De patient en zijn naasten : de invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patient op zijn medische consumptie

Citation for published version (APA):

Mootz, M. (1981). *De patient en zijn naasten : de invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patient op zijn medische consumptie*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19810702mm>

Document status and date:

Published: 01/01/1981

DOI:

[10.26481/dis.19810702mm](https://doi.org/10.26481/dis.19810702mm)

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.

DE PATIENT EN ZIJN NAASTEN

DE PATIENT EN ZIJN NAASTEN

**De invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk
van de patiënt op zijn medische consumptie**

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
IN DE SOCIALE WETENSCHAPPEN
AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG, OP GEZAG
VAN DE RECTOR MAGNIFICUS DR. W.H.F.W. WIJNEN,
HOOGLERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,
VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN
IN HET OPGENBAAR TE VERDEDIGEN OP DONDERDAG
2 JULI 1981, DES NAMIDDAGS OM 16.00 UUR PRECIES,
IN DE AULA DER UNIVERSITEIT

DOOR

MARIJKE MOOTZ

GEBOREN TE EINDHOVEN IN 1946

1981

DRUKKERIJ J.H. PASMANS B.V., 's-GRAVENHAGE

Promotor: Prof. Dr. H. Philipsen

Referenten: Prof. Dr. W. Brouwer

Prof. Dr. W.J.A. van den Heuvel

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door het Sociaal en
Cultureel Planbureau

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	7
<u>DEEL I VAN PROBLEEMSTELLING NAAR ONDERZOEK</u>	
<u>Hoofdstuk 1</u> Inleiding	11
1.1. Waarom deze studie?	11
1.2. Probleemstelling: een overzicht	13
1.3. De indeling van het boek	14
<u>Hoofdstuk 2</u> Probleemstelling en literatuuroverzicht	17
2.1. Inleiding	17
2.2. Verschillende modellen ter verklaring van medische consumptie	19
2.3. Conclusies: empirische en methodische aandachtspunten	26
2.4. Probleemstelling en onderzoekbaarheid	32
<u>Hoofdstuk 3</u> Onderzoekbaarheid en herformulering	37
3.1. De ziektebeelden in dit onderzoek	37
3.2. Gevolgen van de gekozen onderzoeksopzet voor de oorspronkelijke probleemstelling	45
3.3. Hypothesen	52
<u>Hoofdstuk 4</u> Onderzoeksopzet en -uitvoering	57
4.1. Inleiding	57
4.2. De te ondervragen personen	57
4.3. Het lekennetwerk	66
4.4. Het professionele systeem	68
4.5. Onderzoeksvorbereiding	70
<u>Hoofdstuk 5</u> Samenvatting	73
<u>DEEL II DE GENEIGDHEID TOT HET GEBRUIK VAN MEDISCHE VOORZIENINGEN</u>	
<u>Hoofdstuk 6</u> Consumptiegeneigdheid nader bezien	79
6.1. Inleiding	79
6.2. Het attitudebegrip	79
6.3. Operationalisering van het attitudebegrip	82
6.4. Consumptiegeneigdheid in dit onderzoek	95
<u>Hoofdstuk 7</u> Consumptiegeneigdheid: enkele samenhangen	99
7.1. Inleiding	99
7.2. Consumptiegeneigdheid van drie patiëntencategorieën	99
7.3. Consumptiegeneigdheid en medische consumptie: een eerste verkenning	103
7.4. Consumptiegeneigdheid en persoonskenmerken	112
7.5. Medische kennis, stress en consumptiegeneigdheid	114
<u>Hoofdstuk 8</u> Samenvatting	123

DEEL III HET LEKENSYSTEEM

Hoofdstuk 9	Beschrijving van het lekenstelsel	129
9.1.	Inleiding	129
9.2.	De omvang van het lekenstelsel	129
9.3.	De meest betrokken lekenadviseurs: wie zijn dat?	133
9.4.	De omvang van het partiële stelsel en de consumptie-eigend- heid van de patiënten	136
Hoofdstuk 10	De consumptie-eigendheid in lekenstelsels	139
10.1.	Operationalisering	139
10.2.	Lekenadviseurs van de drie patiëntencategorieën en hun consumptie-eigendheid	141
10.3.	Consumptie-eigendheid van patiënten en hun lekenadviseurs	144
10.4.	Homogeen en heterogeen stelsels	148
Hoofdstuk 11	Functies van stelselleden, consumptie-eigendheid en medische consumptie	151
11.1.	Inleiding	151
11.2.	Instrumentele functies van lekenadviseurs: praktische hulp in verband met de aandoening	153
11.3.	Expressieve functies van lekenadviseurs: emotionele steun bij de aandoening	156
11.4.	Consumptie-eigendheid van lekenadviseurs en medische consumptie van patiënt-responsdenden	160
11.5.	Tot besluit	164
Hoofdstuk 12	Samenvatting	167

DEEL IV HET PROFESSIONELE SYSTEEM

Hoofdstuk 13	Verschillen tussen huisarts- en specialistpatiënten	173
13.1.	Inleiding	173
13.2.	Kenmerken van de aandoeningen	173
13.3.	Kenmerken van de patiënt	176
13.4.	Consumptie-eigendheid van specialist- en huisartspatiënten	177
13.5.	Medische consumptie, consumptie-eigendheid en het leken- stelsel van huisarts- en specialistpatiënten	182
13.6.	Tot besluit	192
Hoofdstuk 14	Consumptie-eigendheid en overige vormen van medische consumptie	195
14.1.	Het gebruik van verschillende gezondheidszorgvoorzieningen	195
14.2.	Het raadplegen van alternatieve genezers	199
14.3.	Consumptie-eigendheid en verzekeringsvorm	203
Hoofdstuk 15	Samenvatting	211

DEEL V SYNOPSISHoofdstuk 16 Overzicht 217

- 16.1. Inleiding 217
- 16.2. De consumptiegeneigdheid van de patiënt 217
- 16.3. De invloed van het lekennetwerk 220
- 16.4. Het professionele systeem 222

Hoofdstuk 17 Slotbeschouwingen 225

- 17.1. Onderzoeksvragen opnieuw bezien 225
- 17.2. Theoretische betekenis 227
- 17.3. Methodische betekenis 229
- 17.4. Maatschappelijke betekenis 230

SUMMARY 233LITERATUUR 239BIJLAGEN

- 1. Patiëntencategorieën en persoonskenmerken 253
- 2. Opvattingen over medische zorg en over ziekte 254
- 3. Attituden ten aanzien van de eigen arts 257
- 4. Variabelen ter bepaling van de "ziektebeleving" 259
- 5. Factoranalyse gedragsintentie 262
- 6. Samenhangen tussen het aantal huisartscontacten en consumptie-
geneigdheid apart voor de drie patiëntencategorieën 263
- 7. Matrix van product-moment correlatiecoëfficiënten 264
- 8. Matrix van product-moment correlatiecoëfficiënten tussen huisarts-
contacten in verband met de aandoening en consumptiegeneigdheid 266
- 9. Operationalisering van medische kennis en stress 267
- 10. Attituden van lekenadviseurs ten aanzien van de aandoening van
de patiënt 270
- 11. Bepaling van homogene en heterogene netwerken, achtergronden van
praktische hulp en emotionele steun in netwerken 271
- 12. Dimensies in de attitude ten aanzien van de eigen arts 275
- 13. Controlenoodzaak en medische consumptie 276
- 14. Matrix van product-moment correlatiecoëfficiënten apart voor
huisarts- en specialistpatiënten 277
- 15. Variabelen met betrekking tot overige vormen van medische consumptie 278
- 16. Artsenenquête 279

CURRICULUM VITAE 280

VOORWOORD

Het materiaal voor deze studie werd mij ter beschikking gesteld door het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het bureau financierde het veldwerk en stelde mij in de gelegenheid, de gegevens met behulp van de computer te bewerken. Op deze plaats wil ik hiervoor mijn erkentelijkheid tonen.

Verschillende personen hebben aan het ontstaan van dit boek bijgedragen. In de eerste plaats wil ik alle respondenten en hun "netwerkleiden" danken voor hun bereidheid om aan het onderzoek mee te werken. De resultaten zullen hen naar alle waarschijnlijkheid teleur stellen, omdat de ervaringen van individuele patiënten en hun adviseurs daarin niet tot uitdrukking konden komen. Op dit punt hoop ik op begrip. Ook dank ik de artsen van de patiënt-respondenten voor het vertrouwen dat zij in mij stelden, door de voor het onderzoek waardevolle informatie te verstrekken.

Mijn dank gaat verder uit naar mijn promotor, prof. dr. H. Philipsen, die op de hem eigen wijze op essentiële momenten sturend is opgetreden. Hij heeft daarmee een heilvolle invloed gehad op de grote lijn van onderzoek en rapportage. Voorts naar mw. prof. dr. M.J. Drop; zij heeft alle concept-teksten diepgaand bestudeerd. Haar vele waardevolle suggesties heb ik dankbaar verwerkt. In de laatste fase van het werk hebben tenslotte mijn referenten, prof. dr. W. Brouwer en prof. dr. W.J.A. van den Heuvel belangrijke opmerkingen bij het eindconcept geplaatst, die nog op het laatst in de eindtekst konden worden opgenomen.

Mijn collega's mw. drs. M. Konings-van der Snoek en dr. A.P.N. Nauta ben ik bijzonder erkentelijk voor de wijze waarop zij mij gedurende de afgelopen jaren bij het vervaardigen van het werk hebben bijgestaan. Hun adviezen en steun zijn voor mij van groot belang geweest. Voorts wil ik dhr. D. Niggebrugge, programmeur bij het Sociaal en Cultureel Planbureau danken; hij heeft het onderzoeksmateriaal toegankelijk gemaakt voor de analyse. Voor de begeleiding van het veldwerk en de eerste bewerkingen van het grondmateriaal ben ik in het bijzonder mw. H.M.S.A. van Kuppesveld-Langhout, medewerkster bij het Insti-

tuut voor Toegepaste Sociologie in Nijmegen, erkentelijk.

Als sociologe begaf ik mij voor bepaalde onderdelen van de studie op medisch terrein. Dhr. J.E. Boumeester, rustend huisarts te den Haag, mw. J.J.C. Meursing-Droog, huisarts te Delft en Dr. A.P. Oliemans, huisarts te den Haag, hebben mij hierbij begeleid.

