdsbesteding aan primaire preventie aan vrouwen in de fertiele leeftijd en aan jonge kinderen gaat gepaard met een relatief geringere tijdsbesteding aan samenwerking met andere disciplines en gespreksvoering. Het zou kunnen zijn, dat dit gedrag samenhangt met een meer somatisch-technische instelling.

Factor 6 wordt in de eerste plaats gekenmerkt door een hoge negatieve lading van de categorie: "privé" en in de tweede plaats door de hoge positieve lading van "gesprek". Deze factor wijst naar de dimensie therapeutische gespreksvoering. Een relatief sterke positieve lading van de categorieën: "perinatale zorg" en "inlichtingen vragen aan andere hulpverleners in het eerste echelon" steunen mijns inziens die interpretatie. De perinatale zorg omvat ook de opvang van de vrouw na de bevalling. Gezien de frequentie van voorkomen van post-partale depressies (Sanders, 1984) zal er zeker behoefte bestaan aan gespreksmatige begeleiding. Uiteraard kan die behoefte ook op andere terreinen aanwezig zijn of kunnen huisartsen het geven van gespreksmatige interventie geïndiceerd achten.
Het is in ieder geval duidelijk, dat wanneer de huisarts relatief vaker tot gespreksvoering overgaat hem dat veel tijd kost en hij die tijd moet zien te verkrijgen door langer te werken en zich minder pauzes te gunnen.
Dus niet alleen artsen met een relatief grotere tijdsbesteding aan somatisch curatieve zorg werken onder een grotere tijdsdruk. Bij de gespreksvoering treedt dat verschijnsel eveneens op.

6.3. Bespreking van de resultaten.

In dit onderzoek is aan het trekken en benoemen van factoren de eis gesteld, dat de factoren een hoge practische betekenis moeten hebben om de doelstellingen, die de huisarts in zijn werk tracht te bereiken te kunnen aangeven. Dat betekent, dat de factoren ieder voor zich een eigensoortige bron van variantie moeten vertegenwoordigen, dat zil zeggen dat ze zich zoveel mogelijk onafhankelijk tot elkaar verhouden. De kwaliteit van onze factoren is af te meten aan twee soorten criteria: interne en externe criteria.
Interne criteria zeggen of de representatie in de factoren recht doet aan het empirisch materiaal. Dit wordt afgemeten aan de communaliteit, het percentage verklaarde variantie per factor en het door de factoren tesamen verklaarde percentage van de totale variantie. Het percentage totaal door de factoren verklaarde variantie is hoog, de aard van het onderzoek in aanmerking nemend. Voor de communaliteit is hier een waarde .15 gekozen. Bij deze waarde vervangen de zes factoren 33 van de 41 variabelen. De variabelen, die niet zijn vervangen blijken een ondergeschikte, niet noemenswaardige rol te spelen in het werk van de huisarts (zie tabel 6.3.).

Tabel 6.3. De tien categorieën met de hoogste en de laagste waarde van communaliteit.

hoogste communaliteit		laagste communaliteit	
anamnese	.60	diagn.verw.	.04
lich.ond.	.57	apotheek	.06
medicatie	.52	bestuursact.	.07
advies	.51	med.adv.	.10
privé	.61	g.v.o.	.10
reistijd	.41	consult geven	.10
verslaglegging	.42	eigen lab.ond.	.10
vaccineren en cat.begeleiding	.36	verw.buiten gez. zorg	.15
chron.cur.beg.	.36	inl. geven	.14
onderwijs geven	.38	nevenfuncties (keuringen en andere artsact.)	.15

Aan interne criteria afgemeten is dus het resultaat aanvaardbaar en bevredigend te noemen.

De externe criteria hebben te maken met het zoeken naar een theoretische en practische rechtvaardiging.
We beschikken niet over resultaten van soortgelijk in ons land uitgevoerd onderzoek.
Bij de literatuurverkenning in hoofdstuk 2 konden we wel een zekere aanduiding van een taakstructuur in het werk van de huisarts verkrijgen, echter uit onderzoeken, die óf in éénmanspraktijken hadden plaatsgevonden óf in een representatieve steekproef maar met telkens andere doelstellingen of methoden. De aanduiding berust niet op aangetoonde samenhang. Dat maakt het trekken van vergelijkingen met mijn onderzoeksresultaat niet zinvol.
De Nederlandse huisarts is nog het best te vergelijken met de Engelse, maar de ondernomen tijdstudies naar het werk van die huisarts hebben meestal betrekking op de verhouding tussen spreekuren, huisbezoeken, of op verrichtingen zoals aantallen recepten, verwijzingen of verrichtingen ten behoeve van categorieën van patiënten naar geslacht en leeftijd (Hull, 1983; Morrell et al., 1970; Richardson et al., 1973; Knox et al., 1984; McGregor, 1973; Wilson, 1982). Ook die gegevens zijn moeilijk met mijn onderzoek vergelijkbaar. Voor de externe criteria zijn we daarom afhankelijk van face-validity, dat wil zeggen lijken de resultaten plausibel en realistisch op basis van common sense. Dit betekent dat we de resultaten moeten toetsen aan de hand van ervaring met de praktijk.
De zes gevonden factoren zijn te groeperen naar:
a. directe patiëntenzorgdoelen;
b. een voor de patiëntenzorg voorwaardelijk doel.

Onder de eerste groep zijn te rangschikken:
- factor 1: de curatieve zorg;
- factor 4: de secundaire preventie en begeleiding van risico-patiënten en chronisch zieken;
- factor 5: de primaire preventie van vrouwen in de fertiele leeftijd en van jonge kinderen;
- factor 6: de (therapeutische) gespreksvoering.

Onder de tweede groep vallen:
- factor 2: het samenwerken met en verwijzen naar andere hulpverleners en het geven van onderwijs;

- factor 3: het inwinnen van inlichtingen en advies voor de patiëntenzorg, het verbeteren of op peil houden van de vakbekwaamheid door middel van nascholing.

Wat de validiteit van factor 1 betreft stellen er zich geen moeilijkheden. Het is evident, dat curatieve zorg in de vorm van diagnostiek, therapie en verwijzen naar specialisten de belangrijkste dimensie in het werk van de huisarts is.
De secundaire preventie van risicopatiënten geeft al evenmin problemen in de zin dat dit streven als logisch voorkomt en omdat bekend is, dat diabetici, hypertonici, carapatiënten, bejaarden en dergelijke van de huisarts speciale zorg krijgen (A. Seelen et al., 1980; Van Weel, 1981; Van den Dool, 1970; Boot, 1979; Van Ree, 1980; Brouwer, 1982; Willemse, 1981).
De primaire preventie van zuigelingen en kleuters is een erkende taak, die dikwijls in het kader van de consultatiebureaus van de Kruisverenigingen wordt verricht. Sinds de grote vlucht van het gebruik van orale anticonceptie is de zogenaamde pilcontrôle een integraal deel van het werk van de huisarts geworden (Bremer, 1978; Huygen, 1981). Deze factor geeft daarom op juiste wijze een pijler uit het werk van de huisarts weer.
De (therapeutische) gespreksvoering komt hier niet als een sterke factor uit. Doch uit de ervaring is het iedereen duidelijk dat de gespreksvoering een aparte taak is van de huisarts (Oosterhuis, 1972; Elting, 1972; Bremer, 1978). Er doen zich geregeld situaties voor die de huisarts nopen er gespreksmatig en met de nodige tijdreservering op in te gaan.
Tenslotte nog factor 2 en 3.
Er is een duidelijke trend ontstaan naar samenwerken sinds het begin van de zeventiger jaren (Ten Cate, 1977). Het is heel gebruikelijk dat huisartsen al of niet geformaliseerd samenwerken met het Maatschappelijk Werk, de Wijkverpleging, diëtisten enzovoorts. Dit heeft langzamerhand zo veel invloed gekregen, dat we mogen aannemen, dat samenwerking een formeel doel is geworden in het werk van de huisarts. De weerklank van het methodisch werken heeft dat hier en daar soms nog versterkt (Crebolder, 1977).
De nascholing en het inwinnen van noodzakelijke gegevens

voor de patiëntenzorg is een reële dimensie. Uit ons onderzoek en ook uit dat van Van Deen (1952) bijvoorbeeld blijkt dat de huisartsen tussen hun werk door tijd aan nascholingsactiviteiten besteden. Dat variëert van het tussen de bedrijven door lezen van een tijdschrift of pharmaceutische reclame tot het bijwonen van klinische demonstraties in het ziekenhuis. Uit mijn meetresultaten is te berekenen dat dat gemiddeld 50 minuten per huisarts per week is. Ook Van Kooy (1982) toont aan dat nascholing een activiteit is waar de huisarts structureel in zijn werk een plaats voor heeft ingeruimd.

Getoetst aan zowel interne als externe citeria lijken de zes factoren de taak-dimensies achter de dagelijkse activiteiten van de huisarts juist weer te geven.
De zes factoren duiden de doelen aan die de huisarts in zijn praktijkuitoefening tracht te bereiken. Als zodanig zou men de factoren de langs empirisch-statistische weg gevonden taken van de huisarts mogen noemen. Aangezien de steekproef van huisartsen, die geobserveerd is, representatief gebleken is voor de populatie van zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland (zie 4.7.3.) verwijzen de factoren naar de taakgerichtheid van de huisartsgeneeskunde in Nederland.

De gevonden taakstructuur geeft bovendien een indicatie voor een aantal kenmerken van huisartsgedrag. Die kenmerken zijn als volgt te omschrijven:

1. Wanneer een meer dan gemiddelde hoeveelheid relatieve tijd besteed wordt aan somatische curatieve zorg dan kenmerkt het gedrag van de huisarts zich in veel gevallen door het feit, dat er relatief weinig of geen tijd besteed kan worden aan taken als verloskundige zorg, zuigelingen- en kleutercontrôles op consultatiebureaus, huisartsopleiderschap en voor pauzes en persoonlijke bezigheden tijdens het werk.
2. Indien veel wordt samengewerkt met en verwezen naar andere disciplines in de eerstelijns gezondheidszorg gaat dat vaak samen met het geven van onderwijs (huisartsopleiderschap) en een "modernistische" praktijkvoering, in de zin, dat er relatief weinig huisbezoeken worden afgelegd.
3. Wordt er relatief veel tijd besteed aan nascholing en

het plegen van consultatie en inwinnen van inlichtingen ten behoeve van de directe patiëntenzorg dan is de kans groot dat de huisarts relatief meer tijd besteedt aan het bezoeken van zijn patiënten in het ziekenhuis of aan andere vormen van "sociaal contact" met zijn patiënten.

4. Indien er relatief weinig patiënten worden verwezen naar specialisten dan is de kans groot dat relatief meer tijd besteed wordt aan surveillance van risicopatiënten en begeleiding van chronisch zieken.
5. Indien er relatief meer preventie verleend wordt aan vrouwen in de fertiele leeftijd en aan jonge kinderen, dan is de kans groot dat er relatief minder tijd be steed wordt aan samenwerking met andere disciplines in het eerste echelon.
6. Indien er relatief veel tijd besteed wordt aan gespreksvoering en gespreksmatige behandeling is de kans groot dat er weinig tijd overblijft voor pauzes en persoonlijke bezigheden. De arts kan dan dus vaker onder een grotere tijdsdruk zijn werk moeten verricht en.

6.4. De vergelijking tussen de zes factoren en het Basis-Takenpakket.

De Landelijke Huisartsen Vereniging geeft in het "Basis-Takenpakket" (LHV, 1983) de taken van de huisarts in vier hoofdcategorieën weer

I. Taken, afgeleid van het hulpverleningsproces.
   Hiertoe behoren:
   1 Entree taken: betreffen vooral de opstelling en attitude als huisarts ten aanzien van het open staan voor alle vragen van hulp.
   2. Diagnostische taken:
      - vraagverheldering
      - opstellen van werkhypothesen
   3 Taken ten aanzien van het behandelingsplan
      - afwijzen van de hulpvraag
      - afwachten
      - zelfzorg adviseren
      - voorlichting en adviezen
      - medicamenteuze therapie

- verrichten van ingrepen
- gesprek
- consultatie en verwijzing
- begeleiding

4. Terugkoppelingstaken:
   - een soort zelfevaluatie

II. Taken, afgeleid van bepaalde categorieën van patiënten:
- zwangeren en pasgeborenen
- zuigelingen, kleuters en jeudigen
- beroepsbevolking
- bejaarden
- stervenden
- rouwenden
- chronisch zieken
- patiënten die eerste hulp behoeven

III. Ondersteunende taken:
- bevorderen en onderhouden van de vakbekwaamheid
- samenwerking
- sociale kaart: voorlichten over hulpverleningsmogelijkheden in de regio
- coördinatie
- praktijkuitrusting
- praktijkorganisatie
- medisch en financiële administratie

IV. Overige taken:
- taken vanwege de overheid of anderzins
- signaleren van gezondheidsbeïnvloedende factoren
- taken ten aanzien van de beroepsgroep en organisatie van de gezondheidszorg
- taken ten aanzien van de opleiding ten behoeve van de gezondheidszorg

Qua indeling gaat de vergelijking met de door mij gevonden taakstructuur niet op. "Mijn" structuur omvat:
- somatisch, curatieve zorg
- psychosociaal, curatief begeleidende zorg
- surveillerende, begeleidende zorg voor risicopatiënten en chronisch zieken
- een somatisch preventieve zorg ten aanzien van geboorteregeling en zuigelingen en kleuters

en twee ondersteunende taken:

- samenwerking en onderwijs
- nascholing

Het merendeel van de in het LHV-rapport genoemde taakcategorieën blijkt in werkelijkheid wel deel uit te maken van de empirisch gevonden taakstructuur van de huisarts. Een klein aantal categorieën blijkt daar echter geen aanwijsbare plaats in te vinden. Dat heeft verschillende oorzaken. Eensdeels omdat enkele taken slechts incidenteel worden verricht en dus in een transversale observatie ondervertegenwoordigd raken. Als zodanig zijn bijvoorbeeld te noemen "taken vanwege de overheid", zoals het opmaken van overlijdensverklaringen, het aanmelden van besmettelijke ziekten. Iedere huisarts zal zo nu en dan dit soort activiteiten moeten verrichten.
Voor een ander deel worden er in het "Basis-Takenpakket" zaken genoemd, die de meeste huisartsen in werkelijkheid weinig of niet blijken te doen. Hiervan kunnen genoemd worden de "werkadviezen" (**Soeters**, 1983) en "voorlichting en adviezen" (**Bergsma**, 1984).
Er is nog een ander belangrijk verschil tussen de door mij gevonden taakstructuur en het "Basis-Takenpakket". Het "Basis-Takenpakket" heeft een duidelijke normstellende strekking. Het schrijft voor wat de huisarts al of niet moet doen en hoe hij dat moet verrichten.
Ik heb alleen een kwantitatieve analyse van het werk van de huisarts gedaan zonder enige kwaliteitsaspect en zonder gelijktijdige meting van klachten- of probleemaanbod of morbiditeit en kunnen in kwalitatief of normatief opzicht geen uitspraken doen.