Bij de studie naar kenmerken van de drie bij het onderzoek betrokken patiëntencategorieën ben ik door verschillende personen geadviseerd. Mijn dank gaat uit naar drs. J.P.M. Diederiks van de Rijksuniversiteit Limburg en B.T.J. Meursing, cardioloog i.o. te Delft met betrekking tot hartinfarctpatiënten; naar mw. J.E.W. Bronkhorst-Thijssse, raadslid DVN en drs. F.G.E. van der Horst van de Rijksuniversiteit Limburg met betrekking tot suikerpatiënten; en naar mw. dr. M.A. Bremer-Schulte van de Rijksuniversiteit Limburg en mw. drs. M. van Veen-Viëtor, oud-bestuurslid NBPV met betrekking tot psoriasispatiënten.

Tenslotte ben ik mw. G.E. Hamelink-Guttenberg zeer erkentelijk voor de wijze waarop zij de concept-tekst in zo korte tijd gereed heeft gemaakt voor druk.

DEEL I

VAN PROBLEEMSTELLING

NAAR ONDERZOEK

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1. Waarom deze studie?

Waarom gaan sommige mensen met bepaalde klachten wel en anderen met vergelijkbare klachten niet naar de dokter?

Deze vraag houdt vele onderzoekers bezig. Zij wordt niet alleen door medisch sociologen gesteld, maar ook door psychologen (Van der Ploeg, 1980), economen en econometristen (Van der Gaag, 1978, Rutten, 1979), wiskundigen (Van de Ven en Van Vliet, 1980) en natuurlijk door artsen (Neven, 1980)¹⁾. Het oogmerk waarmee de vraag wordt gesteld - en daarmee de wijze waarop men probeert een antwoord te vinden - verschilt wel, maar het kernprobleem blijft het verschil in medische consumptie tussen mensen.

In Nederland heeft onder meer Cassee (1973) op dit gebied belangrijk werk verricht. Vele onderzoekers hebben hun uitgangspunten en veronderstellingen aan zijn studie ontleend. Ook het hier beschreven onderzoek vindt daarin zijn vertrekpunt. Het gaat uit van de door Cassee (en vóór hem o.a. door Andersen, 1968, in de Verenigde Staten) onderscheiden determinanten van medische consumptie.

Het raadplegen van de dokter wordt volgens zijn model door vier complexe zaken beïnvloed. Het wordt beïnvloed door (1) bepaalde kenmerken van de persoon, door (2) ziekteverschijnselen, door (3) beschikbare tijd of geld voor het doktersconsult of voor de gevolgen ervan alsmede door (4) de geneigdheid tot het inroepen van medische hulp. Dat laatste punt - de geneigdheid tot medische consumptie - staat in deze studie centraal.

Cassee definieert consumptiegeneigdheid als "het complex van houdingen, dat een individu in meerdere of mindere mate voorbeschikt tot medische consumptie" (Cassee, 1973, p. 46). Het is een moeilijk te preciseren begrip, dat door zijn vaagheid niet makkelijk te onderzoeken is. In de rij van determinanten van medische consumptie speelt consumptiegeneigdheid bovendien een vrij ondergeschikte rol: iemands ziekteverschijnselen (zijn consumptienoodzaak) en iemands leeftijd en opleiding zijn daarbij veel belangrijker. Dat geldt vooral in een land als Nederland, waar de financiële gevolgen van een doktersbezoek voor de patiënt

ten gevolge van verschillende verzekeringsvormen gering zijn.

De reden waarom wij de consumptiegeneigdheid desondanks willen bestuderen laat zich in twee punten samenvatten. In de eerste plaats is dit complex van houdingen een mogelijk aangrijppingspunt om iemands medische consumptie te beïnvloeden. Het gaat hierbij om het verschil tussen krachtige variabelen, die veel verklaren aan de ene kant en manipuleerbare variabelen, waarmee men mogelijk iets kan veranderen aan de andere kant. (Ellemers, 1976.) Persoonkenmerken en ziekteverschijnselen moeten meestal als gegeven worden beschouwd. Als "krachtige variabelen" beïnvloeden zij de medische consumptie heel duidelijk, maar zij zijn moeilijk te beïnvloeden.

Iemands houding ten aanzien van ziekte en gezondheid en ten aanzien van de medische zorg kan men echter tot op zekere hoogte wel veranderen. De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding richt zich (naast haar preventieve taak) bijvoorbeeld daarop. Zij probeert de kennis van medische zaken bij de bevolking te vergroten, zodat ziektesymptomen juist kunnen worden geïnterpreteerd. Zij geeft voorlichting over bepaalde behandelingswijzen en -mogelijkheden, waartegen men zijn beslissing om medische hulp in te roepen, kan afwegen. Als er in de gezondheidszorg sprake is van een noodzakelijke mentaliteitsverandering van potentiële patiënten of van de noodzaak, om patiënten mondig te maken, dan heeft men het in feite over hun consumptiegeneigdheid. Hiermee wil overigens niet gezegd zijn, dat beïnvloeding van consumptiegeneigdheid een eenvoudige zaak zou zijn. Als men echter iemands medische consumptie wil sturen, zal - afgezien van het voorkomen van ziekte - de geneigdheid tot die consumptie toch het belangrijkste handvat moeten zijn.

De tweede reden voor onze belangstelling in dit onderwerp is misschien belangrijker. Zij heeft te maken met het feit, dat de begrippen gezondheid en ziekte in Westerse landen in toenemende mate voor interpretatie vatbaar zijn. Naast objectieve en acute syndromen kan men immers subjectieve ziekteverschijnselen onderscheiden (Hogerzeil, 1966) waarbij de subjectieve klachten van de patiënt, zijn ziektegevoel centraal staan. Bij dit soort klachten heeft de patiënt een redelijk grote mate van vrijheid om te beslissen of hij zichzelf wel of niet ziek acht (Philipsen,

1969a, Giel, 1976). In studies over het ziekteverzuim en de verzekeringsgeneeskunde komt naar voren, dat de omvang van deze "grijze ziekten" toeneemt (Van der Maas, 1975, Philipsen, 1977).

Daarmee neemt niet alleen de vrijheid toe, om zich wel of niet ziek te melden, maar ook de vrijheid om medische hulp in te roepen. Men mag veronderstellen, dat het belang van de geneigdheid tot het raadplegen van de arts - vergeleken met het belang van de consumptienoodzaak en van persoonskenmerken - daarmee eveneens relatief toe zal nemen.

1.2. Probleemstelling: een overzicht

Tot zover onze voornaamste overwegingen, om de consumptiegeneigdheid nader te bestuderen. Wat willen wij daarvan nu precies weten?

Onze probleemstelling valt in vier delen uiteen. In de eerste plaats moeten wij ons bezinnen op de wijze waarop consumptiegeneigdheid onderzocht kan worden en hoe wij het begrip operationaliseren. Daarbij vragen wij ons af, in welke mate het hebben van een bepaalde aandoening de consumptiegeneigdheid beïnvloedt. Deze vraag is van belang, omdat uit onderzoek telkens weer blijkt, dat de aard van de aandoening, waarover men de arts raadpleegt, de medische consumptie sterk bepaalt. Of en op welke wijze de aard van de aandoening de consumptiegeneigdheid bepaalt is minder vaak onderwerp van studie geweest.

In het tweede deel van de probleemstelling komt de vraag aan de orde, in welke mate de consumptiegeneigdheid bijdraagt tot feitelijke medische consumptie. Medische consumptie wordt daarbij opgevat als elk contact met het "professionele systeem" d.w.z. met personen, die in de ogen van de raadplegende als medisch deskundigen kunnen worden beschouwd. Wij willen onder meer weten, of er verschillen zijn in de invloed van consumptiegeneigdheid tussen mensen die hun huisarts raadplegen en mensen die een specialist consulteren. Bovendien zijn wij geïnteresseerd in de vraag, of ziekenfondspatiënten meer consumptiegeneigdheid vertonen dan particulier-verzekerden alsmede in de eventuele samenhang tussen consumptiegeneigdheid en het raadplegen van alternatieve genezers. Deze zaken zijn niet eerder in studies naar dit onderwerp aan de orde gekomen. Zij kunnen echter bijdragen tot

het inzicht in de mogelijke oorzaken van verschillen in medische consumptie tussen mensen.

In de derde plaats richt ons onderzoek zich op de mate waarin iemands gezinsleden of vrienden op zijn of haar consumptiegeïnteresse inwerken. Ter toelichting hierop voorlopig het volgende.

Aan een doktersconsult gaat meestal een periode vooraf, waarin men over de ervaren klacht nadenkt, er eventueel zelf iets aan doet of mensen in zijn omgeving erover om raad vraagt. Afhankelijk van de aard van de klacht kan het proces, dat uiteindelijk tot de beslissing leidt een arts op te zoeken, korter of langer duren. Verschillende onderzoekers hebben aangetoond, dat de invloed van derden - gezinsleden, collega's, burens of vrienden - daarbij van groot belang kan zijn (Archer, 1967, Booth en Babchuk, 1972, Mc Kinlay, 1973, Walker, 1977). Ook zonder dat van een concrete ziekte-episode sprake is, beïnvloeden mensen elkaar in hun waarden en normen betreffende gezondheid en ziekte. Zij praten er in het algemeen over, tonen zich ten opzichte van elkaar kleinzerig of juist stoer en bepalen op deze wijze de "cultuur van het lekennetwerk" (Freidson, 1961, Suchman, 1966, Langlie, 1977).

Deze onderlinge beïnvloeding staat in onze studie centraal. Wij baseren onze uitgangspunten op het werk van Freidson (1961, 1975). Wij willen weten, of mensen uit een gezin of - ruimer gesteld - uit een lekennetwerk in hun consumptiegeïnteresse op elkaar lijken.

Tenslotte stellen wij de hierop aansluitende vraag, of deze eventuele onderlinge beïnvloeding dan ook tot uitdrukking komt in hun medische consumptie: welke invloed hebben mensen in iemands directe sociale omgeving op zijn of haar gang naar de dokter?

1.3. De indeling van het boek

Met het voorgaande is tegelijk al aangegeven, hoe het boek verder is ingedeeld. Het bevat vier delen, die telkens in het kort worden samengevat. De samenvattende hoofdstukken hebben de nummers 5, 8, 12 en 15. Het vijfde deel geeft een algemeen overzicht (hoofdstuk 16) en eindigt met enkele beschouwingen (hoofd-

stuk 17).

Naast probleemstelling en literatuuroverzicht (hoofdstuk 2) wordt in het inleidende deel aandacht besteed aan de onderzoekbaarheid van onze vraagstelling. Het zal blijken, dat wij om verschillende redenen voor een apriori duidelijk gerichte onderzoeksopzet hebben gekozen. Hoofdstuk 3 beziet de gevolgen daarvan. Het deel besluit met de beschrijving van die opzet en van de uitvoering van het onderzoek (hoofdstuk 4).

In deel II staat de consumptiegeneigdheid centraal: de wijze waarop wij het begrip hebben geoperationaliseerd (hoofdstuk 6) en welke relaties er zijn tussen bepaalde ziektebeelden en consumptiegeneigdheid (hoofdstuk 7). Hoofdstuk 7 besteedt tevens aandacht aan de tweede onderzoeksvraag: in welke mate beïnvloedt consumptiegeneigdheid iemands feitelijke medische consumptie?

Het derde deel gaat over het lekennetwerk. In hoofdstuk 9 wordt vooral de omvang ervan beschreven en in relatie gebracht met de consumptiegeneigdheid van de ondervraagden. Daarna (hoofdstuk 10) komt de vraag aan de orde, of leden van het lekennetwerk onderling in consumptiegeneigdheid overeenstemmen en hoe zij met elkaar omgaan met het oog op gezondheid en ziekte (hoofdstuk 11).

In het vierde en laatste deel wordt aandacht besteed aan het professionele systeem. De relatie tussen consumptiegeneigdheid, netwerkkenmerken en feitelijke medische consumptie komt daarin opnieuw en gedetailleerder aan de orde. Het gaat over de mogelijke verschillen in consumptiegeneigdheid tussen huisarts- en specialistpatiënten (hoofdstuk 13) en over de consumptiegeneigdheid en de netwerkkenmerken in verband met overige vormen van medische consumptie (hoofdstuk 14).

Het boek eindigt - zoals gezegd - met een samenvattend en beschouwend overzicht (deel vijf).

NOOT BIJ HOOFDSTUK 1

- 1) Hier is volstaan met de vermelding van enkele Nederlanders, die hun onderzoek recentelijk publiceerden.

Hoofdstuk 2: Probleemstelling en literatuuroverzicht

2.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is in het kort ingegaan op enkele belangrijke determinanten van medische consumptie. Naast het daar beschreven model ter verklaring van doktersconsulten zijn er echter ook andere benaderingen, die bij deze probleemstelling worden gevolgd. Wij willen daarvan in dit hoofdstuk een kort overzicht geven en tevens duidelijk maken, welk uitgangspunt voor deze studie is gekozen.

Vooraf nog enkele opmerkingen over het begrip medische consumptie. Het wordt in deze studie opgevat als een bepaalde vorm van gedrag in verband met gezondheid en ziekte, nl. gedrag waarbij contact plaats heeft met het professionele systeem (Freidson, 1975). De twee delen van deze definitie behoeven een korte toelichting.

Over het algemeen worden in de medisch-sociologische literatuur onder gedrag in verband met gezondheid en ziekte vier gedragsvormen gerangschikt (Kasl en Cobb, 1966, Van der Maas, 1974, Lamberts, 1974, Kosa en Robertson, 1975). Dat zijn a) gezondheids- of preventief gedrag (een gezonde leefwijze, deelname aan bevolkingsonderzoek e.d.), b) ziektegedrag in de betekenis van het zoeken van genezing als men zich onwel of anderszins door ziekte bedreigd voelt, c) patiëntenrolgedrag als men ziek is en zich als patiënt gedraagt en tenslotte d) probleemgedrag. Dat laatste heeft te maken met het presenteren van psycho-sociale klachten, waaraan geen duidelijk aanwijsbare pathologie ten grondslag ligt; of meer direct van bepaalde problemen, die men niet zonder hulp van anderen meent te kunnen oplossen. In deze studie ligt de nadruk op het ziektegedrag en het patiëntenrolgedrag. Wij komen daarop in hoofdstuk 3 nog terug.

In zijn boek "Profession of Medicine" gaat Freidson (1975) uitgebreid in op de kenmerken van het professionele systeem (pag. 71 e.v.). Daarbij is het voor ons doel van belang, dat er tussen (potentiële) patiënten en de leden van het professionele systeem een zeker verschil in sociale rang bestaat (Parsons, 1975, p.264, Van Doorn en Lammers, 1976, p. 73). Zij hebben alleen met elkaar contact omdat de professionele werker bepaalde hulp of bepaalde

diensten te bieden heeft. In deze betekenis maken bijv. ook niet-universitaire genezers deel uit van het professionele systeem, ook al zijn zij in de meeste gevallen niet als "genezer" erkend. Dit, omdat zij de hen raadplegende patiënt als hulpverlener tegemoet treden en deze hun superioriteit op het gebied van de te verlenen dienst erkent dan wel wil beproeven. Anderzijds maakt iemands vriend, die arts is doch niet als zijn (huis)arts optreedt, geen deel uit van het professionele systeem. In deze relatie zal er immers nauwelijks van een sociaal rangverschil sprake zijn.

Nu kan bij alle vier genoemde gedragsvormen in verband met gezondheid en ziekte contact met het professionele systeem plaats vinden: iemand kan zich laten inenten (preventief gedrag), hij kan genezing bij een huisarts of specialist zoeken (ziektegedrag), hij kan zich als patiënt door een verpleegkundige laten verzorgen (patiëntenrolgedrag) en hij kan zijn problemen aan een maatschappelijk werk(st)er of de huisarts voorleggen (probleemgedrag). In al deze gevallen is er sprake van medische consumptie. Deze opvatting van het begrip wijkt af van de definities, die ook het niet voorgeschreven medicijngebruik (zelfmedicatie) tot de medische consumptie rekenen. Wij kiezen voor deze afwijking omdat het contact van de patiënt met het professionele systeem voor onze probleemstelling - zoals verderop zal blijken - essentieel is.

Tot besluit nog een laatste opmerking over medische consumptie. Gezien onze belangstelling voor de geneigdheid tot het gebruik van medische voorzieningen komt de nadruk in deze studie te liggen op die vormen van medische consumptie, die door de patiënt zelf zijn geïnitieerd. Veel bezoeken aan artsen vinden plaats op grond van verwijzingen of voorgeschreven controles. De omvang van de medische consumptie wordt in Nederland dan ook mede bepaald door kenmerken van het professionele systeem (Van der Gaag, 1978, Rutten, 1978, Van de Ven, 1980) Wij besteden hier echter alleen aandacht aan medische consumptie waarbij de patiënt een zekere beslissingsvrijheid heeft tot het inroepen van professionele hulp. Deze vrijheid geldt:

- de wijze waarop de patiënt een klacht percipieert; deze komt voort uit zijn beleving van zijn lichaam als psychosomatische entiteit (Bergsma, 1977);
- de wijze waarop hij dat interpreteert in termen van ziekte of geen ziekte;
- de wijze waarop hij daarop reageert in termen van ziektegedrag of juist in termen van "niets doen".

In de volgende paragrafen gaan wij hierop verder in. In hoofdstuk 4 zal worden beschreven, op welke manier enkele gegevens betreffende het professionele systeem in het onderzoek zijn opgenomen.

2.2. Verschillende modellen ter verklaring van medische consumptie

2.2.1. Inleiding

De determinanten van medische consumptie zijn veelvuldig onderzocht en ook in verschillende literatuuroverzichten bijeengebracht (Mechanic, 1968, Mc Kinlay, 1972, Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1976, Becker, 1977, Jonkers, 1978). Deze paragraaf kan daarom beperkt blijven tot een beschrijving van de belangrijkste modellen die ter verklaring van medische consumptie worden gehanteerd. Daarbij zullen wij aangeven, welke uitgangspunten wij voor ons onderzoek hebben gekozen.

Men kan ruwweg zes benaderingswijzen onderscheiden, afhankelijk van de variabelen die daarin centraal staan, namelijk: (1) de sociaal-demografische of structurele benadering, die medische consumptie hoofdzakelijk uit persoonskenmerken tracht te verklaren, (2) de economische benadering, die de nadruk legt op het aanbod en de financieringswijze van medische voorzieningen, (3) de benadering die vooral aandacht besteedt aan de wijze waarop de gezondheidszorg functioneert en tenslotte de nauw met elkaar samenhangende (4) culturele, (5) de sociaal-psychologische en (6) de netwerk- of interactionele benadering. De onder (4) en (6) genoemde benaderingen worden in de literatuur ook wel samen onder de noemer "sociaal-cultureel" gerangschikt (Mc Kinlay, 1972, Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1976).

De zes modellen worden uiteraard zelden "puur" toegepast, meestal vindt men mengvormen, waarin variabelen uit twee of meer

modellen centraal staan. Sommige auteurs onderscheiden nog een aparte vorm - "gedragsmodel" genoemd - waarin zoveel mogelijk variabelen uit de genoemde modellen tezamen in de analyse worden betrokken (Andersen, 1968, Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1976). Zo kan men de in hoofdstuk 1 geciteerde studie van Cassee tot de gedragsmodellen rekenen, omdat deze variabelen uit de benaderingen 1, 4, 5 en ten dele ook 6 bevat.

Onze uitgangspunten zijn voornamelijk op de onder 4, 5 en 6 genoemde modellen gebaseerd, die wij daarom in het kort verder zullen toelichten.

2.2.2. De culturele benadering

Aan de beslissing tot het inroepen van medische hulp gaat de vraag vooraf, of een bepaalde klacht ziekte is of iets anders. Bij de beantwoording ervan spelen algemene waarden en normen ten aanzien van gezondheid en ziekte een rol (Apple, 1960, King, 1962, Twaddle, 1969). Het belang van culturele invloeden is bijvoorbeeld duidelijk aangetoond door Zola (1966, 1975), die verschillen vond tussen Italianen en Ieren in de wijze waarop deze klachten percipieerden en daarop reageerden met medische consumptie.

In onderzoek wordt veelal de nadruk gelegd op waarden en normen van bepaalde categorieën in de bevolking. Zo besteden vele auteurs aandacht aan verschillen bij de interpretatie van symptomen en bij de medische consumptie tussen naar sociaal economische status onderscheiden groepen (Rosenblatt en Suchman, 1964, Raphaël, 1964, Horwitz, 1978). Suchman heeft in zijn onderzoeken verder vooral de nadruk gelegd op verschillen in ethnische achtergrond (Suchman, 1966). Voorts werd het belang van religieuze achtergronden voor verschillen in medische consumptie onderzocht (Langlie, 1977).