Samenvattend heeft de factoranalyse zes goed benoembare factoren of taakdimensies uit de activiteiten van huisartsen opgeleverd, die een acceptabele practische betekenis hebben. Daarmee samenhangend blijken indicaties te bestaan voor een zestal kenmerken van huisartsgedrag.
De taakstructuur van het "Basis-Takenpakket" komt niet overeen met die, welke door mij is gevonden, maar het merendeel van de taakcategorieën uit het "Basis-Takenpakket" maakt wel deel uit van de feitelijke taken van de huisarts.

Hoofdstuk 7. De regressie-analyse.

7.1. Inleiding

In hoofdstuk 6 is door middel van factoranalyse een reductie verkregen van de 41 per huisarts geobserveerde tijdsvariabelen tot een aantal van zes factoren. Door aan deze factoranalyse nu een ordenende functie toe te kennen, die moet dienen voor verdere analyse, komen we thans toe aan het verklarende deel van het onderzoek. (Van der Zee, 1979).
De vraag, die thans aan de orde is, luidt:
In hoeverre hangen bepaalde kenmerken van:
- de situatie, waarin de huisarts zijn werk verricht,
- zijn werkwijze, en
- zijn persoon

samen met de variantie in de taakvervulling?
Dit is onderzocht met een enkelvoudige regressieanalyse, dat wil zeggen, dat elk van de onafhankelijke variabelen na elkaar en met constant houden van de overige in regressie is gebracht met elk van de gevonden taak-dimensies, kortweg de "nieuwe" variabelen. In paragraaf 7.2 zal eerst worden besproken hoe ik tot "nieuwe" variabelen gekomen ben en hoe de regressieanalyse is toegepast. In 7.3 volgen dan de resultaten, die vervolgens worden besproken in 7.4.

7.2. De regressie-analyse.

De zes factoren vervangen de oorspronkelijke 41 tijdsvariabelen. Iedere huisarts had zijn eigen score op elk van die 41 variabelen. Ook deze scores kunnen vervangen worden door scores op de zes factoren. Factorscores zijn dus de scores van ieder van de huisartsen op ieder van de zes factoren. Die factorscores laten door hun getalsmatige waarde zien welke betekenis een bepaalde factor in de taakuitoefening van een bepaalde huisarts heeft. Die scores zijn gestandaardiseerd (Nie et al., 1975), zodat het gemiddelde van die scores steeds 0 bedraagt en de standaarddeviatie 1. (Voor de frequentie van de factorscores, zie bijlage 4).
De oorspronkelijke 41 tijdsvariabelen zijn daarmee nu vervangen door zes "nieuwe" variabelen, genoemd **variabele** 1 tot en met **variabele** 6, die onderling geen samenhang met elkaar mogen vertonen (zie bijlage 5). De inhoud van de va-

riabelen is identiek aan die van de factoren.
Er is gebruik gemaakt van een gewone, enkelvoudige regressieanalyse (Kerlinger en Padhazur, 1973) volgens de SPSS-standaard programmatuur (Nie et al., 1975).
Regressie-analyse is bedoeld om te berekenen of er een significante samenhang bestaat tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen en zo ja in welke richting en met welke sterkte dat verband wijst. Dat wil zeggen in welke zin en hoe sterk verandert de afhankelijke variabele mee, indien de waarde van één van de onafhankelijke variabelen verandert, bij constant houden van de overige onafhankelijke variabelen. Daarbij moeten we wel beseffen, dat we met onze meting slechts ten dele de werkelijk aanwezige variantie in de te verklaren (afhankelijke) variabelen hebben kunnen registreren. Een deel van de in het verzamelde materiaal aanwezige variantie moet toegeschreven worden aan toeval en meetfouten. Ons onderzoek is nu eenmaal een momentopname. Hoewel we sterke aanwijzingen hebben, dat de observaties een redelijk beeld geven van een werkweek van huisartsen, blijft het toch maar een week. De ene week is niet gelijk aan de andere. Sommige relevante invloeden hebben we niet kunnen meten zoals bijvoorbeeld de invloed van het seizoen.
De onafhankelijke variabelen zullen daarom in bescheiden mate de variantie in de zes variabelen kunnen verklaren.
Bij de regressie-analyse wordt a priori uitgegaan van de nulhypothese; dus van de veronderstelling dat eventuele samenhang tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen op toeval berust, tenzij op statistische gronden er aanwijzingen zijn om de nulhypothese te verwerpen. Die statistische gronden worden ontleend aan de waarde van de F-ratio per onafhankelijk variabele (Kerlinger en Padhazur, 1973). Dit gebeurt met een significantietest voor elk van de regressie-coëfficiënten (β), volgens de gestandaardiseerde regressie methode, waarbij elke onafhankelijke variabele wordt behandeld alsof hij in een aparte stap aan de regressie-vergelijking is toegevoegd, nadat de andere onafhankelijke variabelen reeds in die vergelijking zijn ingebracht. Is de F-ratio gelijk aan of groter dan een bepaalde grenswaarde bij een gegeven aantal vrijheidsgraden dan is door middel van de daarbij behorende regressie-coëfficiënt de onafhankelijk variabele op een bepaald significantieniveau gebonden aan de afhankelijke variabele.

7.3. De resultaten van de regressie-analyse.

7.3.1. Variabele 1: de curatieve zorg.

De resultaten van de factoranalyse staan in tabel 7.1. en leiden tot de volgende conclusie.

Tabel 7.1. Verklaring van de variantie van variabele 1.

	r	β	%var.
werksituatie:			
praktijkvorm	-.07	-.03	
praktijkgrootte	.14	-.01	
ziekefondsratio	.09	.02	
ratio kinderen < 14 jr.	-.13	.09	
gem.aantal pat./uur	.63	.55*	37.6
werkwijze:			
prop.lab.ond.	.34	.25*	5.7
prop.verwijzingen	.05	.03	
instrumentarium	-.02	-.06	
consult-visite ratio	.41	.09	
arts:			
ervaring als huisarts	-.14	-.10	
taakbreedte	-.10	-.02	
diagn.en ther. niveau	-.16	-.03	
tijd/voorzieningen	-.31	-.15	
samenwerking	-.10	-.06	

Totaal verklaarde variantie: 53%
(Een β* heeft een F-ratio, die significant is op het 5%-niveau).

Alle predictoren tesamen verklaren 53% van de variantie in variabele 1. Dat is hoog. Twee predictoren vertonen een significante samenhang. Dat is in de eerste plaats het "gemiddeld aantal patiënten per uur" en in de tweede plaats de "proportie aangevraagd laboratoriumonderzoek".
Het "gemiddeld aantal patiënten per uur" heeft de sterkste samenhang. Naarmate er zich meer patiënten bij de huisarts komen is de kans groter dat er meer tijd aan somatisch-

curatieve zorg besteed wordt. We laten hierbij in het midden waarom er meer patiënten bij de huisarts komen. Enerzijds kunnen er momenten zijn, dat meer patiënten op eigen initiatief hun huisarts bezoeken, anderzijds komt het voor dat huisartsen soms sterk de neiging hebben sommige patiënten herhaaldelijk terug te bestellen (Bergsma, 1984). Een groter proportie aangevraagd laboratoriumonderzoek hangt eveneens, zij het in mindere mate, significant samen met de tijd die besteed wordt aan curatieve zorg. Dit benadrukt, dat huisartsen merendeels in hun patiëntencontacten curatieve zorg verlenen. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Blokland-Kühler (1974) en Bremer en Van Westreenen (1964). Het maakt daarbij kennelijk geen verschil of het ziekenfonds- of particulier-verzekerde patiënten betreft, want de ziekenfondsratio hangt niet significant samen met de tijdsbesteding aan curatieve zorg.

7.3.2. Variabele 2. Het samenwerken met en verwijzen naar andere disciplines in het eerste echelon en het geven van onderwijs.

Tabel 7.2. De verklaring van de variantie in variabele 2.

	r	β	%var.
werksituatie:			
praktijkvorm	.20	.10	
praktijkgrootte	-.02	-.10	
ziekenfondsratio	.02	.07	
ratio kinderen < 14 jr.	.01	.10	
gem. aantal pat./uur	-.14	-.28*	2.1
werkwijze:			
prop.lab.ond.	.20	.27*	6.0
prop.verwijzingen	.12	.08	
instrumentarium	-.01	-.01	
consult-visite ratio	.27	.41*	11.7
arts:			
ervaring als huisarts	-.07	-.10	
taakbreedte	.00	.03	
diagn.en ther. niveau	.00	-.07	
tijd/voorzieningen	.02	.05	
samenwerking	.21	.25*	2.3

Totaal verklaarde variantie 28%
(Een β* heeft een F-ratio, die significant is op het 5%-niveau).

Het blijkt dat 28% van de variantie door de veertien predictoren wordt verklaard. Dat is een redelijk percentage. De consult-visite ratio blijkt de grootste hoeveelheid variantie te binden. Wanneer er relatief meer patiënten op het spreekuur worden geholpen, dan aan huis bezocht, gaat dat gepaard met meer verwijzingen naar eerstelijns disciplines en met een uitgebreidere samenwerking met die disciplines.
De "bereidheid tot samenwerking" speelt een geringere rol. Een kleiner gemiddeld aantal patiënten per uur hangt, weliswaar in niet zo'n sterke mate, samen met een grotere

tijdsbesteding aan deze variabele, evenals het aantal aangevraagde laboratoriumonderzoeken per 100 patiënt-contacten. Het zou kunnen zijn, dat op het spreekuur de voorwaarden gunstig zijn om dieper op de achterliggende problematiek in te gaan en zo nodig de patiënt voor verdere hulp door te verwijzen naar andere hulpverlenende instanties. Uit onderzoek van **Bergsma** (1984), **Gerritsma** en **Smal** (1982) blijkt, dat de huisarts met de patiënt moet praten om hem naar instanties buiten de gezondheidszorg te verwijzen. Voor dit soort gesprekken lijkt men met de patiënt bij voorkeur een afspraak te maken. Bij de interpretatie van variabele 2 in hoofdstuk 6, paragraaf 2 is op grond van de sterk negatieve lading van de categorie "reistijd" geconcludeerd dat het overwegend op het spreekuur bestellen van patiënten op een zekere "modernistische" stijl van praktijkvoeren wijst.

7.3.3. Variabele 3: Het inwinnen van inlichtingen en advies voor de patiëntenzorg en nascholing.

De verklaring van de variantie van variabele 3 is weergegeven in tabel 7.3.

Tabel 7.3. Verklaring van de variantie in variabele 3.

	r	β	%var.
werksituatie:			
ziekenhuis in gemeente	.25	-.06	
praktijkvorm	-.22	-.12	
praktijkgrootte	-.00	.09	
ziekenfondsratio	-.04	-.09	
ratio kinderen < 14 jr.	-.42	-.45*	11.0
gem.aantal pat./uur	.00	.02	
werkwijze:			
prop.uitbest.lab.ond.	.22	.13	
prop.verwijzingen	.20	.11	
instrumentarium	-.14	-.11	
consult-visite ratio	-.01	-.12	
arts:			
ervaring als huisarts	.10	.04	
taakbreedte	.16	.18	
diagn.en ther. niveau	-.06	-.01	
tijd/voorzieningen	.11	.04	
samenwerking	.11	.04	

Totaal verklaarde variantie: 30%
(Een β* heeft een F-ratio, die signifcant is op het 5%-niveau).

Tesamen verklaren de onafhankelijke variabelen 30% van de totale variantie. Er is slechts één significante samenhang, namelijk met de leeftijdsopbouw in de gemeente van vestiging. Naarmate de proportie kinderen onder de 14 jaar in de bevolking kleiner is, of wat daar nagenoeg gelijk aan is ($r = -.77$, $p < .01$) het percentage ouderen in de bevolking toeneemt, neemt de relatieve tijdsbesteding aan deze varia-

bele toe.
Het morbiditeitspatroon bij ouderen is complexer, er is meer sprake van multi-pathologie (Willemse, 1981; Brouwer, 1983; Oliemans, 1975; Schreuder, 1973). Het is daarom begrijpelijk, dat deze situatieve factor zo'n sterke samenhang vertoont. Ik stel mij hierbij voor, dat indien de omstandigheden dat verlangen, de huisarts niet alleen de dan noodzakelijke gegeven over de patiënt en zijn klachten verzamelt, maar er ook voor zorgt over de nodige deskundigheid te beschikken voor het verlenen van adequate hulp.

7.3.4. Variabele 4. De bewaking van risicopatiënten en chronisch zieken.

Variabele 4 verwijst naar de secundaire preventieve zorg van de huisarts. De samenhang met de onafhankelijke variabelen is weergegeven in tabel 7.4.

Tabel 7.4. Verklaring van de variantie in variabele 4.

	r	β	%var.
werksituatie:			
praktijkvorm	-.08	-.10	
praktijkgrootte	-.05	-.15	
ziekenfondsratio	-.16	-.06	
ratio kinderen < 14 jr.	.16	.17	
gem.aantal pat./uur	-.04	-.05	
werkwijze:			
prop.uitbest.lab.ond.	.07	.15	
prop.verwijzingen	-.41	-.30*	9.8
instrumentarium	.18	.24*	6.5
consult-visite ratio	-.09	.04	
arts:			
ervaring als huisarts	.23	.28*	5.0
taakbreedte	.02	.06	
diagn. en ther.niveau	.07	.03	
tijd/voorzieningen	.07	-.04	
samenwerking	-.22	-.13	

Totaal verklaarde variantie: 32%
(Een β* heeft een F-ratio, die significant is op het 5%-niveau).

De gegevens geven aanleiding tot de volgende conclusies. 32% van de totale variantie wordt gebonden door de veertien predictoren. De rubriek werkwijze-variabelen bindt de meeste variantie; de proportie verwijzingen blijkt het belangrijkst te zijn. Het relatief minder verwijzen van patiënten naar specialisten gaat samen met een relatief grotere tijdsbesteding aan surveillance. Er is een significante samenhang met de uitgebreidheid van het instrumentarium. De

aard van die samenhang is voorshands niet duidelijk omdat de aard van de relatie niet uit de regressie-analyse volgt. Hangt het hebben van een uitgebreider instrumentarium samen met surveillance of schaffen huisartsen, die meer surveillance verlenen een uitgebreider instrumentarium aan? Duidelijke aanknopingspunten zijn bij anderen niet te vinden. Raupp (1971) beschrijft wel twee typen huisartsen, die veel van instrumentarium gebruik maken. In de factoranalyse, die hij verrichtte op de persoons-, praktijk- en werkwijzegegevens, is een factor aanwezig, die verwijst naar de moderne opvattingen ten aanzien van de begeleiding van patiënten; het geeft weer in welke mate de huisarts recente inzichten ten aanzien van het medisch handelen in praktijk brengt. Op deze factor laadt het gebruik van diagnostisch instrumentarium hoog. Dit gegeven zou er op kunnen wijzen, dat huisartsen, die gemiddeld meer tijd aan surveillance besteden, onder andere daarvoor een uitgebreider instrumentarium aanschaffen.