De algemene culturele invloeden vinden uiteraard hun weerslag in de attituden en opvattingen van (potentiële) patiënten en van mensen in hun directe sociale omgeving. Hierdoor worden culturele verschijnselen vaak tegelijk met sociaal-psychologische en/of netwerckenmerken op hun invloed bij medische consumptie onderzocht. Daarbij speelt een rol dat algemene waarden en normen, ontstaan in het culturele milieu waarvan men deeluitmaakt, meestal op dezelfde wijze gemeten worden als specifieke attituden en opvattingen die voor het individu bepaalde functies vervullen.

2.2.3. De sociaal-psychologische benadering

Onder de sociaal-psychologische benadering worden verschillende verklaringswijzen gerangschikt die gemeen hebben, dat het individu als potentiële gebruiker van medische voorzieningen centraal staat. Zijn attitudes en opvattingen krijgen dan een functionele betekenis. Zij trachten medische consumptie te verklaren uit iemands motivatie tot raadplegen en/of zijn medische kennis. Daarnaast kan de benadering, die medische consumptie opvat als "coping behavior" in reactie op stress op deze plaats worden genoemd (Howard en Scott, 1965, Mechanic, 1968, Van der Maas, 1974; zie hoofdstuk 7, par. 7.5.).

Volledigheidshalve vermelden wij op deze plaats ook onderzoekers, die bij de verklaring van medische consumptie psychologische kenmerken benadrukken. Van der Ploeg (1980) probeert de medische consumptie uit iemands persoonlijkheid te verklaren. Hij veronderstelt, dat grootgebruikers andere persoonlijkheidseigenschappen bezitten dan kleingebruikers. Zijn conclusie is evenwel, dat dit slechts in beperkte mate bij een relatief kleine groep grootgebruikers het geval is. Voorts kan angst een rol spelen bij het inroepen van medische hulp. Daarbij moet wel onderscheid gemaakt worden tussen een algemene angstdispositie en een specifieke angst ten gevolge van bepaalde (dreigende) ziekten (Kosa en Robertson, 1975). Een gematigde angst zal het inroepen van medische hulp bevorderen, terwijl teveel en te weinig angst daarbij remmend kan werken (Kasl en Cobb, 1966).

In de literatuur treft men vrij veel onderzoeken aan, die op het zogenaamde "Health Belief Model" zijn gebaseerd (Rosenstock, 1966, Becker, 1977). Dit model gaat ervan uit, dat mensen alleen medische hulp inroepen als zij gemotiveerd zijn gezond te blijven of te worden, als zij de aandoening als ernstig of dreigend percipiëren en als zij van medische hulp baat verwachten. Is er van een concrete aanleiding ("cue" of "trigger", Zola, 1964) sprake, dan zullen mensen die aan deze voorwaarden voldoen eerder medische hulp inroepen, dan mensen die daaraan niet voldoen.

Het model is op verschillende wijze geoperationaliseerd en beproefd (Hochbaum, 1958, Kegeles, 1963, Gochman, 1972, Kirscht, 1974, in Nederland vooral in verband met de vraag naar opkomst

bij bevolkingsonderzoek, Spruit e.a., 1979, EVAC, 1980). Het heeft tot op zekere hoogte zijn waarde wel bewezen, dit zowel ter verklaring van preventief gedrag als van medische consumptie in verband met dreigende ziekte (zie voor een kritische beschouwing Rosenstock, 1974). Sommige aspecten van het model zijn verder uitgewerkt en vooral in samenhang met bepaalde persoonskenmerken nader onderzocht (Ludwig en Gibson, 1969, Greenley en Mechanic, 1976). Men kan aannemen, dat vooral de sociaal-economische status invloed op genoemde modelvariabelen heeft, zeker als het bij de modelafhankelijke variabele om preventief gedrag gaat. Personen uit hogere milieus hebben eerder motivaties tot gedrag dat hun gezondheid op langere termijn ten goede komt dan personen uit lagere milieus (Gochman, 1972, Rosenstock, 1974).

Vele onderzoekers hebben zich op attituden en opvattingen ten aanzien van medische zorg gericht (Stoeckle, 1963). Daarbij heeft Hulka (1971, 1975) aandacht besteed aan de tevredenheid met de artsen. Zij komt tot de conclusie, dat er verschil bestaat tussen iemands tevredenheid met de medische zorg in het algemeen en zijn tevredenheid met de eigen arts. De laatstgenoemde is meestal groter dan de eerstgenoemde. Uit vooral Amerikaanse studies blijkt verder, dat sceptische, niet-wetenschappelijke opvattingen over gezondheid en de medische wetenschap mensen ervan weerhouden de arts te consulteren (Suchman, 1966, Geertsen e.a., 1975). Cassee (1973) vond in Nederland echter het tegenovergestelde: mensen met een traditioneel-magische ziektebenadering maken juist veel gebruik van de huisarts. Over het algemeen kan men echter concluderen, dat de invloed van houdingen en attituden op de medische consumptie nogal gering is. (Jessen, 1974, Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1976.)

Tenslotte mag in dit verband het vele onderzoek naar de relatie tussen doktersbezoek en iemands medische kennis niet onvermeld blijven (Feldmann, 1966, Tagliacozzo, 1970, Giesberg e.a., 1977). De rol die medische kennis speelt is echter niet duidelijk. Zij hangt weer samen met de invloed van opleiding of sociaal-economische status op medische consumptie. Over het algemeen neemt de invloed van medische kennis af naarmate andere motieven voor consumptie toenemen (Mc Kinlay, 1972).

2.2.4. De interactionele of netwerkbenadering

Een van de tekortkomingen van het sociaal-psychologische model heeft te maken met de nogal eenzijdige nadruk op het individuele handelen. Daarbij wordt teveel uit het oog verloren, dat mensen door hun sociale omgeving beïnvloed worden en dat zij de daarin geldende waarden en normen ten aanzien van medische zaken tot op zekere hoogte overnemen. Voorts gaat aan het besluit tot medische consumptie een proces vooraf, waarin het individu veelal met adviezen en opmerkingen van derden wordt geconfronteerd die zijn besluit beïnvloeden (Archer, 1967, Philipsen 1969 a).

De interactionele of netwerkbenadering houdt met deze bezwaren rekening. Zij is het meest duidelijk beschreven door Freidson (1975), die haar tesamen met de culturele benadering in zijn denken centraal stelt. Hij gaat uit van het feit, dat mensen deel uitmaken van sociale netwerken, die hun (ziekte)gedrag beïnvloeden. Zowel de cultuur als de structuur van zo'n netwerk zijn van belang. Deze meer algemene gedachtengang (Bott, 1957, Mitchell, 1969) komt toegepast op medische zaken op het volgende neer.

De maatstaven voor de beoordeling of men voor een bepaalde klacht een arts moet raadplegen of niet, ontwikkelt men in samenwerking met wat anderen - ouders, vrienden, gezinsleden - over gezondheid en ziekte zeggen of aan ziektegedrag vertonen. De specifieke opvattingen en attitudes met betrekking tot medische zaken, die in het sociale netwerk gehanteerd worden, maken deel uit van de cultuur van dat netwerk.

Ook in de reactie van netwerkleiden op een concreet ziektegeval ("je ziet er slecht uit") weerspiegelt zich de cultuur van het netwerk. Mechanic spreekt in dit verband van "other-defined illness" in tegenstelling tot "self-defined illness" (Mechanic, 1968). Vaak neemt iemand niet eens zelf het besluit de arts op te zoeken, maar wordt hij door anderen gestuurd. Vandaar de term "lay referral culture" (Freidson, 1961). "Lay" in tegenstelling tot professionele verwijzers, die deel uitmaken van het professionele systeem (zie paragraaf 2.1.).

Voorts is de netwerkstructuur medebepalend voor medische consumptie. Hechte netwerken ("cohesive", "close-knit") worden

veelal gekenmerkt door relatief veel sociale controle terwijl de leden van minder hechte netwerken ("extended", "loose-knit") gemakkelijker zelf hun gang kunnen gaan (Bott, 1957). Voorts hebben mensen in gesloten netwerken minder kansen om met andere dan de eigen waarden en normen in aanraking te komen.

Men kan nu vier (ideaal) typen van lekennetwerken onderscheiden, die door hun structuur- en cultuurkenmerken bij vergelijkbare medische klachten verschillende niveau's van medische consumptie bewerkstelligen. De twee uitersten laten zich als volgt typeren.

1. Het hechte lekennetwerk, met opvattingen over ziekte en medische zorg, die niet of nauwelijks overeenkomen met professionele opvattingen dienaangaande. Hier worden de minste doktersconsulten geteld, omdat mensen met dit soort opvattingen de arts weinig raadplegen (zie de hiervoor geciteerde studies van Suchman (1966) en Geertsen (1975)). De onderlinge controle van netwerkliden versterkt dit effect.
2. Het eveneens hechte netwerk, waarin een meer medisch-wetenschappelijke houding wordt aangenomen. De leden ervan gaan vaker naar de dokter dan de leden van de andere drie typen netwerken.

Deze twee typen worden ook wel (1) "local" en (2) "cosmopolitan" gemeenschappen genoemd (Marton, 1957). Zij houden er (1) "parochial" en (2) "scientific" denkbeelden op na (Suchman, 1965). De twee andere typen zijn tussenvormen met meer medische consumptie dan bij type (1) maar minder dan bij type (2). Voor het overige is daarin alleen de lekencultuur bepalend voor het aantal consulten, omdat er minder onderlinge controle van netwerkliden op hun (ziekte)gedrag plaats vindt dan bij de andere typen. (zie schema 2.1.)

Deze uitgangspunten zijn op verschillende manieren onderzocht (Raphaël, 1964, Geertsen e.a., 1975, Ben-Sira, 1977, Farge, 1978). Op het onderzoek van Raphaël na¹⁾ bevestigen zij de bovenstaande gedachtengang in grote lijnen. Daarbij moet wel worden aangetekend, dat de tweede extreme categorie - hechte netwerken met medisch-wetenschappelijke denkbeelden - in de meeste onderzoeken betrekkelijk weinig voorkomt.

Schema 2.1.