Van de persoonsgebonden variabelen levert het aantal jaren, dat men als huisarts werkzaam is een significante bijdrage in de verklaarde variantie. Bij een groter aantal praktijkjaren wordt relatief meer tijd aan surveillance besteed. Ik veronderstel, dat men dit verband als volgt zou kunnen interpreteren. Naarmate een huisarts langer in een praktijk gevestigd is, kent hij zijn patiënten langer en beter. Hij kan daardoor ook beter op de hoogte zijn van de bij de patiënt of diens gezin of familie aanwezige risico's voor bepaalde verstoringen in de gezondheid. Die kennis ten aanzien van levensloop en familiaire risicofactoren biedt deze huisarts juist de mogelijkheid meer surveillerende en anticiperende zorg aan zijn patiënten te geven.

7.3.5. Variabele 5. De begeleiding van vrouwen in de fertiele leeftijd en van zuigelingen en kleuters.

Met variabele 5 komen we aan de tweede component van de preventie-activiteiten van de huisarts, namelijk de begeleiding van vrouwen in de fertiele leeftijd en van jonge kinderen. Dit omvat voornamelijk de pilcontrôles en de zuigelingen- en kleuterzorg. De resultaten van de regressie-analyse staan vermeld in tabel 7.5.

Tabel 7.5. Verklaring van de variantie in variabele 5.

	r	β	%var.
werksituatie:			
praktijkvorm	-.10	-.12	
praktijkgrootte	-.07	-.34*	3.7
ziekenfondsratio	.10	.18	
ratio kinderen < 14 jr.	.15	.46*	4.6
gem.aantal pat./uur	.10	.09	
werkwijze:			
prop.uitbest.lab.ond.	.02	.04	
prop.verwijzingen	-.05	.07	
instrumentarium	-.01	.13	
consult-visite ratio	.22	.31*	6.4
arts:			
ervaring als huisarts	.00	.12	
taakbreedte	-.11	-.16	
diagn. en ther.niveau	-.01	.12	
tijd/voorzieningen	-.01	.09	
samenwerking	-.17	-.16	

Totaal verklaarde variantie 24%
(Een β* heeft een F-ratio, die significant is op het 5%-niveau).

Deze gegevens geven aanleiding tot de volgende conclusies: De predictoren binden 24% van de totaal gemeten variantie. De rubriek situatieve variabelen levert twee significant gebonden variabelen. In de eerste plaats is dat de proportie kinderen onder de 14 jaar in de bevolking. Dat zal nie-

mand verbazen. Hoe groter de proportie kinderen hoe meer zuigelingen- en kleutercontrôles er gedaan moeten worden.
In de tweede plaats blijkt, dat naarmate de praktijkgrootte toeneemt de relatieve tijdsbesteding aan factor 5 afneemt. We veronderstellen, dat dat betrekking heeft op de zuigelingen- en kleuterzorg. Die wordt door huisartsen meestal als nevenfunctie uitgeoefend op de consultatiebureaus van de Kruisverenigingen. Naarmate de praktijk groter is, zal de huisarts de tijd ontbreken om dat werk erbij te doen.
Van de werkwijzevariabelen draagt alleen de consult-visite ratio significant bij aan de verklaring van de variantie. Deze vorm van preventieve begeleiding wordt vooral op het spreekuur beoefend. Het is gebruikelijk dat patiënten voor dit soort zaken naar hun arts toegaan.

7.3.6. Variabele 6. De gespreksvoering.

De resultaten van de regressie-analyse zijn weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 7.6. Verklaring van de variantie in variabele 6.

	r	β	%var.
werksituatie:			
praktijkvorm	.20	.25*	4.5
praktijkgrootte	-.06	.14	
ziekenfondsratio	-.17	-.23*	2.5
ratio kinderen < 14 jr.	-.18	-.25*	5.0
gem.aantal pat./uur	-.02	-.05	
werkwijze:			
prop.lab.ond.	.01	-.06	
prop.verwijzingen	.02	-.05	
instrumentarium	.02	-.13	
consult-visite ratio	.02	-.04	
arts:			
ervaring als huisarts	-.06	-.12	
taakbreedte	.17	.24*	4.7
diagn. en ther.niveau	.01	-.02	
tijd/voorzieningen	-.05	-.12	
samenwerking	.09	.02	

Totaal verklaarde variantie: 19%
(Een β* heeft een F-ratio, die significant is op het 5% niveau).

Deze gegevens laten zien, dat de onafhankelijke variabelen slechts 19% van de variantie binden. Er zijn dus buiten de onafhankelijke variabelen nog vele andere factoren in het spel, die aan die variantie bijdragen. De praktijkvorm en de opvatting over de taakbreedte blijken ongeveer de helft van het percentage verklaarde variantie voor hun rekening te nemen. Een non-solistische praktijkvorm en een bredere taakopvatting hangen significant samen met een relatief grotere tijdsbesteding aan gespreksvoering.
De negatieve samenhang tussen de ziekenfondsratio en de ra-

tio kinderen onder de 14 jaar in de bevolking met de gespreksvoering kan men mijns inziens niet los van elkaar zien. Beide variabelen hangen samen met de urbanisatiegraad. In grote steden en in forensische gebieden treffen we in het algemeen relatief meer oudere mensen aan of mensen met een hoger opleidingsniveau, die particulier verzekerd zijn. Deze mensen zullen aan hun huisarts veel meer toelichting en uitleg vragen. Daarmee wordt ten dele het verband met gespreksvoering duidelijk.
Tenslotte valt op, dat de taakopvatting c.q. taakbreedte hier voor de eerste en enige maal in de regressie-analyse een significante correlatie laat zien. Het betreft hier een taak, die, als er significant meer tijd aan besteed wordt dan gebruikelijk, als een "alternatieve" taak te kenschetsen zou zijn, er van uitgaande dat men de medicamenteuze interventie als traditioneel beschouwd. Ik stel mij voor dat dit niet-traditionele gedrag door die bepaalde taakopvatting mede tot stand komt. Deze taakopvatting of attitude zou dan één van de drijvende krachten zijn voor dat gedrag.

7.4. Bespreking van de resultaten van de regressieanalyse.

Overzien we nog eens het geheel, dan blijken alle drie de groepen van predictoren in meerdere of mindere mate significant bij te dragen aan de verklaring van de variantie in de zes variabelen. De percentages totaal verklaarde variantie per variabele zijn uiteraard wisselend, maar over het algemeen redelijk van grootte. Bij de variabele gespreksvoering binden de predictoren de minste variantie.
Alle predictoren dragen signifcant bij aan de verklaring van de variantie van één of meerdere variabelen, behalve het gewenste niveau van diagnostiek en therapie èn de mening over voldoende tijd en ondersteunende voorzieningen te beschikken.
Er blijven dus 12 predictoren over. Door iedere significante bijdrage van de onafhankelijke variabelen aan de verklaring van de variantie per variabele uit te drukken in een percentage van de per variabele totaal verklaarde variantie is het mogelijk de predictoren te rangschikken naar de relatieve grootte van hun bijdrage.
Die rangorde ziet er als volgt uit:

1. De demografische opbouw van de bevolking in de praktijkgemeente.
2. Het gemiddeld aantal patiënten per uur.
3. De consult-visite ratio.
4. Het aantal aanvragen voor laboratoriumonderzoek per 100 patiënt-contacten.
5. Het aantal verwijzingen per 100 patiënt-contacten.
6. De opvatting over de breedte van de taken van de huisarts.
7. De praktijkvorm.
8. De uitgebreidheid van het instrumentarium.
9. Het aantal jaren, dat men als huisarts is gevestigd.
10. De praktijkgrootte.
11. De ziekenfondsratio.
12. De bereidheid tot samenwerking met andere hulpverleners.

Het blijkt, dat de eerste acht predictoren uit de bovenstaande lijst 87,4% van de totaal verklaarde variantie in de zes factoren binden. De resterende vier leveren zo'n geringe bijdrage, dat ze nagenoeg verwaarloosbaar zijn.

Dit resultaat geeft een inzicht welke van de hier gebruikte onafhankelijke variabelen in belangrijke mate samenhangen met de "nieuwe" variabelen.
In tabel 7.7. is dit nog eens overzichtelijk weergegeven.

Tabel 7.7. Overzicht van de "significante" bijdragen aan de per variabele totaal verklaarde variantie (uitgedrukt in percentages van de totaal verklaarde variantie per variabele).

		cur. zorg	sam. onderw.	cons. nasch.	sec. prev.	prim. prev.	gespr. voering
1.	ratio kinderen < 14 jr.	-	-	36,7	-	19,2	26,3
2.	gem.aant. pat./uur	70,9	7,5	-	-	-	-
3.	consult-visite ratio	-	41,8	-	-	26,7	-
4.	prop.lab. ond.	10,8	21,4	-	-	-	-
5.	pro.verw.	-	-	-	30,6	-	-
6.	taak-breedte	-	-	-	-	-	24,7
7.	praktijk-vorm	-	-	-	-	-	23,7
8.	uitgebr. instrum.	-	-	-	20,3	-	-
9.	praktijk-ervaring	-	-	-	15,6	-	-
10.	praktijk-grootte	-	-	-	-	15,4	-
11.	ziekenfondsratio	-	-	-	-	-	13,2
12.	samen-werking	-	8,2	-	-	-	-

Uit tabel 7.7. blijkt, dat de acht belangrijkste verklarende variabelen meestal ten aanzien van niet meer dan twee afhankelijke variabelen een significante bijdrage in de verklaring van de variantie leveren en dat die bijdragen qua grootte nogal uiteenlopend zijn.
Regressie-analyse laat het trekken van conclusies ten aanzien van de causaliteit in de gevonden relaties niet toe.

Uit oogpunt van beleid is het echter van belang te weten of er aanwijzingen voor aangrijpingspunten bestaan om veranderingen in het functioneren teweeg te brengen in een bepaalde gewenste richting. Een algemeen beleidsdoel is het versterken van de eerstelijn. Meer in het bijzonder betekent dat het versterken van de thuiszorg, het beperken van de uitstroom in de intramurale zorg en het bevorderen van preventie.
Het gemiddeld aantal patiënten per uur en de praktijkgrootte blijken niet of nauwelijks te correleren met verschillen in tijdsbesteding ten aanzien van taken als preventie en gespreksvoering.
Het gemiddeld aantal patiënten per uur verklaart wel in belangrijke mate de verschillen in curatieve zorg.
Deze bevindingen lijken geen steun te geven aan het streven naar praktijkverkleining als men daarmee op het oog heeft dat de huisarts dan meer tijd zou gaan besteden aan preventie of gespreksvoering.
Het onderzoek van **Bergsma** (1984) levert aanwijzingen, dat de instroom van patiënten bij de huisarts niet onafhankelijk gebeurt. Dat wil zeggen, dat er geen sprake is van een input-output situatie, maar dat er beter gesproken zou kunnen worden van een circulair model. Volgens Bergsma bestaat ongeveer 60% van de instroom uit patiënten, die door de arts zijn terugbesteld. Het is zeer de vraag of deze organisatorische gang van zaken door praktijkverkleining zal veranderen.
Wel komt er uit mijn resultaten een aanwijzing naar voren, dat de taakopvatting, de attitude, een drijvende kracht in het gedrag van de huisarts kan zijn. Met name geldt dat voor de minder traditionele, in zekere zin als "alternatief" aan te duiden taak: gespreksvoering.

Hoofdstuk 8. Samenvatting en bespreking van de resultaten.

8.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk geven we een terugblik en een beschouwing op een aantal essentiële onderdelen uit dit proefschrift. Achtereenvolgens komen aan de orde:
- de ontwikkeling van het observatie-instrument (8.2.);
- de meting van de taakperceptie (8.3.);
- de aard en het karakter van het onderzoek en de beperkingen daarvan (8.4.);
- een bespreking van de resultaten (8.5.).

8.2. Het observatie-instrument.

Tot nog toe is er in ons land betrekkelijk weinig empirisch beschrijvend en taakanalytisch onderzoek gedaan van de huisartsgeneeskundige gezondheidszorg (Lamberts, 1982). Er kan in deze niet van een onderzoektraditie worden gesproken. De onderzoeken, die gedaan zijn, kenmerken zich door een grote verscheidenheid in methodologische opzet, benadering en vraagstelling. Dat heeft onvermijdelijk tot gevolg, dat er weinig hypothesevorming is ontstaan en dat de meetinstrumenten zeer verscheiden zijn. De onderzoeken vertonen daardoor veelal een ad hoc karakter, dat wil zeggen ze zijn plaats- en praktijkgebonden. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de bevindingen gering en de resultaten zijn ook moeilijk vergelijkbaar.
Ik kon in dit onderzoek nauwelijks uitgaan van en aanhaken op voorgaand onderzoek met als gevolg, dat met name wat betreft de ontwikkeling en de toepassing van een systeem van observatie-categorieën, dit overwegend gebaseerd is op eigen creativiteit. Dit soort pogen geeft onzekerheid omtrent de waarde ervan. In deze rapportage is vooral het observatie-instrument belangrijk. Als leidraad bij het ontwerpen van een systeem van observatie-categorieën heb ik gebruik gemaakt van door deskundigen geformuleerde algemene criteria en theoretische uitgangspunten enerzijds en van een schematisch concept over de taken van de huisarts anderzijds. Dit laatste is ontleend aan het LHV-rapport: "De Taken van de Huisarts" (LHV, 1977) en de KNMG-discussienota De Plaats van de Medicus in het Eerste Echelon" (KNMG, 1976).

Door middel van proefonderzoek werd de inhoudsvaliditeit van het instrument beproefd. Met enige bijstellingen bleek die tenslotte aan het doel te beantwoorden. Alle te observeren activiteiten in de verschillende voorkomende gevallen zijn zodanig gedefiniëerd, dat ze eenduidig onder de gebruikte categorieën konden worden ondergebracht.
Met testmetingen kon een voldoende betrouwbaarheid in de observatiemetingen tussen de observatoren onderling en tussen die van de observatoren en van mijzelf worden aangetoond (Boots, 1983). We hebben geen aanwijzingen gekregen, dat de aanwezigheid van de observatoren de actoren noemenswaard in hun doen en laten heeft beïnvloed of de gang van zaken in het arts-patiënt contact heeft verstoord, waardoor een belangrijke systematische vertekening in de onderzoeksgegevens zou kunnen zijn opgetreden.
Samengevat kunnen we stellen, dat met het ontwikkelde systeem van observatie categorieën een voor het beoogde doel valide en betrouwbare meting van de feitelijke taakuitoefening van huisartsen is verkregen, dankzij een intensieve training van inhoudsdeskundige observatoren en een viertal testmetingen tijdens de uitvoering van het onderzoek.