PREDICTED RATES OF UTILIZATION OF PROFESSIONAL SERVICES, BY VARIATION IN LAY REFERRAL SYSTEM

Lay Referral Structure	Lay Culture	
	Congruent with Professional	Incongruent with Professional
Loose, Truncated	Medium to high utilization	Medium to low utilization
Cohesive, Extended	Highest utilization	Lowest utilization

Bron: Freidson, Profession of Medicine, 1975, p. 294

In Nederland hebben Kuyvenhoven en Touw-Otten (1978) de verschillen onderzocht tussen agrariërs, autochtonen en forensen in de mate waarin zij met een nieuwe aandoening de huisarts consulteerden. Zij veronderstelden, dat de bij het onderzoek betrokken agrariërs vergeleken konden worden met een meer "local" en de forensen met een meer "cosmopolitan" gemeenschap en dat de autochtonen een tussenpositie zouden innemen.²⁾ De analyse was op registratiegegevens gebaseerd. Agrariërs bleken inderdaad minder huisartscontacten voor hun rekening te nemen dan de andere twee groepen. Bovendien vertoonden kinderen van agrariërs minder nieuwe aandoeningen dan kinderen van autochtonen en deze weer minder dan kinderen van forensen.³⁾

In het verlengde hiervan staan studies, die aandacht besteden aan de functies, die netwerkleiden in concrete ziektegevallen voor elkaar vervullen (Petroni, 1969, Froland, 1979). Booth en Babchuk (1972) onderscheiden in dit verband instrumentele en expressieve functies. De eersten hebben betrekking op praktische hulp zoals bijvoorbeeld verpleegkundige verrichtingen of het overnemen van taken van iemand, die deze wegens ziekte niet kan uitvoeren. Expressieve functies worden vervuld door personen, die vooral emotionele steun bieden bij ziekte. Veel onderzoek richt zich op de vraag, of bepaalde netwerkleiden verschillende functies vervullen (Van Doorn-Janssen, 1972, Salloway en Dillon, 1973, Litman, 1974). Over het algemeen blijken familieleden beide typen functies te vervullen met de nadruk op expressieve as-

pecten. Vrienden en kennissen maken niet altijd deel uit van een netwerk (Miller, 1973, Bruhn, 1977). Als zij wel de rol van lekenadviseur vervullen is het meestal door middel van concrete adviezen of praktische hulp (Van Doorn-Janssen, 1972, Booth en Babchuk, 1973).

2.3. Conclusies: empirische en methodische aandachtspunten

2.3.1. Inleiding

Zoals al uit de inleiding bleek en hierna verder zal worden toegelicht, richt zich deze studie tegelijk op de invloed van iemands houdingen en attitudes ten aanzien van medische zaken en op de invloed van iemands lekennetwerk op zijn medische consumptie. Bovendien zijn wij geïnteresseerd in de relatie tussen deze twee: in welke mate beïnvloeden leden van lekennetwerken onderling hun houdingen en attitudes? Bij de uitwerking ervan zullen wij op grond van het voorgaande de volgende aandachtspunten moeten verwerken.

2.3.2. Het belang van de aard van de aandoening

Het spreekt vanzelf, dat het raadplegen van de dokter sterk afhankelijk is van iemands vrijheid, om hem te consulteren. Die beslissingsvrijheid wordt in de eerste plaats bepaald door de urgentiegraad van de klacht (Hogerzeil, 1966, Philipsen, 1969a, Neven, 1980). Iemand met een heupfractuur is niet vrij, iemand met griep is echter in hoge mate vrij, om tot een doktersbezoek te besluiten.

De invloed van bovenbeschreven sociaal-psychologische en netwerk-kenmerken op medische consumptie hangt eveneens af van de aard van de aandoening (Stoeckle e.a., 1963). Iemand met een ongeneeslijke ziekte zal minder baat van medische hulp verwachten dan iemand met een infectieziekte. En lekenadviseurs zullen anders op een veronderstelde heupfractuur reageren dan op griep. Smits toonde bijvoorbeeld aan, dat de door hem gevonden samenhang tussen het bij de huisarts gepresenteerde klachtenniveau van ouders en dat van hun kinderen bij ernstige gezondheidsstoornissen verdwijnt. Die samenhang wijst op een gemeenschappelijke "cultuur" inzake het presenteren van medische klachten bij

de huisarts. De samenhang geldt volgens Smits echter alleen voor aandoeningen, waarbij geen strikte noodzaak - en dus veel beslissingsvrijheid - bestaat tot het inroepen van medische hulp (Smits, 1978, p. 88).

Het belang van de aard van de aandoening richt onze aandacht op een (a) empirisch en op een (b) methodisch punt.

(ad a) De meeste bovengeciteerde studies naar de invloed van lekennetwerken op raadpleeggedrag besteden aan de mogelijke verschillen op grond van de aard van de aandoening weinig aandacht. Zij baseren zich veelal op een a-selecte steekproef (Suchman, 1966, Geertsens e.a., 1975) of op één bepaalde patiëntencategorie (Mc Kinlay, 1973, Finlayson, 1976). Wij willen daarentegen met ons onderzoek een verondersteld differentieel effect van verschillende ziekten op attituden en houdingen ten aanzien van medische zaken en op invloeden van lekenadviseurs opsporen. Dit sluit aan bij de suggesties van Mc Kinlay (1972, p. 140).

(ad b) Het methodische aandachtspunt betreft het volgende. Het is gebleken, dat houdingen en attituden slechts geringe betekenis hebben voor de hoeveelheid medische consumptie, die iemand vertoont (Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1976, p. 39). Deze constatering werd vooral bevestigd door onderzoekers, die verschillende variabelencomplexen tegelijk bij de analyse betrokken (Andersen, 1968, Cassee, 1973, Jessen, 1974). Gegevens, die de aard van de aandoening indiceren en daarmee de noodzaak voor een doktersbezoek weerspiegelen, bepalen het aantal consulten in zo sterke mate, dat andere gegevens daarbij een ondergeschikte rol spelen.

Als men nu toch iets wil weten over de attituden ten aanzien van ziekte en gezondheid(szorg), dan lijkt het raadzaam, de invloed van de consumptienoodzaak zoveel mogelijk constant te houden. Voor het onderzoek betekent dit, dat voor een gerichte opzet moet worden gekozen waarin het voorkomen van bepaalde aandoeningen gelijk geschakeld is. Met de keuze voor zo'n onderzoeksopzet volgen wij het advies van Freidson (1975, p. 294) op.

2.3.3. Het belang van de wijze waarop consumptiegeneigdheid geoperationaliseerd wordt

De ervaring van anderen leert ons, dat de wijze waarop de sociaal-psychologische variabelen worden geoperationaliseerd, de onderzoeksuitkomsten nogal kan beïnvloeden (vergelijke de reactie van Geertsen e.a., 1975, op Suchman's onderzoek, alsmede Rosenstock, 1974, Ben-Sira, 1977, Farge, 1978, Spruit e.a., 1979). Dit wordt bijzonder duidelijk in de studies van Jessen en van Cassee, die onder het begrip "consumptiegeneigdheid" persoonlijkheidskenmerken, attitudes ten aanzien van nogal uiteenlopende zaken, gedragsintenties en variabelen met betrekking tot ziektegevoel en ziektegedrag bijeenbrengen. Deze gegevens leiden tezamen tot geringe of moeilijk interpreteerbare resultaten (Ormelin Jessen, 1974, p. 124).

Het is natuurlijk niet mogelijk, om aan te geven wat consumptiegeneigdheid nu "werkelijk" is. Wij volstaan op deze plaats met de vermelding, dat het begrip consumptiegeneigdheid in deze studie niet met behulp van persoonlijkheidseigenschappen zal worden geoperationaliseerd⁴⁾. En voorts, dat wij het zullen baseren op meer algemene sociaal-psychologische theorieën over attitudes, opvattingen en gedragsintenties. De keuze voor een onderzoeksopzet, waarbij verschillende aandoeeningen betrokken zijn, vergemakkelijkt het operationaliseren van consumptiegeneigdheid, omdat met de onderzoeksvragen naar houdingen en attitudes gerefereerd kan worden aan voor de respondent tot op zekere hoogte bekende zaken. In hoofdstuk 6 gaan wij daarop nader in.

Daarop vooruitlopend formuleren wij hier alvast onze werkdefinitie van het begrip consumptiegeneigdheid. Wij vatten deze op als het geheel van opvattingen, attitudes en gedragsintenties dat met medische consumptie te maken heeft.

2.3.4. De afbakening van het lekennetwerk

Freidson definieert het lekennetwerk als volgt (Freidson, 1961, p. 146): "The lay referral structure is one part of the lay referral system and consists in a network of consultants, potential or actual, running from the intimate and most informal confines of the nuclear family through successively more select,

distant, and authoritative persons until the 'professional' is reached". Daarmee is echter niet aangegeven wie tot iemands "potential or actual lay consultants" gerekend kunnen worden. Het gaat om iemands totale sociale relaties waarvan Mitchell zegt: "...it is usually necessary for pragmatic reasons to work with an identifiable set of persons and the relationships that exist among them". De preciese afbakening van het netwerk wordt aan de onderzoeker overgelaten (Mitchell, 1969, p. 3 - 13).

In de literatuur wordt dit probleem op het terrein van gedrag in verband met gezondheid en ziekte op twee te onderscheiden manieren opgelost. Sommige auteurs stellen een algemene netwerkinvloed centraal, waarbij bepaalde netwerkkenmerken als mogelijke determinanten voor medische consumptie worden geïnventariseerd. Mitchell noemt een aantal criteria, waarmee netwerken beschreven kunnen worden. Hij onderscheidt morphologische criteria, die het patroon van het netwerk beschrijven in termen van zijn oorsprong of verankering ("anchorage"), van dichtheid en omvang en van de mate waarin de afzonderlijke netwerkkleden voor elkaar bereikbaar zijn, en interactionele criteria. Deze laatsten zijn voor de meeste beschrijvingen belangrijker dan de eersten. Het gaat daarbij om de inhoud (een bepaalde inhoud typeert een partieel netwerk) van het netwerk, om de wederkerigheid, de duurzaamheid en intensiteit van de onderlinge relaties en om de frequentie, waarmee de leden met elkaar omgaan (Mitchell, 1969, p. 13 e.v.). Voorbeelden van studies, die deze criteria benadrukken zijn de onderzoeken van Winkler Prins (1966), Finlayson (1976)⁵⁾ en Tolstorf (1976). Zij richten zich op de algemene invloed van "potential consultants".

De tweede benaderingswijze richt zich op specifieke vormen van ziektegedrag of medische consumptie. Het gaat daar om de invloed van netwerkkleden op concrete situaties van onwelbevinden, waarin de patiënt bepaalde mensen om raad vraagt in verband met zijn klacht. Deze bepaalde mensen worden ook wel "significant others" genoemd (in dit verband door Mechanic, 1968). In studies hiernaar wordt mensen die tot de een of andere vorm van medische consumptie waren overgegaan gevraagd, wie zij voorafgaand aan die consumptie hadden geraadpleegd (Booth en Babchuk, 1972, Miller, 1973). Deze studies blijven dus beperkt tot de "actual consultants" in termen van Freidson.

Nu zullen deze "significant others" vaak dezelfde personen zijn die ook de meer algemene invloed op ziektegedrag en medische consumptie uitoefenen, nl. gezinsleden of goede vrienden. Hun invloed gaat dan ook vaak verder dan het adviseren omtrent het wel of niet consulteren van medisch deskundigen. Zij vervullen in een geval van ziekte ondersteunende functies in die zin, dat zij de patiënt geruststellen e.d.. De ziekte of klacht van de patiënt heeft daarom vaak ook consequenties voor hun eigen gedrag. In geval van ziekte zijn zij meestal ook de aangewezen personen, die het recht van de patiënt op de patiëntenrol honoreren (Parsons, 1951, Freidson, 1962, Mechanic, 1968). Het volgende hoofdstuk gaat daarop verder in.

Wij kiezen ter afbakening van het sociale netwerk het volgende standpunt. Deze studie richt zich vooral op "significant others", behorend tot iemands primaire sociale netwerk (Bott, 1957) die met betrekking tot allerlei medische zaken een algemene invloed uitoefenen en die tevens het meest in aanmerking komen, om in concrete ziektegevallen als "actual consultants" op te treden. In termen van algemene theorieën van sociale netwerken gaat het om netwerken met één specifieke inhoud (nl. "medische zaken"). Als zodanig worden zij ook wel partiële of uniplexe netwerken genoemd (Barnes, 1969). Wij kunnen er op grond van het onderzoek van anderen echter vanuit gaan, dat deze netwerken ook vele andere "inhouden" kennen, omdat de netwerkleden tot elkaars primaire sociale relaties behoren (Booth en Babchuk, 1972, Miller, 1973, Froland, 1979).

2.3.5. De wijze waarop over netwerkleiden informatie wordt ingewonnen

Het valt op dat in de genoemde studies nooit personen zelf als lekenadviseurs in het onderzoek betrokken zijn. Informatie over lekenadviseurs wordt in de meeste gevallen via de respondent-patiënt ingewonnen. Dit gebeurt niet alleen in die studies die zich op de meer algemene invloed van iemands netwerk op zijn medische consumptie richten, maar ook in die studies die aandacht besteden aan de feitelijke adviseurs in een concreet geval van ziekte. In dit laatste geval was het immers mogelijk geweest, makkelijker dan in het eerste, om deze adviseurs mede in het onderzoek te betrekken.

Wij achten dit een ernstig gemis. Een dergelijke werkwijze kan immers tot nadeel hebben, dat de via een respondent ingewonnen informatie ten gevolge van cognitieve dissonantie-reductie (Festinger, 1957, Rosenstock, 1966) vertekend is. Wij willen daarom bepaalde "significant others" of "lekenadviseurs" zelf bij het onderzoek betrekken. Voor de meeste studies naar sociale netwerken is dit een gebruikelijke procedure (Nauta, 1973, Knipscheer, 1980, p. 28).

Eerder (paragraaf 2.3.2.) kozen wij voor een gerichte onderzoeksoepzet, waarbij verschillende ziektebeelden zijn betrokken. Deze keuze kan tevens het aanwijzen van "lekenadviseurs" vergemakkelijken. Men kan ons inziens namelijk veronderstellen, dat in lekennetwerken van personen met duidelijk omschreven ziektebeelden al een selectie heeft plaats gevonden van potentiële lekenadviseurs, die dan als "actual consultants" bij de aandoe-ning betrokken zijn. Het lekennetwerk heeft bovendien een meer concrete inhoud gekregen: de veelal weinig uitgekristalliseerde opvattingen over gezondheid en medische zorg zullen in het geval van aanwijsbare ziekten zijn overgegaan in meer duidelijke denkbeelden daarover. Deze denkbeelden kunnen ontstaan, omdat de netwerkleiden medische zaken bewuster zullen percipiëren en er waarschijnlijk wat meer over zullen denken.

2.3.6. Tot besluit

Tot zover enkele aandachtspunten voor deze studie naar aanleiding van het literatuuroverzicht. Alvorens deze in termen van onderzoeksvragen te herformuleren nog enkele opmerkingen over de sociaal-psychologische en de netwerk-kenmerken in hun onderlinge samenhang.

Langlie (1977) heeft een poging gedaan, om de belangrijkste uitgangspunten van beide benaderingen in één onderzoek naar preventief gedrag samen te vatten. Hij vraagt zich namelijk af, of sociaal-psychologische factoren nog wel een bijdrage leveren in de verklaring van preventief gedrag, als de kenmerken van iemands sociale omgeving ("social group characteristics") constant worden gehouden. Hij komt tot de conclusie, dat "both the health belief model and the social network model have significant unique effects as well as a joint impact on indirect risk preventive health behavior" (p. 254).

Onlangs kozen in Nederland Spruit e.a. een vergelijkbare benadering in hun onderzoek naar de opkomst bij bevolkingsonderzoek op borstkanker in Leiden (Spruit e.a., 1979). Zij constateerden "dat zowel de sociaal-psychologische als de sociaal-culturele (en sociaal-demografische) benadering aanwijzingen opleveren voor factoren die met opkomst verband houden." (Spruit, p. 784). Daarbij bleek de rol van de Health Belief Model-variabelen minder duidelijk dan die van de sociale omgeving. Deze laatste werd gemeten via verkregen steun bij de beslissing tot deelname aan het borstkankeronderzoek, via praten in de buurt en overleg met anderen over dat onderzoek en via lidmaatschap van organisaties en verenigingen (niet-komers waren minder vaak lid).

Op grond hiervan kan men twee vragen stellen. Welke rol spelen sociaal-psychologische variabelen en netwerk-kenmerken in een onderzoek naar ziektegedrag; zullen zij ook - evenals op preventief gedrag - op medische consumptie ten gevolge van (dreigende) ziekte eigen bijdragen in de variantieverklaring leveren? En ten tweede: welke invloed oefent de sociale omgeving uit op iemands opvattingen, attituden en gedragsintenties ten aanzien van medische consumptie; wat is de onderlinge relatie tussen sociaal-psychologische variabelen en netwerk-kenmerken?

2.4. Probleemstelling en onderzoekbaarheid

Wij besluiten dit hoofdstuk door onze onderzoeksvragen preciezer dan in de inleiding te formuleren, alsmede door aan te geven, hoe de belangrijkste punten eruit onderzocht kunnen worden. In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet verder uitgewerkt zodanig, dat ten aanzien van de resultaten enkele vooronderstellingen geformuleerd kunnen worden.

De probleemstelling valt in vier vragen uiteen.

1. Is er sprake van een differentieel effect van verschillende aandoeningen op consumptiegeneigdheid?

Teneinde deze vraag te beantwoorden is het noodzakelijk, verschillende ziektebeelden in het onderzoek te betrekken. Het onderzoek richt zich daarom op personen, waarvan bekend is, dat zij bepaalde aandoeningen hebben. Wij veronderstellen, dat de mate van consumptiegeneigdheid afhan-

kelijk is van nader te omschrijven kenmerken van die aandoeningen, nl. kenmerken, die mede voor de perceptie van de aandoening door de patiënt belangrijk zijn. Deze worden in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt.

Door verschillende ziektebeelden in het onderzoek te betrekken, komen wij tevens tegemoet aan de eis, het voorkomen van bepaalde aandoeningen gelijk te schakelen. Deze eis werd geformuleerd omdat het bij onderzoek naar de consumptiegeneigdheid raadzaam lijkt, om verschijnselen met betrekking tot de consumptienoodzaak zoveel mogelijk te elimineren.

2. Welke invloed heeft iemands consumptiegeneigdheid op zijn feitelijke medische consumptie?

Daarbij wordt medische consumptie als afhankelijke variabele opgevat en geoperationaliseerd in termen van de frequentie waarmee iemand één of meer professionele hulpverleners in verband met (dreigende) ziekte raadpleegt. De geneigdheid tot medische consumptie wordt omschreven als geheel van opvattingen, attituden en gedragsintenties, dat met medische consumptie te maken heeft. Hiervoor zij verder verwezen naar hoofdstuk 6.

3. Welke invloed hebben lekenadviseurs op de consumptiegeneigdheid?

Lekenadviseurs zijn personen die tot iemands primaire sociale netwerk behoren en die met betrekking tot medische zaken een algemene invloed uitoefenen. De respondent en zijn lekenadviseurs maken deel uit van een lekennetwerk. Lekenadviseurs komen bij concrete ziektegevallen het meest in aanmerking, om als "actual consultants" op te treden.

Wij willen twee typen invloed onderscheiden:

- 3.1. In welke mate komen opvattingen, attituden en gedragsintenties, die met medische consumptie te maken hebben, binnen lekennetwerken overeen? Wij veronderstelden, dat de leden van een lekennetwerk in hun denkbeelden dienaangaande een zekere overeenkomst zullen vertonen.

3.2. Welke invloed heeft hulp, geboden door lekenadviseurs, op de consumptiegeneigdheid van de persoon in kwestie? Onder hulp verstaan wij de functies, die netwerkkleden voor elkaar bij concrete ziektegevallen vervullen. Vooruitlopend op het volgende hoofdstuk veronderstellen wij, dat een bepaalde mate van hulp iemands consumptiegeneigdheid kan doen afnemen.

4. Welke invloed hebben lekenadviseurs op iemands feitelijke medische consumptie; leveren de attituden, opvattingen en gedragsintenties een bijdrage bij de frequentie waarmee iemand professionele hulpverleners consulteert? Wij veronderstellen, dat iemands medische consumptie toeneemt naarmate zijn lekenadviseurs positiever tegenover de medische zorg staan. De opvattingen, attituden en gedragsintenties van lekenadviseurs worden in hoofdstuk 10 geoperationaliseerd.