8.3. De taakperceptiemeting.

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de taakopvatting een van belang zijnde factor kan zijn bij de verklaring van verschillen in de taakuitoefening, Daarom is een instrument voor het meten van de taakperceptie ontwikkeld. Hiervoor is een vragenlijst ontworpen, waarin per functie, c.q. taak uitspraken werden opgenomen betreffende hetgeen de huisarts tot zijn taken behoorde te rekenen. De geldigheid van deze vragenlijst berust op "face-value" en "expert opinion".
Deze vragenlijst is voorgelegd aan de geobserveerde huisartsen (kleine steekproef) en, om te trachten de betrouwbaarheid van de meting nog te verhogen, aan een grotere steekproef van huisartsen, representatief op de kenmerken: solist/non-solist, urbanisatiegraad van de praktijkgemeente, en praktijkgrootte (grote steekproef).
Uit de "grote", gerandomiseerde steekproef werd een respons van 70% verkregen. Vergelijking van beide steekproeven met de totale huisartsen-populatie leverde geen significante verschillen op ten aanzien van de selectie-criteria.

Uit de antwoorden van de grote steekproef zijn schalen geconstrueerd ten aanzien van de opvattingen over de breedte van de taken, het niveau en de omstandigheden, waaronder men als huisarts werkzaam was.

8.4. De aard en het karakter van het onderzoek en de beperkingen ervan.

Dit onderzoek is in feite een momentopname. Het representeert een transversale meting in een steekproef van 91 huisartspraktijken, gestratificeerd op de kenmerken urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging, praktijkgrootte en praktijkvorm (solistisch, non-solistisch). Het onderzoek heeft een exploratief, beschrijvend deel èn een verklarend deel. Dit laatste is riskant. Verklarend onderzoek kan beter gebeuren in een longitudinale studie. Dit betekent hier grote voorzichtigheid en terughoudendheid in het trekken van conclusies. De uitkomsten dienen eerder als aanwijzingen te worden beschouwd. Vanwege die momentopname is getracht de observaties zo goed mogelijk over de werkdagen te verspreiden (de weekeinden werden niet geobserveerd) en in een zo juist mogelijk proportionele verhouding wat betreft de rubrieken: spreekuren, visites en niet-patiënt geboden activiteiten. Dit doel werd in voldoende mate bereikt.
De observatiegegevens van 93 huisartsen, de uitkomsten van de taak-perceptiemeting van deze zogeheten "kleine" steekproef en van een "grote" steekproef van huisartsen, representatief op de kenmerken solist/non-solist, praktijkgrootte en urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging hebben als het gemeenschappelijke data-bestand van het onderzoek gediend voor zowel het onderzoek van Boots (1983) als het mijne. Na de gegevensverzameling en de constructie van de meeteenheden hebben de onderzoekers in de analyse verschillende wegen bewandeld naar verschillende doelen. Het onderzoek van Boots betreft een functie-analyse met als doel de plaats, die de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg inneemt empirisch te beschrijven. De werkzaamheden van de huisarts werden daartoe ingedeeld in zes functies en vier aanvullende rubrieken: "condities" (ondersteunende activiteiten voor de praktijkvoering), "activiteiten als arts", "apotheekwerkzaamheden" en "rest". Deze indeling kwam tot stand aan de hand van het normatieve takenpakket van de huisarts, beschreven door commissies van (huis-)artsen op

verschillende momenten in de ontwikkelingen van het huisartsen-beroep en met verschillende doeleinden. Hij verkreeg daarmee een kwantitatieve bepaling van de rol van de huisarts in de gezondheidzorg door langs empirische weg te meten hoe qua tijdsbesteding de zes functies en de werkrubrieken zich onderling verhouden. Met de taakopvatting, de kenmerken van de praktijksituatie en van de gemeente waarin de praktijk gevestigd is werd gezocht naar een verklaring voor de verschillen tussen de afzonderlijke huisartsen in de aard en de omvang van de onderscheiden functies en rubrieken in hun werk.
Mijn onderzoek heeft tot doel:

a. het opsporen van taakdimensies in de activiteiten die huisartsen dagelijks verrichten;
b. de verschillen per huisarts in de gevonden taakstructuur te verklaren met behulp van kenmerken van de werksituatie, de werkwijze en de persoon van de huisarts.

8.5. Bespreking van de resultaten.

In het kader van de eerste doelstelling werd op de relatieve tijdsbestedingen van de 41 observatie-categorieën (in procenten van de per huisarts geobserveerde tijd) een factoranalyse uitgevoerd ter toetsing van de voorspelde schematische taakstructuur. De voorspelling kon niet bevestigd worden. Na herhaling van de factoranalyse werden zes goed benoembare factoren gevonden, die ruim 37% van de totale variantie verklaren. De zes factoren verwijzen naar de volgende taakdimensies:

I. Somatisch curatieve zorg.
II. Verwijzen naar en samenwerken met andere disciplines in het eerste echelon en het geven van onderwijs.
III. Inwinnen inlichtingen en advies voor de patiëntenzorg en nascholing.
IV. Secundiare preventie en begeleiding van risicopatiënten en chronisch zieken.
V. Primaire preventie van vrouwen in de fertiele leeftijd en van jonge kinderen.
VI. Gespreksvoering.

Met deze zes factoren laten zich zes gedragskenmerken van huisarts-zijn onderscheiden:

1. De somaticus die zich veelal richt op diagnostiek en medisch-technische behandelingen, zeer in beslag genomen wordt door zijn praktijk en daarom geen nevenactiviteiten verricht.
2. De huisarts, die veel samenwerkt met en verwijst naar andere eerste lijns hulpverleners, huisartsopleider is en een "modernistische" praktijkvoering heeft door zijn patiënten relatief weinig aan huis te bezoeken.
3. De huisarts, die veel tijd besteedt aan nascholing en zijn patiënten in het ziekenhuis opzoekt.
4. De huisarts, die weinig verwijst en extra aandacht besteedt aan secundaire preventie en begeleiding van risico-patiënten en chronisch zieken.
5. De somatisch ingestelde huisarts, die veel preventieve zorg verleent aan vrouwen in de fertiele leeftijd en jonge kinderen en weinig of niet samenwerkt met andere disciplines.
6. De minder somatisch-gerichte huisarts, die veel tijd besteedt aan gespreksvoering en die, door de daarmee gepaard gaande verlenging van de consultduur, onder druk moet werken en dus weinig tijd overhoudt voor pauzes en persoonlijke bezigheden.

Vergelijking van de door mij gevonden taakdimensies met die, welke uit andere onderzoeken zijn af te leiden, met name die van **Van der Wielen**, 1960; **Bremer en Van Westreenen**, 1964; **Oosterhuis**, 1972; **Bremer**, 1978 maakt niet de indruk dat er in de loop der jaren grote fundamentele wijzigingen zijn opgetreden. Ook **Bremer** (1978) kon na een analyse van een willekeurige werkdag in 1973 niet anders concluderen dan dat de taken van de huisarts nog steeds dezelfde waren als hij op grond van door hem in 1964 verricht onderzoek kon vaststellen. De doelstellingen, c.q. intenties zijn wel dezelfde, maar de inhoud van het werk was veranderd. Het frappeerde Bremer dat medisch maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld geboorteregeling en anticonceptie) meer invloed op de taakinhoud hebben dan zuiver medisch-technische. De inhoud van de zorg rondom de voortplanting is sterk gewijzigd. In de vijftiger jaren lag de nadruk op de practische verloskunde. Dit is geëvolueerd naar geboorteregeling, adviezen ten aanzien van sterilisatie en dergelijke en nog maar weinig practische verloskunde. Een andere van belang zijnde ontwikkeling is de opkomst

van de nascholing, het geven van onderwijs en de samenwerking met de andere disciplines.
Daarentegen bekleedt de huisarts nog steeds evenals vroeger een functie in de zuigelingen- en kleuterzorg. Zowel voor eigen patiënten als niet-eigen patiënten.
Daarnaast zijn een aantal zaken kennelijk niet duidelijk tot ontwikkeling gekomen. In dit verband zijn te noemen de surveillance. Op grond van de gemeten relatieve tijdsbestedingen aan deze activiteit is de conclusie, dat het qua omvang geen vooraanstaande plaats inneemt, ondanks alle aansporing van de pleitzorgers op dit gebied (Van der Dool, 1970; Van der Feen, 1977).
Hetzelfde is op te merken ten aanzien van gespreksvoering. Ook al is het klachtenaanbod inhoudelijk veranderd in de loop der jaren, de huisarts blijft in het algemeen toch een duidelijke somatisch-geneeskundige gerichtheid ten toon spreiden. In hoeverre dit van invloed is op de kwaliteit of de adequaatheid van de hulpverlening door de huisarts kunnen we met dit onderzoek niet beoordelen.
De taakstructuur, zoals gebruikt in het "Basis-Takenpakket van de Huisarts" (LHV, 1983) is een schematische indeling, die niet overeenkomt met de door mij gevonden structuur.
De door mij beschreven dimensies zijn in hun geheel wel terug te vinden in het Basis-Takenpakket. Het Basis-Takenpakket is een normatieve, gedetailleerde en zeer omvangrijke taakomschrijving, waarop "ieder in Nederland praktiserende huisarts aanspreekbaar is" (LHV, 1982). Van een aantal taken uit het Basis-Takenpakket, zoals de taken ten aanzien van de beroepsbevolking, met name "werkadviezen" en ten aanzien van het handelingsplan, in casu "voorlichting en adviezen" is het de vraag in hoeverre die een werkelijke plaats hebben in het handelen van huisartsen. Onderzoeksgegevens van **Soeters** (1983) en **Bergsma** (1984) wijzen er eerder op, dat dat niet het geval is.

Voor de verklaring van de variantie in de door mij gevonden taken van de huisarts zijn een aantal van de gebruikte verklarende variabelen belangrijk gebleken. Met name zijn dat:
- het gemiddeld aantal patiënten per uur
- de leeftijdsopbouw in de gemeente waar gepraktiseerd wordt
- de consult-visite ratio
- de proportie aangevraagd laboratoriumonderzoek

Bovendien is een interessante relatie gevonden tussen de taak: gespreksvoering en de breedte van de taakopvatting. Hierbij zou men kunnen veronderstellen dat bij huisartsen die zich profileren op het gebied van de gespreksvoering, dat mogelijkerwijs doen vanuit een bepaalde opvatting c.q. grondhouding. Die attitude zou één van de drijvende krachten kunnen zijn voor hun gedrag.
Over de betekenis van maatregelen als praktijkverkleining, uitbreiding van diagnostische faciliteiten en samenwerking, als aangrijpingspunten voor verschuivingen in de taakuitoefening van huisartsen in een bepaalde gewenste richting, laat dit onderzoek het trekken van conclusies niet toe. Bovendien is onze gezondheidszorg een complex systeem met zeer complexe verhoudingen. In zo'n systeem is het moeilijk om verschuivingen aan te brengen, zeker met maatregelen die op één of een beperkt aantal punten aangrijpen en onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Wat men op het ene punt tracht te veranderen wordt door een aanpassing op een ander punt weer ongedaan gemaakt.
Op grond van de onderzoeksresultaten ben ik geneigd te denken, dat men voor verdere ontwikkeling en aanpassing van de huisartsgeneeskundige zorg zich moet richten op de attitude van de huisarts en het bevorderen van samenwerkingsverbanden om gedragsveranderingen teweeg te brengen. Het gevonden verband tussen taakopvatting en gespreksvoering houdt een aanwijzing in dat de attitude één van de drijvende krachten is voor het gedrag. De zes gevonden gedragskenmerken wijzen er mijn inziens op, dat in sommige gevallen bij huisartsen sprake is van een zekere persoonlijke affiniteit tot delen van het huisartsenwerk, zoals de somatisch-technische zorg, de preventie of de gespreksvoering. Dit zou kunnen betekenen dat wanneer in samenwerkingsverbanden, bv. groepspraktijken of gezondheidscentra, artsen met die verschillende affiniteiten werkzaam zijn, zij elkaar in protocol-besprekingen of bij intercollegiale toetsing in belangrijke mate kunnen stimuleren, motiveren en aanvullen.
In de nascholing zou onder andere aandacht besteed moeten worden aan attitude-ontwikkeling. Onder die condities zouden praktijkverkleining, samenwerking, nascholing en toetsing mijns inziens wel een gunstig effect op de versterking van de huisartsgeneeskundige zorg kunnen hebben.

Summary.

This thesis represents the results of a task analysis among 91 Dutch general practitioners. Attempts have been made to explain quantitiative differences in task performance by some characteristics of the working-enviroment, the working-method and the general practitioner.
The commencement of this study is discribed in chapter 1. A global review is given of the rise of family medicine as an occupation in the Netherlands. In the fifties a concurrential crisis took place in family medicine/general practice with regard to the specialised medical care services. The origin of the crisis had to be sought in the radical technological changes in medicine and in morbidity-pattern after World War II. By means of rationalisation and professionalisation this situation could be won.
The early seventies proved to be the beginning of a new era for general practice in the Netherlands. Health care services threatened to be an expensive undertaking. The government began to direct the policy of strengthening the primary health care system. Suddenly new opportunities arose for family medicine/general practice.
In order to show his contribution to the health care services a job-description of the family physician/general practitioner was indispensable for that planning. However there was a lack of empirical data to issue such a job-description. As a result of this deficiency a recourse has been taken to visions speculations and intentions to describe the general practitioners job-description. In the issued job-descriptions the broad spectrum philosophy of the "Woudschoten" conference (1959) concerning the general practitioners tasks is fully present.
The necessary empirical substructuring of the set of jobs actuated my decision in executing this study. I intended to search for task dimensions in the daily activities of general practitioners and to explain the differences in time-spent in task-performance by means of structural and personal variables.

In chapter 2 a commentary is given on the literature in relation to the objectives. Most of the important practice-analyses studies in the Netherlands appeared to have been directed either to parts or special aspects of the general practitioners medical performance. The data concerns only a limited number of practices. These studies give certain indications for a task-structure

and for those variables correlating with the variance in task performance.

In chapter 3 the design of the observation-instrument has been described. For that design reference is made to the job-description as issued by the National Dutch Association of General Practitioners. The observation categories have been elaborated in sets of activities as operationalisations of the following tasks: diagnostics therapeutics, referral attendance and prevention. Besides these tasks additional groups of (supporting) activities were identified. In this manner the entire scope of the daily occupational activities of the dutch general practitioner could be covered. It was proved that the observation-instrument had an appropriate validity for the objective in this study. To establish the task perception a questionnaire was presented to the general practitioners. Statements on the following topics were formulated in this questionnaire:

- the scope of task-performance
- the level of diagnostics and therapeutics
- the willingness to co-operate with other health workers
- the desire availibility of time and supporting health care facilities.

The design of the study and the manner in which it was executed are described in chapter 4. Behaviour-observations in a select representative sample of 91 general practitioners were conducted by specially trained medical observers during 20 hours per general practitioner, spread over 4 to 5 days in one week in the period March till June 1979. All the activities performed by the general practitioner in those 20 hours were recorded by means of a registration device which made it easily possible to ensure quick processing of all data. The task perception questionnaire was not only presented to the 91 general practitioners in the observation-study, but also to 614 general practitioners forming a representative national sample according to relevant features for this study. In four tests it could be proved that the observations had a sufficient level of objectivity where the scores of the individual observers were concerned as well as to the authors testscorses.

The mean time-spent to each of the observed activities are given in chapter 5 as well as the mean scale-scores of the task-perception. It seems that the general practitioners time is predo-

minantly occupied by diagnostic and therapeutic activities, travelling time, registration and practice-management in comparison with prevention and attendance to which only a relatively small amount of time is spent. An average of 10% of all patients attending the general practitioner is referred to specialists and to other workers within the health care system. Referral to professional assistance outside the health care system occurs extremely seldom.
A wide range of dispersion in which little structure is found turns out to be present in the task-perceptions. The clustered answers out of the questionnaire show conspicious differences with regard to the extent of the width of the task-perception. There is however more unanimity regarding the desired level of diagnostics and therapeutics.

In chapter 6 the results of the factor analysis on the relative time spent on the observation categories is reported. Six factors or task dimensions were found:
- somatic curative care
- co-operation with other disciplines and teaching
- gathering useful information concerning patient care and the post-graduate education
- secundary prevention and surveillance
- primary prevention for women in fertile age and for young children
- interactive communication and counselling.

With these six factors indications could be obtained for six behaviour characteristics:
- the family doctor who is evindently directed to intercurrent somatic cure and care
- the general practitioner who more than averagely co-operates with other health care workers acts as a teacher and performs a modernistic style of exercising
- the general practitioner with a more than average time-spent on post-graduate education and consultating specialists
- the general practitioner with special interest in secundary prevention who refers relatively few patients to specialists
- the general practitioner who is specially directed to primary prevention of women in fertile age-period and of young children

- the general practitioner with special interest in interactive communication and counselling.

The task-stucture revealed by me in this study seems to fit into the job-description issued by the national Association of General Practitioners, however that description is much more wide-ranging.
That difference can be attributed to differences in state. My empirical task-structure is in fact the result of a task analysis without simultaneous measurement of quality aspects or problem-supply. The issued job-description has an evident normative tendency. It describes in detail what the doctor has to do in the different conditions that can occur.

In chapter 7 an explanation of the variance in time-spent to the "new" tasks has been sought after. This has been undertaken by a simple regression analysis. It turns out that structural variables have the strongest correlation with the relative time-spent on "somatic curative care", especially the age features of the population the patient-load the ratio surgery contacts-home visits and the proportion of laboratory investigations. But the patient-load and practice-size hardly correlate with "prevention" and "interactive communication and counselling". These results give no indication that decreasing practice-size will give rise to a relatively more time-spent on "prevention", "attendance" and "counselling and interactive communication".

In chapter 8 the relevance of the results is discussed. As has been shown by Bergsma (1984) the patient-load is not an independant phenomenon. He found that about 60% of all people who attended their general practitioner were in one form or another recalled by him. It would be better to speak of a circular model in health care assistence. Perhaps this organisational peculiarity can prohibit the expected effects of decreasing practice-size on the desired shift in time allocation to "prevention" and "attendance". On the contrary I recieved indications that the attitude, the task-perception, is one of the important driving forces in the behaviour of dutch general practitioners. Therefore, I state that by employing general practitioners with complementary affinities with regard to task performance, such as family physicians with somatic, preventive and communicative affinities in patient care the foundation of group practices

and health care centres could stimulate the strengthening of primary health care. In these settings protocol discussions and inter-colleague evaluation could be an important means to achieve that aim.

Aalderen, H.J. van
Anders helpen, anders helen. Amsterdam, V.U., oratie, 1974.

Aalderen, H.J van; Haan, M. de; Staveren, G., van
Richtlijnen voor de opleiding tot huisarts. Huisartsen Instituut Vrije Universiteit Amsterdam, 1980.

Aulbers, B.J.M.; Oliemans, A.P.
Beschouwingen over het verrichtingencijfer. Huisarts en Wetenschap, 14, 423-434, 1971.

Aulbers, B.J.M.; Waard, F., de
Praktijkanalytische gegevens uit het Intermitterend Morbiditeits Onderzoek, Huisarts en Wetenschap, 13, 171-177, 1970.

Bergsma. J.J.
Het bezoek aan de huisarts. I. Naar de dokter en terug. Medisch Contact, 39, 683-695, 1984.

Bergsma, J.J.
Het bezoek aan de huisarts. In de spreekkamer. Medisch Contact, 23, 721-724, 1984.

Bergsman, J.J.; Fieret, G.
Rapport I: "'t Spreekuur". Naar de huisarts en terug. Subfaculteit Psychologie Tilburg, augustus 1980.

Beus, Ch.H., de
Elektrocardiografie in een huisartspraktijk. Nijmegen, dissertatie, 1969.

Blokland-Kühler, N.M.
Arbeidsstudie in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 17, 256-259, 1974.

Boot, C.P.M.
Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk. Leiden, dissertatie, 1979.

Boots, J.M.J.
Het werk van de huisarts. Maastricht, dissertatie, 1983.

Boots, J.M.J.
Gedragsobservatie registrator. Gezondheid en Samenleving, 1, 302 303, 1980.

Boots, J.M.J.; Zutphen, W.M., van
Taakopvattingen van de huisarts. Medisch Contact, 36, 65-68, 1981.

Bouhuijs, P.A.J.
De ontwikkeling van het Praktisch Medisch Onderwijs in

de Huisartspraktijk. Maastricht, dissertatie, 1983.

Bremer, G.J.
Dokters in hun dagelijkse doen. Huisarts en Wetenschap, 21, 477-483, 1978.

Bremer, G.J.; Westreenen, E., van
De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. Huisarts en Wetenschap, 7, 2-17, 1964.

Brouwer, W.
Het eenmalig geriatrisch consult. Huisarts en Wetenschap, 26, 140-144, 1983.

Buma, J.T.
De huisarts en zijn patiënt. Amsterdam, dissertatie, 1949.

Buma, J.T.
Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, Leiden, 1959.

Buma, J.T.
Inventarisatie van een huisartspraktijk. Medisch Contact, 7, 151-155, 1952.

Cate, R.S., ten
De praktijkuitvoering van de huisarts. Stenfert Kroeze NV, Leiden, 1963.

Cate, R.S., ten
Samen werken, samen bouwen in de eerste lijnsgezondheidszorg. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1977.

Cohen, J.
Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. Psychological Bulletin, 84. 1970.

Collaris, J.W.M.
Bij kleinste huisartspraktijken gemiddeld hoogste verwijscijfer. Inzet, 3, 19-20, 1980.

Cottaar, M.; Doorn, H. van et al.
Röntgenonderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 26 373-375, 1983.

Crebolder, H.F.J.M.
Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis. Huisarts en Wetenschap, 20, 43-52, 1977.

Deen, K.J., van
Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Groningen, dissertatie, 1952.

Dool, C.W.A., van den
Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 13, 59-62, 1970.

Dopheide, J.P.
Verwijzingen door de huisarts. Gezondheid en Samenleving, 3, 141-151, 1982.

Duuren, R., van; Hupkens, L.A.J.
Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband. Medisch Contact, 36, 1933-1936, 1981.

Elting, W.
De analyse van één dag praktijkvoering; een explorerend onderzoek van de spreekuurgesprekken. Huisarts en Wetenschap, 15, 259-269, 1972.

Everitt, B.
Cluster Analysis. Halsted Press, New York, 1974.

Feen, J.A.E., van der
Hypertensie en huisarts; een uitdaging. Huisarts en Wetenschap, 18, 406-411, 1975.

Feen, J.A.E., van der
Hypertensie een uitdaging aan de huisarts. Rotterdam, dissertatie, 1977.

Gerritsma, J.G.M.; Smal, J.A.
De werkwijze van huisarts en internist, een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht, dissertatie, 1982.

Gozin, L.
Consultation behaviour of families with psychosocial problems in a general practice. General Practice International, 4, 171-179, 1980.

Herbert. J.; Attridge, C.
A guide for developers and users of observation systems and manuals. American Educational Research Journal, 12, 1-20, 1975.

Heyns, R.W.; Zander, A.F.
Observation of group behavior. In Festinger, L. Katz, D.(eds.): Research methods in the behavorial sciences. New York: Holt, Rinehart & Winston, 381-417, 1966.

Hildebrand, D.K.
Prediction analysis of cross classification. Wiley and Sons, New York, 1977.

Hogerzeil, H.H.W.
Resultaten in een huisartspraktijk. Utrecht, dissertatie, 1954.

Holten-Vriesema, J. et al.
"Methodisch werken". Een algemene methode van hulpverlening voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 21, 322-335, 1978.

Hornstra, R.
De sociale discussie in het geneeskundig handelen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 4, 55, 1950.

Hull, F.M.
The General Practitioners use of time. General Practice International, 12, 37-43, 1983.

Huygen, F.J.A.
Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 21, 447-450, 1978.

Huygen, F.J.A.
Huisarts en preventie. Congresrede. Huisarts en Wetenschap, 18, 429-432, 1965.

Huygen, F.J.A.
Geboorteregeling in de praktijk van de huisarts; een oriënterend onderzoek. Huisarts en Wetenschap, 11, 2-10, 1968.

Huygen, F.J.A.
Huisarts en revalidatie. Huisarts en Wetenschap, 13, 132-135, 1970.

Huygen, F.J.A.
De rol van de huisarts als gezinsarts. Huisarts en Wetenschap, 24, 130-134, 1981.

Huygen, F.J.A.
Huisarts, hoe sta je er voor? Huisarts en Wetenschap, 24, 412-414, 1981.

Jacobs, H.M.; Touw-Otten, F.W.; De Melker, R.A.
Taakopvatting en ziekenhuisbezoek. Huisarts en Wetenschap, 22, 226-234, 1979.

Jansen-Emmer, E.M.
Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Zeist, dissertatie, 1958.

Kerlinger, F.N.
Foundations of behavorial research. Holt, Rinekart and Winston, Londen, 1964.

Kerlinger, F.N.; Padhazur, E.J.
Multiple regression in behavorial research. Holt, Rinekart and Winston, Londen, 1973.

KNMG-commissie Eerste Echelon.
De plaats van de medicus in het eerste echelon. Medisch Contact, 31, 141-164, 1976.

Knox, J.D.E.; Anderson, R.A. et al.
General Practitioners care of the eldery: Studie of aspects of workload. Journal of the Royal College of General Practitioners, 34, 194 198, 1984.

Kooy, L.R.
De inhoud van de nascholing. Huisarts en Wetenschap, 25, 62-67, 1982.

Lamberts, H.
Een toekomstvisie uit 1964 De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. Huisarts en Wetenschap, 25,199-202, 1982.

LHV.
Blauwdruk Beleid Landelijke Huisartsen Vereniging, 1975.

LHV.
Nieuwe Blauwdruk, Medisch Contact, 32, 973-977, 1977.

LHV.
Interimrapport van de Commissie Takenpakket, october 1976.

LHV.
De Taken van de Huisarts. Rapport van de Commissie Takenpakket der Landelijke Huisartsen Vereniging. Medisch Contact, 32, 765-789, 1977.

LHV.
Concept-rapport Basis-Takenpakket van de Huisarts. Utrecht, 1982.

LHV.
De functie-omschrijving van de huisarts. Medisch Contact, 36, 1471-1476, 1981.

LHV.
Basis-Takenpakket van de huisarts. Bijlage bij Medisch Contact van 8 juli 1983.

Mc Gregor, R.M.
The work of a family doctor. Journal of the Royal College of General Practitioners, 23, 787-791, 1973.

Melker, R.A. de
Beterschap door beter beleid. Dekker en Van der Vegt, Nijmegen, 1975.

Melker, R.A. de
Een proefonderzoek naar de verwijsgewoonte van een

groep huisartsen. Huisarts en Wetenschap, 17, 289-294, 1974.

Melker, R.A. de
Ziekenhuispatiënt huisarts, huisgezin. Nijmegen, dissertatie, 1973.

Ministerie van Binnenlandse Zaken
Indeling van Nederland in provincies nieuwe stijl. Februari 1977.

Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Nota Volksgezondheid, 1966.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1974.

Moll van Charante, A.W.
Van ziektegevoel tot klaaggedrag. Huisarts en Wetenschap, 21, 17-20, 1978.

Morell, D.C.; Gage, H.G. et al.
Patterns of demand in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 19, 331-342, 1970.

NHG.
Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap, 21, 322-335, 1978.

NHG.
Hoe helpt de dokter? Rapport, Utrecht, 1975.

NHG.
Woudschotenrapport. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, 1959.

NHI.
Het vertrek uit de huisartspraktijk 1972-1975. Rapport van P. Groenewegen en J. van der Zee. Huisarts en Wetenschap, 20, 525-526, 1977.

Nelson, E. et al.
A study of the validity of the task inventary method of job analysis. Medical Care, vol. XIII, 104-113, 1975.

Nie, H.N. et al.
Statistical package for the social sciences. Second edition. Mc Graw Hill, New York, 1975.

Oliemans, A.P.
Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, dissertatie, 1969.

Oosterhuis, W.W.
30 juni, een dag uit een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 15, 241-269, 1972.

Philipsen, H.
Huisarts en Wetenschap, of hoe wordt het "loeren en oudehoeren" vervangen door "gissen en missen" ook in de huisartsgeneeskunde. In Vercruysse E.V.W.; Philipsen, H.; Diederiks, J.P.M. en Van der Zee, J.: Huisarts en sociaal-wetenschappelijk onderzoek. NHI, Utrecht, 1973.

Posthuma, B.H.; Van der Zee, J.
Tussen eerste en tweede echelon I. Analyse van gemeentelijke verwijscijfers uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen. NHI, Utrecht, 1977.

Prins, A.
Drempelverlaging tot gebruik van laboratoriumfaciliteiten door de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 19, 252-254, 1976.

Raupp,J.L.M.
Over werkwijzen van huisartsen. Helmond, dissertatie, 1971.

Ree, J.W.van
Het Nijmeegs Interventieproject. Nijmegen, dissertatie, 1981.

Reiss, A.J.
Systematic observation of natural social phenomena. In: Coster, H.L. (ed.): Second Handbook of Research on Teaching. Chicago, Rand McNally, pp. 38, 122-183, 1971.

Richardson, I.M.; Howie, J.G.R. et al.
A study of general practitioner consultations in North-east Scottland (Aberdeen). Journal of the Royal College of General Practitioners, 23, 132-142, 1973.

Rop, H.J.; Lamberts, H.; Weel, C. van
Huisarts en verwijsgedrag. Huisarts en Wetenschap, 22 306-312, 1979.

Ruhe, H.A.M.
Een huisartspraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum, Assen, 1957.

Rijntjes, A.G.; Bouhuys, P.A.J.; Mol, A. et al.
Praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 38, 365-368, 1983.

Saan, M.
Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts. Groningen, dissertatie, 1967.

Sanders, J.A.H.
Psychische problemen post partum. Medisch Contact, 18, 569-571, 1984.

Schadé, E. en Wallig, C.
Microbiologische diagnostiek in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 17, 539-540, 1984.

Schreuder, J.TH.R.
De bejaarde patiënt. Omnia Praescribendi gratia, 38, 1-29, 1970. Opgenomen in: 20 jaar geriatrie; een keuze uit het werk van Prof. Dr J. Schreuder. Red. L.A.Cahn e.a. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.