Het volgende hoofdstuk beziet de keuze voor een gerichte onderzoeksofzet, i.c. het onderzoeken van personen waarvan bekend is, dat zij bepaalde aandoeningen hebben op haar consequenties voor de betekenis van

- consumptiegeneigdheid
- medische consumptie
- het lekennetwerk

in deze studie. Wij stellen de vraag, in welke mate die betekenis kan verschillen van de betekenis, die deze concepten hebben in een op min of meer gezonde mensen gerichte onderzoeksofzet.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 2

- 1) De afhankelijke variabele in Raphaëls onderzoek betreft het invoeren van psychiatrische hulp. Dit kwam in tegenstelling tot de verwachting het meest voor bij leden van open netwerken, ongeacht hun cultuur. Dit is wellicht te wijten aan een zeker taboe i.v.m. psychiatrische hulp en aan de operationalisering van structuur (d.m.v. "verhuisd-zijn") en van cultuur (d.m.v. opleiding).
- 2) Deze operationaliseringswijze illustreert de nauwe verwantschap van deze benadering met de eerder beschreven culturele benadering.
- 3) Bij een vergelijking van de medische consumptie van zijn patiënten naar beroepsgroep kwam Ruhe al in 1958 tot de conclusie, dat notabelen in 1938 de meeste verrichtingen voor hun rekening namen en boeren de minste. Terwijl het aantal verrichtingen bij arbeiders, middenstanders en ambtenaren tussen 1938 en 1954 sterk toenam tot ongeveer het niveau van de notabelen, bleven de boeren op het relatief lage peil van verrichtingen (Ruhe, 1958).
- 4) Maar daarmee natuurlijk wel kan samenhangen; zij blijven evenwel buiten het kader van deze studie.
- 5) Finlayson's onderzoek richt zich op algemene netwerkinvloeden en tegelijk op specifieke invloeden van netwerkliden bij het zoeken naar hulp. Overigens staat daarin niet het hulpzoekend gedrag van patiënten centraal, maar dat van hun echtgenoten.

Hoofdstuk 3: Onderzoekbaarheid en herformulering

3.1. De ziektebeelden in dit onderzoek

3.1.1. Inleiding

In het voorgaande kwam op verschillende punten de noodzaak tot een gerichte onderzoeksopzet naar voren. Hieronder zijn deze punten samengevat.

- Consumptiegeneigdheid is één van de determinanten van medische consumptie. Om deze beter te kunnen bestuderen is het zinvol, om andere, vooral de sterkere, determinanten waaronder de consumptienoodzaak, zoveel mogelijk gelijk te schakelen.
- Om na te kunnen gaan, in welke mate consumptiegeneigdheid door concrete ziektebeelden wordt bepaald is het noodzakelijk om verschillende ziektebeelden in het onderzoek te betrekken.
- Het concept consumptiegeneigdheid is beter operationaliseerbaar als het aan concrete ziektebeelden gerelateerd kan worden.
- Het lekensysteem in de zin van Freidson is makkelijker af te bakenen als mensen met bepaalde aandoeningen worden onderzocht.

In deze paragraaf vragen wij ons af, welke kenmerken de te selecteren ziektebeelden tegen de achtergrond van de onderzoeksopzet idealiter moeten vertonen. Paragraaf 3.1.2. besteedt daaraan aandacht naar aanleiding van wat de literatuur erover leert. In paragraaf 3.1.3. kiezen wij drie ziektebeelden; daarbij besteden wij in het kort aandacht aan enkele algemene gegevens over de gekozen aandoeningen en aan de betekenis ervan voor de patiënt. Paragraaf 3.1.4. gaat tenslotte in op de overwegingen voor die keuze in het licht van het voorgaande.

3.1.2. Criteria waarmee ziektebeelden kunnen worden beoordeeld

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen ziekte als de aanwezigheid van een aandoening ("disease"), als subjectief ervaren onwelbevinden ("illness") en als belemmerd-worden bij de dagelijkse bezigheden onder andere door de aanvaarding

van de patiëntenrol ("sickness") (Philipsen, 1969 a, Van der Maas, 1974). Op dat laatste gaan wij in de volgende paragraaf nader in. Het verschil tussen de eerste twee vormen van ziekte suggereert een verschil in objectiviteit van criteria, waarmee ziekte wordt beoordeeld. "Disease" is het objectief-medische begrip, "illness" het door de patiënt zelf gepercipieerde ziektegevoel. Wij willen in dit kader niet verder ingaan op de veelbesproken problematiek rond de betekenis van deze ziektebegrippen, de verschuivingen ertussen en de rol van de objectiviteit erbij. Recente studies besteden daaraan opnieuw ruime aandacht (Nederlands Huisartsen Instituut, 1979, deel I, Moll van Charante, 1980, Ormel, 1980). Wij volstaan hier slechts met de volgende opmerking.

Hoewel men "disease" en "illness" niet duidelijk van elkaar kan afbakenen, is dit onderscheid voor ons toch van belang. De in hoofdstuk 2 genoemde studies, onder meer gebaseerd op het "Health Belief Model" maken duidelijk, dat de door de patiënt gepercipieerde ziekte ("illness") van invloed kan zijn op zijn medische consumptie, ook zonder dat er sprake hoeft te zijn van "disease" in medisch-objectieve betekenis. Wij vatten de subjectief ervaren ernst van de ziekte voorzover deze niet duidelijk tot objectieve criteria herleid kan worden, dan ook in navolging van de "Health Belief Model"-auteurs op als een component van consumptiegeneigdheid.

Men kan erover twisten, of dit aspect tot de consumptiegeneigdheid moet worden gerekend. Sommigen vatten variabelen, die het ziektegevoel indiceren op als consumptienoodzaak. Cassee (1973, p. 46) definieert consumptienoodzaak als "de subjectief ervaren hoeveelheid en ernst van de aandoening en het daarbij optredende onwelbevinden". Wij zijn echter van mening, dat dat "deel" van het optredend onwelbevinden, dat niet door de "hoeveelheid en ernst van de aandoening" kan worden verklaard, tot iemands consumptiegeneigdheid behoort. Het belangrijkste deel van iemands ziektegevoel hangt immers samen met structurele (persoons-)variabelen (Van der Maas, 1974, p. 19) en niet in de eerste plaats met iemands "objectieve ziekte".

Wie zich met de meting van ziekte en ziektegedrag bezig houdt weet echter, dat het niet echt mogelijk is, om deze zaken

in een onderzoek te scheiden. Verschillende studies wijzen daar expliciet op (Ormel in Jessen, 1974, p. 122-124, Van der Maas, 1974, p. 19 en algemener: Pommer en Van Praag, 1978).

In hoofdstuk 6 kan men nagaan, hoe wij de houding ten aanzien van ziekte zoveel mogelijk onafhankelijk van de "objectieve gezondheidstoestand" operationaliseerden. Hieronder noemen wij enkele criteria, die tot op zekere hoogte in "objectieve" termen gemeten kunnen worden. Deze zullen worden toegepast bij de selectie van enkele aandoeningen, die de consumptienoodzaak indiceren.

In het algemeen gaat het om kenmerken, die (mede) door niet-medici kunnen worden gehanteerd. Dit, omdat wij onze informatie erover ook bij niet-medisch geschoolden moeten inwinnen en omdat wijzelf onvoldoende in staat zijn, om medisch-biologische criteria te formuleren en toe te passen. Welke criteria gebruikt iemand bij de beoordeling van verschijnselen als "ziek" of juist als "niet ziek"? Uit het onderzoek naar deze vraag vallen de volgende kenmerken te destilleren.

- (1) De duidelijkheid van een mogelijke diagnose (Apple, 1960, Mechanic, 1968): keelpijn en koorts kunnen gemakkelijker als ziekte worden geïnterpreteerd dan een vage pijn in de buik, zonder dat deze met verdere symptomen gepaard gaat. Hiermee nauw verwant is de "rechtmatigheid" van de aandoening (Freidson, 1975). Giel zegt hierover: "Waar het om gaat is dat de omgeving de ziekenrol in een bepaald geval meer of minder aanvaardbaar vindt en er wel of geen voorwaarden en verplichtingen aan verbindt ..." (Giel, 1976, p. 1023). De betekenis van de ziekenrol komt, zoals gezegd, in de volgende paragrafen aan de orde. Hier wordt volstaan met twee aan Giel ontleende voorbeelden voor de "rechtmatigheid" van een aandoening: een geestesziekte wordt veelal niet als "rechtmatig" erkend, zij heeft bij uitstek een stigma. Een ernstige hartziekte wordt daarentegen wel als ziekte erkend: de patiënt wordt onvoorwaardelijk als "zieke" benaderd (Giel, 1976, p. 1023).

- (2) De urgentiegraad van de aandoening (Cassee, 1973,
Neven, 1980)

Dit criterium spreekt voor zichzelf, maar het is in vele gevallen wel voor interpretatie vatbaar. Is een darmstoornis bij een kind urgent of behoort deze tot de gewone kwalen die bij kinderen nu eenmaal kunnen optreden? Meestal wordt de urgentiegraad van een aandoening beoordeeld op grond van verschillende criteria tegelijk. Om te voorkomen, dat de urgentie een subjectieve beoordelingsmaat wordt, spreken wij van de mate waarin de aandoening levensbedreigend is, pijn veroorzaakt (Metz, 1975, Neven, 1980) en/of iemand bij zijn dagelijkse bezigheden belemmert (Apple, 1960, Gordon, 1966, Philipsen, 1969 a, Twaddle, 1973). Men kan bij dit laatste onderscheid maken tussen fysieke en psychische belemmeringen.

- (3) Het derde criterium dat in dit kader belangrijk is betreft de prognose van de aandoening: gaat het om een kortdurende of om een chronische aandoening, waarbij volledige genezing is uitgesloten (Gordon, 1966, Philipsen, 1969 a)? In samenhang hiermee - maar niet noodzakelijk ermee in overeenstemming - staat de hulp of verlichting die men van medische behandeling in verband met die aandoening kan verwachten. (Stoeckle, 1962, Kasl en Cobb, 1966.) Iemand met een infectieziekte vindt doorgaans meer baat bij geneesmiddelen, dan iemand met rheuma. Met medische behandeling zijn overigens niet bepaalde noodzakelijke controles bedoeld, zoals deze vaak voor bijvoorbeeld diabetici zijn voorgeschreven. Wij zullen beide punten - prognose en te verwachten baat bij behandeling - gezien hun verwevenheid tezamen behandelen.

Deze kenmerken zijn tot op zekere hoogte objectiveerbaar, waarbij wij aantekenen, dat dit vooral bij de (psychische) belemmering tot problemen kan leiden. Wanneer wij ziektebeelden voor het onderzoek selecteren, moeten zij met behulp van deze criteria duidelijk omschreven en ingedeeld kunnen worden. Voorts spelen de volgende methodische criteria bij de selectie een rol.

- (4) De ziektebeelden moeten binnen de Nederlandse bevolking relatief vaak voorkomen. Dit vergemakkelijkt de opsporing van (potentiële) deelnemers aan het onderzoek en vergroot de reikwijdte van de uitkomsten.
- (5) Om de consumptienoodzaak constant te kunnen houden moeten zij allen een zekere mate van consumptienoodzaak tot gevolg hebben. Ook nadat de diagnose gesteld is moeten zij in principe aanleiding geven tot doktersbezoek.
- (6) Zij moeten echter vooral verschillen in de mate waarin medische consumptie ten gevolge ervan noodzakelijk is. Alleen dan kan immers een eventueel differentieel effect van aandoeningen op consumptiegeneigdheid worden vastgesteld.