Schwach, E.; Brecht, J.G.; Schwarz, F.W.
Wie handeln Haus- und Familienärzte? General Practice International, 12, 162-167, 1983.

Seelen, A.; Diederiks, J.P.M.; Van Zutphen, W.M. et al.
Identification of cardiovascular risk factors in general practice. Huisarts en Wetenschap, 23, 325-331, 1980. (Wonca-uitgave).

Smit, P.
Spoedgevallen in de huisartspraktijk. Groningen, dissertatie, 1974.

Soeters, J.M.L.M.
Patiënt gezondheidszorg en langdurige ziekte. Maastricht, dissertatie, 1983.

Staveren, G. van
Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen. Amsterdam, dissertatie, 1984.

Utrechts Universitair Huisartsen Instituut.
Kenmerken van de huisarts, 1975.

Veder-Smit, E.
Schets van de Eerste Lijnsgezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16066, nr 1-2.

Veenman. S.A.M.
Training op basis van interactie analyse. Tilburg, Zwijsen, 1975.

Ven, W.P. van de; Nauta, F.A.
Inventarisatie van achtergronden van comsumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulierverzekerden. Gezondheid en Samenleving, 1, 224-254, 1980.

Verhoef, E.
Gebruik van Gezondheidszorgvoorzieningen, Nijmegen, dissertatie, 1979.

Vliet, R.C. van; Ven W.P. van de
Analyse van medische comsumptie en van verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. COEPS-rapport, Leiden, 1982.

Vries, M.J. de
Systeemtheorie en algemene ziekteleer. Medisch Contact, 34, 1585-1588 en 1621-1624, 1979.

Weel, C. van
Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Rotterdam, dissertatie, 1981.

Weick, K.E.
Systemic observational methods. In: Handbook of social psychology, vol. II. by Lindzey, G; Aronson, E. (eds.) Reading, Mass. 1968.

Wielen, Y., van der
De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen, 1960.

Willemse, P.M.A.
Geriatrische zorg in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 22, 667-670, 1981.

Wilson, J.B.
Work-load in a rural practice over the pas eighteen years. The Lancet, 1, 733-734, 1982.

Wishart, D.
Cluster user manual; third edition, Edinburgh University, 1978.

Zee, H., van der
Data analyse. Een wegwijzer voor onderzoekers en gebruikers van onderzoek. Boom, Meppel, 1975.

BIJLAGE 1: VERSCHILLEN IN TESTWAARNEMINGEN TUSSEN OBSERVATOREN ONDERLING EN IN VERGELIJKING MET DE ONDERZOEKER-OBSERVATOR, WEERGEGEVEN MET BEHULP VAN DE BIJBEHORENDE WAARDEN VAN χ^2

	test 1		test 2		test 3		test 4	
	freq.	tijd	freq.	tijd	freq.	tijd	freq.	tijd
Diagnostiek	0.71	0.41	0.28	0.05	0.63	0.43	0.57	0.33
Therapie	2.68*	2.89*	0.40	0.31	1.78	0.80	1.68	1.43
Preventie	0.87	0.84	-	-	-	-	0.00	0.63
Begeleiding	-	-	0.01	0.75	0.01	0.46	0.00	0.14
Verwijzing	-	-	0.01	1.37	0.00	0.00	-	-
Vrijheidsgraden	7	7	6	6	7	7	8	8
Aantal consulten	5	/	5	/	6	/	5	/
Totale tijd	/	43 min.	/	37 min.	/	30 min.	/	48 min.

(De waarden met * zijn significant op .05 niveau).

Bijlage 2: Vragenlijst, gebruikt bij "kleine" en "grote" steekproef.

Persoons- en praktijkgegevens van de huisarts.	gemiddeld aantal of percentage in kleine steek-proef	grote steek proef
Hoe lang werkzaam in huidige praktijk?	jaren 11.1	10.5
Grootte van praktijk per 1 januari 1979:		
- aantal ziekenfondspatiënten	2041	2000
- aantal particuliere patiënten	906	890
Apotheekhoudend?		
1. nee	67.7	71.5
2. ja	32.3	28.5
Pratkijkvorm:		
1. solopraktijk	62.4	67.1
2. associatie	19.4	19.1
3. groepspraktijk	8.6	5.4
4. gezondheidscentrum	8.6	5.4
5. andere gestructureerde samenwerking nl.		
Indien er sprake is van gestructureerde samenwerking:		
7.a. Met wie?		
- andere arts(en)	29.6	22.6
apotheker	10.3	12.2
- fysiotherapeut	29.4	20.7
- maatschappelijk werker	33.1	26.2
- psycholoog(e)	6.2	3.1
- wijkverpleegkundige	43.5	27.7
- anderen, nl.:		
Heeft u een vaste dienstregeling met uw (buurt) collegae?		

1.	nee, door naar 9.	1.1	1.3
2.	ja, door naar 8a.	98.9	98.0
8.a.	Welke?		
	avond/nachtdienst	83	78.8
	vacantie	82	82.7
	weekenddienst door naar 8b	95	96.6
	Indien er een weekenddienst-regeling is:		
8.b.	- hoe vaak? 1x per weken		
	- aantal patienten		
9.	Heeft u hulppersoneel in uw praktijk?		
-	nee door naar 10. ja:	98.9	94.1
-	ja, door naar 9a.		
9.a.	Welke hulp?		
	- echtgenoot(e)	49.5	51 5
	- dokters- of praktijk-assistent(e)	80.6	6 8 . 6
	- apothekersassistent(e)	22.6	16.9
	- verpleger(ster)	4.3	2.1
	- medisch analist(e) of laborant(e)	2.2	0.7
	- administratieve assistentie	11.8	9.0
	- assistent-arts	14.0	8.6
	- andere nl.	6.5	3.9
10.	Heeft u momenteel iemand in opleiding in uw praktijk?		
-	nee, door naar 11	71.0	73 3
-	ja, door naar 10.a.		
10.a.	Wie?		
	- co-assistent(e)	7.5	5.4
	- arts assistent(e)	18.3	13.2
	- doktersassistent(e)	12.9	13.0
	- overige, nl :		

11. Wilt u door aankruisen aangeven over welke van onder staande instrumenten u de beschikking heeft tijdens uw praktijkuitoefening? ja:

- audiometer	18.3	23.3
- bloeddrukmeter	100	99.7
- brillendoos	21.5	23.0
- catheters	94.6	93.6
- electrocardiograaf	30.1	20.8
- electronische stethoscoop	4.3	6.8
- HB meter vgl. Sicca	73.1	71.8
- hechtset	97.8	95.3
- hydrecator	65.6	58.0
- kogeltang voor het plaatsen van een IUD	48.4	43.6
- Mayo intubatieset	36.6	33.2
- ophtalmoscoop	90.3	87.9
- peak-flow-meter	33.3	27.9
- polarimeter	3.2	4.2
- protoscoop	54.8	54.1
- rethoscoop (25 30cm)	8.6	5.0
- spiegel voor indirecte laryngoscopie	58.1	61.6
- tonometer	25.8	21.0
- UKG-apparaat	3.2	1.3
- vaginaalspecula	100	99.5

Taakperceptie.
Hierna volgen aan aantal pagina s met uitspraken over een aantal werkzaamheden van de huisarts.
Deze uitspraken zijn geformuleerd als: "De huisarts moet ..." etc. Wilt u naar aanleiding van deze uitspraken telkens aangeven wat de Nederlandse huisarts met een volledige dagtaak naar uw mening behoort te doen en wat niet. U wordt verzocht niet uw huidige feitelijke werkzaamheden aan te geven

Naast uw mening over wat de huisarts behoort te doen, vragen wij ook naar uw mening over de mogelijkheden wat betreft gezondheidszorgvoorzieningen en tijd, die u ter beschikking staan om de door u gewenste werkzaamheden te verrichten. Hierover hebben we per onderwerp telkens twee uit-

spraken geformuleerd.
Na elke uitspraak staat een schaalverdeling van 1 tot 5.
De cijfers hebben de volgende betekenis:
1 = mee eens
2 = enigszins mee eens
3 = neutraal of geen mening
4 = enigszins mee oneens
5 = mee oneens
Wilt u tevens door omcirkeling van één cijfer aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de betreffende uitspraak.

N.B.: Het gaat voornamelijk om uw eerste indruk van een uitspraak. Het is dan ook van belang dat u niet te lang bij een bepaalde uitspraak blijft stilstaan.

	kleine steek-proef (percentage "mee eens")	grote steek proef
12. Diagnostiek.		
1. Het analyseren van sociale problemen van zijn patiënten behoort tot de taak van de huisarts	79.3	80.8
2. De huisarts moet trachten van alle klachten die zijn patiënten hem voorleggen, zelf de oorzaken te achterhalen.	41.3	50.2
3. De huisarts moet in zijn diagnose niet alleen anamnestische onderzoeksgegevens betrekken, maar tevens het gedrag van de patiënt en zijn eigen reactie daarop.	92.4	94.4
4. De huisarts moet zijn patiënten duidelijk maken, dat hij zich in hoofdzaak met hun lichamelijke welbevinden bezighoudt.	72.8	70.1

5.	De voornaamste taak van de huisarts is vast te stellen door wie zijn patiënt op de meest adequate wijze kan worden behandeld.	51.1	51.7
6.	De huisarts dient meer aandacht te besteden aan diagnostiek dan aan enige andere taak.	34.8	33.7
7.	Ik vind de voorzieningen in mijn omgeving ter ondersteuning van de door mij gewenste diagnostiek voldoende.	91.3	87.7
8.	Naar mijn mening kan mijn diagnostiek door tijdgebrek vaak niet zo uitgebreid zijn als ik wel zou willen.	41.3	44.9
13.	**Therapie.**		
1.	De huisarts moet proberen zijn patiënten zo veel mogelijk zelf te behandelen in plaats van doorverwijzen.	78.3	81.6
2.	Gesprekstherapie moet tegenwoordig tot de noodzakelijke vaardigheden van de huisarts behoren.	70.7	68.3
3.	De huisarts moet in zijn therapeutisch handelen zoveel mogelijk voorop stellen dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het herstel van zijn gezondheid.	93.5	86.7
4.	De huisarts is de eerste aangewezene om een fysiologische partus te leiden.	35.9	41.4
5.	Wanneer de patiënt een behandeling vraagt die de huisarts niet zinvol acht, moet hij deze toch verstrekken.	12.2	14.4

6.	Bij minder dan tien bevallingen per jaar is het onverantwoord dat de huisarts zelf bevallingen leidt.	77.2	16.1
7.	De huisarts dient meer kennis te hebben van de psychofarmaca dan van psychotherapie.	25.0	53.5
8.	Ik vind dat de aanwezige gezondheidszorgvoorzieningen mij voldoende in staat stellen mijn patiënten de door mij gewenste behandeling te geven.	62.0	73.8
9.	Naar mijn mening kom ik door tijdgebrek vaak niet toe aan door mij gewenste vormen van behandeling.	42.9	41.3
14.	**Begeleiding.**		
1.	De huisarts moet beschouwd worden als de meest aangewezen persoon om stervens begeleiding te bieden.	80.6	78.6
2.	De begeleiding van high-risk groepen moet een van de meest belangrijke taken van de huisarts zijn.	77.4	76.0
3.	De huisarts moet psychiatrische patiënten na hun ontslag uit een inrichting zelf begeleiding.	37.6	34.2
4.	De huisarts dient de begeleiding bij revalidatie van zijn patiënten in vrijwel alle gevallen zelf uit te voeren.	24.7	24.5
5.	Chronisch zieken dienen in overleg met de specialist zoveel mogelijk door de huisarts behandeld te worden.	94.6	92.0
6.	De huisarts is meer geschikt		

	om de begeleiding van licht psychiatrische patiënten op zich te nemen dan de ambulante geestelijke gezondheidszorg.	65.6	59.9
7.	Ik vind dat ik over voldoende specifieke voorzieningen kan beschikken om mijn chronisch zieken een gepaste begeleiding te geven.	59.8	67.0
8.	Naar mijn mening heb ik voldoende tijd om chronisch zieken uit mijn praktijk de door mij noodzakelijk geachte begeleiding te geven.	58.1	67.2
15.	Preventie.		
1.	De individuele primaire preventie moet tot het specifieke terrein van de huisarts worden gerekend.	73.1	72.8
2.	In iedere huisartspraktijk zou door de huisarts periodiek screeningsonderzoek moeten worden verricht bij high risk groepen.	39.1	40.8
3.	De huisarts behoort zijn patiënten op te voeden tot een selectiever gebruik van de medische voorzieningen.	91.3	88.3
4.	De huisarts moet zich vanuit zijn werk ook met sociale en politieke problemen bemoeien.	38.0	38.9
5.	De maatschappelijke gezondheidszorg moet het merendeel van de primaire preventietaken van de huisarts overnemen.	25.6	47.9
6.	Vroege opsporing behoort meer tot de taken van de maatschappelijke gezond-		

	heidszorg dan tot de taken van de huisarts.	35.2	36.3
7.	Het signaleren van maatschappelijke problemen als mogelijke pathogene factoren moet bij uitstek tot de taak van de huisarts gerekend worden.	65.2	58.2
8.	Ik vind dat er in mijn omgeving voldoende faciliteiten zijn om de door mij gewenste preventie mogelijk te maken.	48.9	51.8
9.	Naar mijn mening heb ik voldoende tijd om de door mij gewenste vormen van preventie toe te passen.	42.4	42.6
16.	**Verwijzing binnen de gezondheidszorg.**		
1.	Huisartsen moeten gericht naar superspecialisten kunnen verwijzen.	79.1	86.0
2.	Huisartsen zouden door specialisten veel intensiever bij de behandeling van door hen verwezen patiënten betrokken moeten worden.	80.4	81.9
3.	In de overwegingen over al dan niet verwijzen van een patiënt dient de huisarts ook de stijgende kosten van de gezondheidszorg te betrekken.	77.2	71.2
4.	De huisarts behoort na een therapeutische verwijzing verantwoordelijkheid voor zijn patiënt te blijven dragen.	77.2	70.5
5.	Als de patiënt graag verwezen wil worden ter extra geruststelling dient een huisarts hiermee in te		

	stemmen.	69.2	66.6
6.	Ik vind dat ik over voldoende mogelijkheden tot verwijzen beschik.	60.9	68.2
7.	Naar mijn mening moet ik door tijdgebrek vaker verwijzen dan ik eigenlijk zou willen.	25.0	22.3
17.	**Verwijzing buiten de gezondheidszorg.**		
1.	Huisartsen behoren patiënten indien nodig zo snel mogelijk door te sturen naar de sociale dienstverlening.	64.1	61.3
2.	De huisarts moet de sociale problemen van zijn patiënten zelf aanpakken.	26.1	27.6
3.	Wanneer de huisarts een patiënt doorstuurt naar de sociale dienstverlening is zijn verdere begeleiding niet meer noodzakelijk.	6.5	14.4
4.	Doordat de huisarts vaak als een soort ombudsman beschouwd wordt inzake sociale problemen, komt hij aan zijn eigenlijke werk te weinig toe.	30.4	27.4
5.	Het behoort tot de taak van de huisarts om verantwoord advies over sociale voorzieningen te geven aan zijn patiënten.	50.0	50.2
6.	Ik vind dat er voldoende voorzieningen op het gebied van de sociale dienstverlening zijn, waar ik mijn patiënten, indien nodig, naar kan doorsturen.	60.9	68.2
7.	Naar mijn mening kom ik		

	ten gevolge van tijdgebrek onvoldoende toe aan het geven van adviezen inzake sociale problemen.	27.2	24.5
18.	**Samenwerking met andere eerstelijns werkers.**		
1.	Groepspraktijken en andere vormen van gestructureerd samenwerken tussen huisartsen betekenen een verlichting van ieders afzonderlijke taak.	37.6	36.4
2.	Het klachtenaanbod van de patiënten maakt samenwerking van de huisarts met andere disciplines onontkoombaar.	90.1	86.6
3.	De oorzaken van eventuele moeilijkheden bij samenwerking met andere disciplines moeten meer gezocht worden in mentaliteitsverschillen dan in practisch-organisatorische omstandigheden.	70.3	65.0
4.	Gestructureerd samenwerken met collegae-huisartsen moet beschouwd worden als een noodzakelijke voorwaarde voor een kwalitatief verantwoorde zorg.	69.7	59.4
5.	Binnen een samenwerkingsvorm waaraan ook andere disciplines deelnemen, blijft de huisarts de uiteindelijke verantwoordelijkheid dragen voor de medische beslissingen ten aanzien van zijn patiënten.	57.1	59.4
6.	In een samenwerkingsverband met andere disciplines komt de specifieke taak van de huisarts beter tot zijn		

	recht.	61.5	56.4
7.	Verschillen in werktempo en werkmethode tussen de huisarts en andere disciplines bemoeilijken de samenwerking in hoge mate.	63.7	57.2
8.	Kenmerkend voor een goede samenwerking met andere disciplines is het gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid voor de welzijnszorg voor de patiënten.	76.9	75.0

19. Taak-ondersteuning.

Wilt u door telkens een cijfer te omcirkelen aangeven in welke mate u van onderstaande gezondheids- en welzijnszorg-voorzieningen gebruik maakt bij het vervullen van de vermelde taken. Wilt u daarna, eveneens door omcirkeling van een cijfer, aangeven in hoeverre de genoemde voorzieningen naar uw mening van nut zijn of kunnen zijn bij het vervullen van diverse taken.

		gebruik (percentage "geen")		(mogelijk) nut (percentage "geen")	
a.	t.a.v. diagnostiek.	KS	GS	KS	GS
1.	Röntgenfaciliteiten voor mammografie.	21.5	29.0	14.0	14.6
2.	Afdeling van het centraal laboratorium van de bloedtransfusiedienst.	51.6	58.8	37.6	30.5
3.	Consultatiebureau voor TBC-bestrijding.	34.4	33.3	8.6	14.1
4.	Ambulante geestelijke gezondheidszorg.	26.9	26.1	15.1	15.0
5.	Ziekenhuislab.	29.0	35.5	21.5	17.9
6.	Huisartsenlab.	33.8	30.6	30.1	11.6
7.	Algemeen maatschappelijk werk.	26.9	25.4	14.0	14.5
8.	ecg-dienst.	64.5	71.5	20.4	20.9
	Overige:				

		gebruik percentage "geen"		(mogelijk) nut percentage "geen"	
b.	**T.a.v. medicamenteuze therapie.**	KS	GS	KS	GS
1.	Stollingslab.	31.2	24.6	17.2	14.6
2.	(Geformaliseerd) overleg met ziekenhuisapotheker.	94.6	92.8	65.6	51.7
3.	(Geformaliseerd) overleg met klinisch farmacoloog.	95.7	94.1	54.8	43.6
4.	(Geformaliseerd) overleg met gevestigd apotheker.	45.2	40.3	24.7	14.2
	Overige:				

		gebruik percentage "geen"		(mogelijk) nut percentage "geen"	
c.	**T.a.v. therapeutische handelingen.**	KS	GS	KS	GS
1.	e.h.b.o. poli.	37.6	31.1	24.7	14.2
2.	Fysiotherapeut.	5.4	2.0	7.5	3.2
3.	Revalidatiearts.	61.3	63.1	25.8	15.9
4.	Wijkverpleging.	10.8	8.8	4.3	2.9
5.	Consultatiebureau voor geboorteregeling en sexualiteitsvragen.	86.0	89.1	55.9	50.1
6.	Chirurgische poli.	24.7	10.2	12.2	5.1
	Overige:				

		gebruik percentage "geen"		(mogelijk) nut percentage "geen"	
d.	**T.a.v. therapeutisch gesprek.**	KS	GS	KS	GS
1.	Algemeen maatschappelijk werk	36.5	38.1	21.5	18.4
2.	Ambulante geestelijke				

	gezondheidszorg.	32.3	3.1	16.1	17.5
3.	Psychiater.	51.6	40.6	25.8	21.1
4.	Psycholoog.	71.0	72.2	17.2	21.0
	Overige				

		gebruik percentage "geen"		(mogelijk) nut percentage "geen"	
e.	**T.a.v. advies.**	KS	GS	KS	GS
1.	Diëtist.	35.4	39.1	16.2	18.1
2.	Schooladviesdienst.	71.0	74.0	30.1	27.4
3.	Consultatiebureau voor geboorteregeling en sexualiteitsvragen.	89.2	89.9	55.5	51.1
4.	Algemeen maatschappelijk werk.	40.8	38.5	19.4	20.8
5.	Bureau voor medische sportkeuring.	81.7	76.9	43.0	54.5
6.	Bedrijfsgeneeskundige dienst.	55.9	62.2	26.9	25.4
	Overige:				

		gebruik percentage "geen"		(mogelijk) nut percentage "geen"	
f.	**T.a.v. begeleiding van patiënten.**	KS	GS	KS	GS
1.	Algemeen maatschappelijk werk.	34.4	37.3	16.3	16.3
2.	Ambulante geestelijke gezondheidszorg.	38.7	40.4	16.2	18.6
3.	Consultatiebureau voor alcoholisme en drugs.	51.6	55.8	19.4	24.0
4.	Schoolmaatschappelijk werk.	87.1	88.1	51.6	43.7
5.	Klinisch psychiater.	61.3	49.1	30.1	22.0
6.	Pastor.	71.0	70.5	29.0	29.6
	Overige:				

		gebruik		(mogelijk) nut	

g.	T.a.v. preventie.	percentage "geen" KS	GS	percentage "geen" KS	GS
1.	Consultatiebureau voor TBC-bestrijding.	36.5	42.8	9.7	16.3
2.	Ziekenhuislab. voor huisartsen.	34.4	27.8	20.4	14.5
3.	ecg-dienst.	70.0	72.7	23.6	25.4
4.	G.G.&G.D./districts-geneeskundige dienst.	77.4	70.8	37.6	38.7
5.	Bedrijfsgeneeskundige dienst.	72.0	70.2	29.0	30.0
6.	Consultatiebureau voor zuigelingenzorg.	18.7	18.0	11.8	8.6
7.	Schoolartsenzorg.	31.1	34.2	12.9	18.0
8.	Consultatiebureau voor geboorteregeling en sexualiteitsvragen.	80.6	87.3	51.6	51.0

20.
Wilt u, door telkens een cijfer te omcirkelen, aangeven op welk niveau - diagnostisch of therapeutisch - een huisarts moet kunnen functioneren met betrekking tot aandoeningen, waarbij u ervan uit mag gaan, dat er geen acute of dringende indicaties bestaan voor spoedopname of spoedverwijzing.

a.	Diagnostisch niveau.	KS (percentage "mee eens")	GS
1.	Een huisarts behoort zelfstandig de diagnose cholelithiasis te kunnen stellen.	92.5	96.7
2.	Een huisarts moet eventueel met behulp van een ecg-dienst, zelf cardiale ritmestoornissen kunnen differentiëren.	38.7	32.7
3.	Een huisarts dient ingeval van fertiliteitsklachten zelf een onderzoek naar de oorzaken bij beide partners in te kunnen stellen met behulp van gynaecologisch onderzoek, B.T.C. Sims-Hühner-test en semenanalyse.	38.7	32.7

4.	Een huisarts behoort met behulp van gedetailleerd onderzoek ontwikkelingsstoornissen bij kinderen te kunnen vaststellen.	32.2	30.6
5.	Een huisarts dient ecg's te kunnen beoordelen.	20.4	26.3
6.	Een huisarts moet audiogrammen kunnen beoordelen.	48.3	46.5
7.	Een huisarts moet oogfundusonderzoek kunnen beoordelen.	61.3	70.3
8.	Een huisarts moet door middel van een punctie een haemarthros kunnen vaststellen.	63.4	67.7
9.	Een huisarts dient in staat te zijn een verhoogde oogboldruk te meten.	74.2	68.5

	b. Therapeutisch niveau.	KS (percentage "mee eens")	GS
1.	Een huisarts moet een paracentese kunnen doen.	43.0	42.5
2.	Een huisarts behoort een wigexcisie bij een unguis incarnatus te kunnen uitvoeren.	53.7	62.8
3.	De huisarts dient een patiënt met een acute urineretentie als gevolg van een prostaat-hypertrofie zelf te kunnen catheteriseren.	93.5	93.5
4.	Het aanmeten van een bril voor presbyopie of lichte myopie moet de huisarts zelf kunnen doen.	26.9	26.4
5.	De huisarts behoort een patiënt met een atopie zelf te kunnen desensibiliseren.	64.5	52.5
6.	Gevallen van lichte tot matig ernstige rheumatoïde arthritis moeten door de huisarts zelf behandeld kunnen worden.	82.8	80.3
7.	De huisarts dient een patiënt met een ulcus duodeni zelf te kunnen behandelen.	95.7	93.1

8.	De behandeling van een patiënt in een acute psychische crisis toestand dient door de huisarts gedaan te kunnen worden.	50.5	55.4
9.	De huisarts dient een gravida met een lichte zwangerschaps-toxicose zelf te kunnen behandelen.	75.3	75.2

21.
Thans volgen er een aantal uitspraken over de verhouding arts-patiënt en over psychosociale klachten. Wilt u door omcirkeling van een cijfer aangeven in hoeverre u het met de uitspraak eens of oneens bent?

		KS (percentage "mee eens")	GS
1.	Een huisarts moet altijd beschikbaar zijn voor zij patiënten.	19.3	28.8
2.	Als de huisarts een patiënt medicijnen voorschrijft, dan dient hij de werking hiervan aan hem uit te leggen.	86.0	85.6
3.	Patiënten moeten tegen hun huisarts op kunnen zien.	13.1	16.7
4.	Gezien de psychische aard van bepaalde klachten waarmee patiënten bij hun huisarts komen, dient deze zich ook op dit terrein te bekwamen.	87.9	87.8
5.	Huisartsen zouden hun patiënten meer uitleg over hun ziektes moeten geven.	74.2	80.8
6.	Met een afsprakenspreekuur is een huisarts voldoende beschikbaar voor zijn patiënten.	60.2	61.6
7.	Het hoort tot de taak van de huisarts zijn patiënt met psychosociale klachten de weg te wijzen in de maatschappelijke dienstverlening.	86.9	86.4
8.	Klachten van patiënten hebben		

	vaak meer te betekenen dan oppervlakkig lijkt.	93.5	89.2
9.	Een succesvolle behandeling hangt in hoge mate af van het feit of de patiënt er het nut en de werking van inziet.	89.1	94.1
10.	De huisarts behoort een natuurlijk overwicht te hebben over zijn patiënten.	48.4	46.2
11.	Een huisarts zou patiënten meer mogelijkheden moeten geven om op afspraak buiten het spreekuur bij hem langs te komen.	26.9	41.6
12.	Het verlenen van hulp bij psychosociale problemen gaat de competentie van de buren te boven.	17.2	21.0
13.	Het contact van huisarts en patiënt is een contact van gelijkwaardigen.	67.9	70.9
14.	Vakken als psychologie en sociologie moeten een vaste plaats krijgen in de opleiding tot arts.	79.5	77.0

22.
Thans volgt er een vraag naar uw mening over een aantal aspecten van uw werk. U wordt verzocht gebruik te maken van de schaalwaarden 1-5 zoals naast het criterium vermeld staan.

Mijn werk als huisarts is:

		KS (percentage "mee eens")	GS
1.	Fascinerend.	78.4	74.8
2.	Routinematig.	37.6	37.6
3.	Bevredigend.	84.9	87.6
4.	Vervelend.	3.2	6.0
5.	Goed.	63.4	65.0
6.	Creatief.	53.7	52.3
7.	Waardering schenkend.	63.4	65.0
8.	Gejaagd.	48.3	53.0
9.	Aangenaam.	76.3	74.7

10.	Nuttig.	80.7	85.9
11.	Vermoeiend.	66.6	69.7
12.	Gezond.	29.0	23.3
13.	Uitdagend.	76.3	74.5
14.	Veeleisend.	84.9	87.6
15.	Frustrerend.	28.9	29.9
16.	Eenvoudig.	9.6	5.2
17.	Uitzichtloos.	7.5	4.5
18.	Vruchtbaar.	65.6	71.0

De waarneming.

Grote steekproef (percentage "eens")

23. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken over het waarnemen.

- Meestal voel ik me tijdens de waarneming erg nerveus.	23.4
- Tijdens de waarneming sta ik erg onder druk.	38.2
- Na afloop van de waarneming ben ik geestelijk en lichamelijk volledig uitgeput.	15.2
- Waarnemen is buitengewoon vermoeiend.	39.7

24. Accepteert u het dat de LHV zich actiever c.q. regulerender opstelt dan het geven van (zwaarwegende) adviezen, indien misstanden in waarnemingsregelingen worden geconstateerd?

1. ja	82.3
2. geen mening	9.5
3. nee	8.2

Nascholing.

25. Wilt u uw mening geven ten aanzien van de volgende uitspraak.

"eens"

Een huisarts moet verplicht worden om één keer per jaar een georganiseerde cursorische nascholing te volgen.

26. De duur van een cursorische nascholing dient

een aaneengesloten periode te bedragen van:

1. minder dan 2 dagen	12.1
2. 2 dagen	24.4
3. 3 tot 5 dagen	50.3
4. meer dan 5 dagen	5.9

27. Hoe moet naar uw mening een verplichte nascholing mogelijk gemaakt worden?

	"eens"
1. Door een waarnemingsregeling binnen de eigen waarnemingsgroep.	76.2
2. Door een financiële tegemoetkoming in de kosten van een door de huisarts zelf te zoeken waarnemer.	10.4
3. Centraal door het bureau waarnemingen van de LHV.	6.5

Toetsing.

28. Wilt u ten aanzien van de volgende uitspraken uw mening geven?

	"eens"
- Iedere vorm van toetsing zal een facultatief karakter moeten hebben.	60.3
- De resultaten van een periodieke toetsing moeten als voorwaarde gelden voor de registratie in het huisartsregister.	25.5
- De toetsing dient zich voornamelijk op het medisch handelen van de huisarts te richten.	61.1
- De arts-patiënt relatie moet het belangrijkste aspect van de toetsing zijn.	
- De praktijkorganisatie dient het belangrijkste aspect van de toetsing te zijn.	22.2

Medicatiebewaking.

29. Wilt u uw mening geven ten aanzien van de volgende uitspraak?

"eens"

Ter voorkoming van ongewenste interactie en overmatig gebruik van geneesmiddelen is een formeel geregelde vorm van medicatie-bewaking noodzakelijk. 75.0

30. Een formeel geregelde vorm van medicatie-bewaking dient opgedragen te worden aan: (slechts één antwoord aankruisen s.v.p.)

	"eens"
1. De huisarts	32.4
2. De apotheker	56.0
3. De inspectie van de volksgezondheid	8.0

Prescriptie.

31. Wilt u uw mening geven ten aanzien van de volgende uitspraken?

	"eens"
- De Regeling en Klapper dient als verplichte norm ten aanzien van de prescriptie te worden ingevoerd.	31.9
- Een geformaliseerd overleg tussen huisarts en apotheker is noodzakelijk om de kwaliteit van de prescriptie te bewaken.	72.7

Vestigingsbeleid.

32. Denkt u dat, indien de L.H.V. zelf geen regulering van vestigingsbeleid tot stand brengt, de overheid deze zaken ter hand zal nemen?

1. ja	75.5
2. geen mening	12.8
3. nee	11.7

33. Accepteert u een verlaging van de rekennormpraktijk (thans 2600) tot 2000?

1. ja	54.4
2. geen mening	14.5
3. nee	31.2

34. Accepteert u een maximering van de praktijkgrootte in verband met een vestigingsbeleid? (Maximering betekent hier dat de huisarts niet meer gehonoreerd wordt boven de rekennormpraktijk + 25%).

1. ja	69.7
2. geen mening	7.2
3. nee	23.1

35. Accepteert u een maximum-percentage van 90% van de bruto praktijkopbrengst in één jaar bij overdracht als goodwillbetaling?

1. ja	76.7
2. geen mening	10.3
3. nee	13.0

36. Acht u een verplicht overdragen van nevenfuncties, en dus het openbaarmaken van verdiensten daaruit, een aanvaardbaar instrument in het kader van een vestigingsbeleid?

1. ja	35.5
2. geen mening	22.9
3. nee	41.6

Bijlage 3: Correlatiematrix (Pearson r) van de tijdsvariabelen.

		1	2	3	4	5	6
1.	anamnese	1.00					
2.	lich.onderzoek	.54	1.00				
3.	eigen lab.ond.	---	---	1.00			
4.	uitbest.lab.ond	.40	.34	---	1.00		
5.	uitbest.diagn.ond.	23	.28	-.12	.19	1.00	
6.	medicatie	.33	.54	.11	.42	.25	1.00
7.	advies	.39	.30	---	.20	---	.20
8.	ther.handeling	.24	.30	---	---	.16	---
9.	gesprek	---	---	---	---	---	---
10.	diagn.verwijzen	---	---	---	---	---	---
11.	ther.verwijzen	.26	.20	---	---	.15	.27
12.	consult vragen	-.17	-.16	---	---	-.16	---
13.	consult geven	---	---	---	---	---	---
14.	verw.buiten gez.zorg	---	---	---	---	---	---
15.	inlichtingen vragen	---	---	---	---	---	---
16.	inlichtingen geven	---	-.18	---	---	---	.17
17.	geboorteregeling	---	.19	---	.15	---	---
18.	perinatale zorg	---	---	---	---	---	.30
19.	vaccinatie	---	---	---	---	---	---
20.	periodiek gen.ond.	---	---	---	-.18	.15	---
21.	g.v.o.	---	---	---	---	---	---
22.	surveillance	---	---	---	.18	---	---
23.	chron.cur.beg.	-.17	---	---	---	---	-.19
24.	follow up	---	---	-.17	---	---	---
25.	informatie geven	---	---	-.15	---	---	---
26.	praktijkorganisatie	-.25	-.27	---	-.29	---	---
27.	admin./registr.	---	---	---	---	---	.15
28.	telefoon	---	---	---	.16	---	---
29.	apotheek	---	---	.15	---	---	.22
30.	samenwerking	---	---	---	---	---	.28
31.	reistijd	-.20	-.21	---	---	---	---
32.	sociaal contact	-.24	-.25	---	---	---	---
33.	nascholing	---	---	---	---	---	---
34.	onderwijs geven	-.24	-.32	---	---	-.18	-.21
35.	keuringen	---	---	.25	---	---	.16
36.	categor.begeleid.	-.20	.25	---	-.25	-.24	-.26
37.	privé	-.42	-.40	---	-.30	-.21	-.37
38.	med.indicatiestell.	---	-.15	---	---	---	---

39. med.adviseurschap	---	-.15	---	---	---	---
40. andere artsact.	-.16	.20	---	---	---	---
41. bestuursact.	---	---	---	---	---	---

	7	8	9	10	11	12
7. advies	1.00					
8. ther.handeling	.17	1.00				
9. gesprek	---	---	1.00			
10. diagn.verwijzen	---	---	---	1.00		
11. ther.verwijzen	.20	---	---	---	1.00	
12. consult vragen	---	---	---	---	---	1.00
13. consult geven	.17	---	---	---	-.21	---
14. verw.buiten gez.zorg	-.17	---	---	---	---	---
15. inlichtingen vragen	---	---	---	---	---	---
16. inlichtingen geven	---	---	---	---	---	---
17. geboorteregeling	.40	---	-.17	---	---	-.17
18. perinatale zorg	.19	---	---	-.22	-.26	---
19. vaccinatie	.16	---	-.21	---	---	---
20. periodiek gen.ond.	---	---	---	---	---	---
21. g.v.o.	-.20	---	---	---	---	---
22. surveillance	.31	---	---	---	-.19	---
23. chron.cur.begeleid.	---	---	---	---	-.28	---
24. follow-up	---	---	---	---	.15	---
25. informatie geven	---	---	.21	---	---	---
26. praktijkorganisatie	---	---	.15	---	-.16	---
27. admin./registr.	-.23	---	---	---	.38	---
28. telefoon	-.16	---	---	---	---	---
29. apotheek	---	.19	---	---	---	---
30. samenwerking	---	---	.17	---	---	---
31. reistijd	---	-.16	-.18	---	---	---
32. sociaal contact	---	---	---	---	---	.39
33. nascholing	.15	-.22	---	---	---	.30
34. onderwijs geven	-.26	.25	---	---	---	.22
35. keuringen	-.16	---	---	---	---	---
36. categor.begeleid.	---	---	---	---	-.19	---
37. privé	-.21	-.22	-.22	---	-.25	---
38. med.indicatiestell.	---	---	---	---	-.15	.33
39. med.adviseurschap	---	---	---	---	---	---
40. andere artsact.	---	---	---	---	---	---
41. bestuursact.	---	---	---	---	---	---

	13	14	15	16	17	18
13. consult geven	1.00					
14. verw.buiten gez.zorg	---	1.00				
15. inlichtingen vragen	---	---	1.00			
16. inlichtingen geven	---	.17	---	1.00		
17. geboorteregeling	---	---	---	---	1.00	
18. perinatale zorg	---	---	.19	---	---	1.00
19. vaccinatie	---	---	---	---	---	.19
20. periodiek gen.ond.	---	---	---	---	---	---
21. g.v.o.	.33	---	---	---	---	---
22. surveillance	---	---	---	---	.17	---
23. chron.cur.begeleid.	---	---	---	---	.18	---
24. follow-up	---	---	---	---	---	---
25. informatie geven	---	-.15	---	---	.20	---
26. praktijkorganisatie	---	---	---	---	---	.25
27. admin./registr.	---	---	---	---	---	-.18
28. telefoon	---	.20	.15	---	---	.17
29. apotheek	---	---	---	---	---	---
30. samenwerking	---	---	---	---	-.15	---
31. reistijd	---	-.15	-.18	---	-.19	---
32. nascholing	---	---	.17	-.20	---	-.19
34. onderwijs geven	---	.28	.15	.24	---	---
35. keuringen	---	---	---	---	---	-.19
35. categor.begeleid.	---	---	---	---	.17	---
37. privé	---	---	---	---	---	---
38. med.indicatiestell.	---	---	---	---	---	---
39. med.adviseursch.	---	---	---	---	---	---
40. andere artsact.	---	---	---	---	---	---
41. bestuursact.	---	---	-.16	.18	---	---

	19	20	21	22	23	24
19. vaccinatie	1.00					
20. periodiek gen.ond.	.37	1.00				
21. g.v.o.	---	---	1.00			
22. surveillance	---	.16	---	1.00		
23. chron.cur.begeleid.	---	---	---	---	1.00	
24. follow-up	---	---	---	---	---	1.00
25. informatie gevan	---	.21	---	---	---	.18
26. praktijkorganisatie	---	---	---	---	---	---
27. admin./registr.	-.19	---	---	-.19	-.19	---
28. telefoon	---	---	---	-.18	-.16	---
29. apotheek	---	---	---	---	.15	---

30. samenwerking	—	—	—	—	—	.15
31. reistijd	.22	.19	—	—	.33	-
32. sociaal contact	—	—	—	—	—	-
33. nascholing	—	—	—	—	-.20	-
34. onderwijs geven	—	—	—	—	—	
35. keuringen	—	—	-.16	—	—	-
36. categor.begeleid.	.34	—	—	—	—	
37. privé	—	—	—	—	—	-
38. med.indicatiestell.	—	—	—	.22	.22	-
39. med.adviseurschap	—	—	—	—	—	-
40. andere artsact.	—	—	.15	-.16	—	-
41. bestuursact.	—	—	—	—	—	-

	25	26	27	28	29	30
25. informatie geven	1.00					
26. praktijkorganisatie	—	1.00				
27. admin./registr.	.15	—	1.00			
28. telefoon	—	—	—	1.00		
29. apotheek	—	—	.32	—	1.00	
30. samenwerking	—	—	—	—	—	1.00
31. reistijd	—	—	-.39	.23	—	-.19
32. sociaal contact	—	—	—	—	—	—
33. nascholing	—	-.18	—	-.15	—	—
34. onderwijs geven	—	—	—	.17	—	—
35. keuringen	—	-.16	—	—	—	—
36. categor.begeleid.	—	.16	—	—	—	—
37. privé	—	—	—	-.19	—	—
38. med.indicatiestell	—	-.16	—	—	—	.15
39. med.adviseurschap	.40	—	—	—	—	—
40. andere artsact.	—	—	—	—	—	—
41. bestuursact.	—	—	—	—	—	—

	31	32	33	34	35	36
31. reistijd	1.00					
32. sociaal contact	.22	1.00				
33. nascholing	—	—	1.00			
34. onderwijs geven	—	—	.18	1.00		
35. keuringen	—	—	.16	—	1.00	
36. categor.begeleid.	—	—	—	—	.17	1.00

37. privé	—	—	—	.21	—	—
38. med.indicatiestell.	—	.31	—	—	—	—
39. med.adviseurschap	—	—	—	—	—	—
40. andere artsact.	—	—	—	.34	—	.16
41. bestuursact.	—	—	—	—	—	—

	37	38	39	40	41
37. privé	1.00				
38. med.indicatiestell.	—	1.00			
39. med.adviseurschap	.19	—	1.00		
40. andere artsact.	—	—	—	1.00	
41. bestuursact.	—	—	—	—	1.00

Bijlage 4: Frequentie-verdeling van de factorscores van de 91 huisartsen.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
> 1.51	4	4	4	7	5	11
1.01-1.50	9	6	4	6	10	8
.51-1.00	14	13	15	9	10	11
.00- .50	23	24	19	22	23	10
-.50- -.01	10	21	21	28	23	11
-1.00- -.51	16	14	19	5	9	16
-1.50- -1.01	11	5	8	10	4	8
< -1.51	4	3	1	4	7	16
	91	91	91	91	91	91

De verdeling van de scores bij factor 6 beantwoordt niet aan de eisen van de normaal verdeling. Dit komt tot uiting in wat sterkere samenhangen in bijlage 5.

Bijlage 5: Pearson r correlaties tussen de zes "nieuwe" variabelen.

	cur. zorg	sam./ ond.	inl./ ond.	sec. prev.	prim. prev.	ge- sprek
cur. zorg	1.00					
sam./ond.	0.01 S=.93	1.00				
inl./nasch.	-.14 S=.18	-.02 S=.86	1.00			
sec.prev.	12 S=.25	-.04 S=.74	-.26 S=.01	1.00		
prim.prev.	21 S=.04	.03 S=.77	.37 S=.001	.28 S=.001	1.00	
gespreksv.	-.22 S=.03	.04 S=.71	-.34 S=.001	.40 S=.001	-.37 S=.001	1.00

Curriculum vitae.

De auteur van dit proefschrift werd geboren op 1 januari 1940. Na de middelbare school gevolgd te hebben liet hij zich in 1960 inschrijven aan de Rijks Universiteit Utrecht voor de studie in de geneeskunde. Het doctoraalexamen werd in november 1965 behaald. Het arts-examen werd op 19 januari 1969 afgelegd.
Van 1963 tot 1965 heeft hij als student assistent gewerkt op het Instituut voor Histologie en Microscopische Anatomie van de R.U. te Utrecht onder leiding van Prof. Dr M.T.Jansen en Dr C.J. van den Broek.
In 1967 na het behalen van het semi-arts examen, heeft hij nog zeven maanden gewerkt op het Pathologisch Anatomisch Instituut te Utrecht aan een klein onderzoek naar het ontstaan van granulomateuze ontstekingsreacties en de vorming van reuscellen onder leiding van Prof. Dr A. de Minjer.
Van januari 1969 tot november van dat zelfde jaar heeft de auteur een assistentschap vervuld in een huisartspraktijk in Amsterdam.
Op 15 november 1969 vestigde hij zich als huisarts in Tilburg
Op 1 september 1975 trad hij in dienst van de Rijks Universiteit Limburg bij de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde. Vanuit die functie heeft hij meegewerkt aan de tot standkoming van de volgende publicaties:

A.Seelen; J.Diederiks; W. van Zutphen; B.Sikkens
Identification of cardiovascular risk factors in general practice Huisarts en Wetenschap, 23, 325 331, 1980. (WONCA-uitgave)

W.M. van Zutphen: The task perception of the general practitioner. Free standing paper WONCA congres, New Orleans. 1980.

J.Boots en W. van Zutphen: Taakopvattingen van de huisarts. Medisch Contact, 36, 65-68, 1981.

J. van Reek; J.Diederiks; H.Philipsen; W. van Zutphen; A.Seelen Subjective complaints and bloodpressure. J.Psychosom.Res., vol 26, 155 165, 1982.

A.G.Rijntjes; A.H.Mol; W. van Zutphen: Patiënten over studenten. De patiënt en het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 39, 1025-1026, 1984.