3.1.3. Drie ziektebeelden nader bezien

Het eerste criterium - de duidelijkheid van de diagnose - (1) is ons inziens bij de selectie van aandoeningen in het kader van onze onderzoekszopzet het meest belangrijk. Het gaat daarbij immers om ziektebeelden, die zo "objectief" mogelijk vastgesteld kunnen worden, zodanig dat patiënten die aan deze aandoeningen lijden, duidelijk kunnen worden onderscheiden van mensen die er niet aan lijden. Bovendien is vanuit onderzoekstechnisch oogpunt het vierde criterium - een relatief hoge prevalentie - belangrijk. Wij hebben op grond hiervan de volgende ziektebeelden geselecteerd:

- hartinfarct
- diabetes
- psoriasis (een huidaandoening)

Deze aandoeningen komen in Nederland vrij vaak voor (criterium 4, zie hoofdstuk 4 voor epidemiologische gegevens) en geven alle drie in meerdere of mindere mate aanleiding tot medische consumptie (criterium 5). De keuze is overigens tot op zekere hoogte willekeurig, omdat ook andere aandoeningen aan de genoemde criteria voldoen. Deze paragraaf licht die keuze nader toe. De inhoud is voornamelijk gebaseerd op de volgende studies: Dunning, 1966, Doehrmann, 1977, Nederlandse Hartstichting, 1974, Stern, 1976, Cowie, 1976, Angster, 1977 en Miller, 1977 voor

hartinfarctpatiënten; Andersen, 1963, De Moor en Witte, 1967, Groen en De Loos, 1973, Plooi, 1977, Van der Horst, 1980, Wilte, a.n., DVN, Diabc, jrg. 32-34 voor diabetes; Mali, 1962, Van Veen-Viëtor, 1975, Van Pelt, 1976, De Korte (red.), 1977, NBPV-nieuws, 1e en 2e jrg., Bremer-Schulte (red.), 1980 voor psoriasis.

Het gaat bij het volgende als het ware om de "gemiddelde" patiënt met die aandoening. Daarbij wordt noodzakelijkerwijs voorbijgegaan aan variaties binnen die aandoeningen. Voorts willen wij erop wijzen, dat elke indeling van ziekten op grond van "objectieve" criteria tekort doet aan de eigenaardigheden van die ziekten en aan de kenmerken van de individuele patiënt die eraan lijdt. Binnen dit uitgangspunt is dan ook slechts een zeer globale beschrijving van de aandoeningen in genoemde termen mogelijk. Het eigenlijke onderzoek biedt echter de mogelijkheid, om bepaalde hier niet verder uitgewerkte details nader te bestuderen.

Hoe kan men nu het (gehad) hebben van een hartinfarct, van diabetes of psoriasis met behulp van de overige (nl. 2, 3 en 6) criteria beoordelen?

Urgentiegraad: levensbedreiging, pijn en belemmering (2)

Een hartinfarctpatiënt is in levensgevaar geweest. Hartinfarctpatiënten hebben dan ook een levensbedreigende aandoening, die weliswaar kan genezen, maar die ten minste een lange tijd als een zeer ernstige ziekte moet worden gezien. Vele patiënten blijven last houden van benauwdheden en hevige pijn op de borst ten gevolge van fysieke inspanning. Nauw daarmee verweven is de angst voor pijn of voor een nieuw infarct. De mate van fysieke belemmering hangt af van de periode, die sinds het hartinfarct verstreken is en het succes, dat door revalidatie kon worden bereikt. De hartspier heeft ongeveer zes weken nodig om na het hartinfarct te herstellen (vorming van littekenweefsel).

Diabetes behoeft - gezien de huidige stand van de medische wetenschap - niet langer levensbedreigend te zijn. Dat neemt niet weg, dat het om een relatief ernstige ziekte gaat, die nogal strenge leefregels stelt, waarbij "overtredingen" veelal duidelijke nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand met zich meebrengen. Diabetici ondervinden echter geen pijn ten gevolge

van de aandoening. Zij worden waarschijnlijk het meest belemmerd door de voorschriften ten aanzien van een regelmatige leefwijze. Bij alle extra inspanningen moeten zij bovendien bedacht zijn op complicaties ten gevolge van de diabetes. Het contact met derden kan tot psychische belemmeringen aanleiding zijn.

Psoriasis tenslotte kan een uiterst hinderlijke aandoening zijn, levensbedreigend is zij echter niet. Zij veroorzaakt geen pijn van betekenis. Psoriasispatiënten ondervinden over het algemeen geen directe fysieke belemmering bij het verrichten van dagelijkse bezigheden. Hun aandoening belet hen in principe niet, om die dingen te doen die zij willen doen. Maar dat is in de meeste gevallen niet los te zien van de psychische belasting, die deze huidziekte met zich mee kan brengen.

Prognose en te verwachten baat bij medische behandeling (3)

De indeling van de drie aandoeningen naar dit kenmerk is minder gemakkelijk, dan de indeling op grond van urgentiegraad. Het is wel duidelijk, dat diabetes tot de chronische, niet te genezen aandoeningen behoort. Suikerpatiënten kunnen echter in veel gevallen toch baat hebben bij geneeskundige behandelingen in verband met hun aandoening, bijvoorbeeld als zij opnieuw moeten worden ingesteld of omdat zich complicaties voordoen, die te genezen zijn.

Voor psoriasispatiënten zijn zowel de prognose van het verloop van hun aandoening als de te verwachten medische hulp daarbij onzeker. Over het algemeen verloopt de ziekte cyclisch, zonder dat van echte genezing sprake is en ook zonder dat medische behandeling daarop een wezenlijke invloed heeft. Mogelijke uitzonderingen zijn daarbij de kuren in de Dode Zee en de PUVA-behandelingen. Beide zijn tot op heden echter door één minderheid van psoriasispatiënten met succes gebruikt. Al met al zullen de meeste psoriasispatiënten moeten leren met hun aandoening te leven, zonder dat zij daarbij veel hoop op een gunstig verloop of op afdoende medische hulp kunnen rekenen.

Een hartinfarct tenslotte, kan door revalidatie wel degelijk genezen zodanig dat zich nauwelijks meer restverschijnselen voordoen. De door medische behandeling te verwachten hulp of verlichting is dan ook afhankelijk van het stadium waarin het ziekteproces zich bevindt.

Conclusies ten aanzien van de consumptienoodzaak (6)

Schema 3.1 vat het voorgaande samen.

Schema 3.1. De geselecteerde ziektebeelden naar "objectieve" ziektecriteria

ziektecriteriën	hartinfarct	diabetes	psoriasis
(1) diagnose	vrij duidelijk; zie ook hoofdstuk 4		
(2) urgentiegraad: levensbedreiging, pijn, belemmering	relatief groot levensbedreiging; soms hevige pijn; fysieke en psychische belemmering	niet zo groot andere aandoeningen, complicaties van belang; geen pijn; tot op zekere hoogte fysieke en psychische belemmering	gering geen levensbedreiging; geen pijn; nauwelijks fysieke, wel psychische belemmering
(3) prognose en baat bij medische behandeling	afhankelijk van stadium ziekteproces relatief veel baat	ongeneeslijk, controles nodig; tot op zekere hoogte baat.	onzeker, relatief weinig baat

Op grond van de criteria 1, 2 en 3 menen wij te kunnen stellen, dat hartinfarctpatiënten "objectief" gezien de meeste noodzaak voor medische consumptie zullen hebben. Psoriasispatiënten zullen daarentegen van deze drie categorieën de minste noodzaak daarvoor hebben. Diabetici tenslotte, nemen wat dit betreft waarschijnlijk een middenpositie in.

Wij zijn ons ervan bewust, dat bij deze indeling vele kanttekeningen te plaatsen zijn. Zij besteedt zoals gezegd, vooral onvoldoende aandacht aan mogelijke gradaties van deze aandoeningen. Het is immers zeer wel mogelijk, dat een hartinfarctpatiënt geen restverschijnselen meer ondervindt, alles weer kan doen en het infarct als het ware vergeten is; en dat iemand met psoriasis zoveel hinder van zijn aandoening ondervindt, dat regelmatige medische behandeling noodzakelijk kan worden geacht. In de resterende paragrafen van dit inleidende deel wordt op enkele mogelijke kanttekeningen nader ingegaan, met name daar, waar de selectie van te onderzoeken patiënten met deze aandoeningen aan de orde komt (hoofdstuk 4).

Tot besluit nog een opmerking over de mogelijke relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en deze aandoeningen. Dit onderzoek besteedt geen expliciete aandacht aan de eventuele samen-

hang tussen persoonlijkheidsfactoren en (de geneigdheid tot) medische consumptie (zie paragraaf 2.3.2.). Er is echter veel aandacht besteed aan onderzoek naar de relatie tussen bepaalde persoonlijkheidskenmerken en het hebben c.q. krijgen van een hartinfarct (bijv. Friedman e.a., 1967), diabetes (bijv. Groen en De Loos, 1973) respectievelijk psoriasis (bijv. Musaph, 1977). Deze persoonlijkheidsfactoren, die volgens sommigen met het optreden van de ziekten verband kunnen houden, kunnen ook van invloed zijn op de consumptiegeneigdheid van de patiënten. Bij de interpretatie van onze gegevens zal hiermee - voorzover mogelijk rekening moeten worden gehouden. In dit verband gaat het echter primair om de gevolgen van een aandoening en de betekenis, die deze voor de patiënten kan hebben.

3.2. Gevolgen van de gekozen onderzoeksopzet voor de oorspronkelijke probleemstelling

3.2.1. Inleiding

Wij hebben om verschillende redenen besloten, om het onderzoek op personen met een hartinfarct, met diabetes en met psoriasis en dus op chronische patiënten te richten.¹⁾ Wij zullen daarom nu aandacht besteden aan de betekenis van patiëntenrolgedrag (als vorm van de eerdergenoemde "sickness") in het kader van deze studie. Paragraaf 3.2.2. behandelt dit begrip in algemene zin. Vervolgens komt de vraag aan de orde, of door de onderzoeksopzet de betekenis van bepaalde concepten - vooral uiteraard het begrip consumptiegeneigdheid - is veranderd. Het gaat bij deze vraag niet om eventuele verschillen tussen de drie te onderzoeken categorieën, maar om de mogelijkheid dat chronische patiënten in het algemeen wezenlijk andere opvattingen etc. over medische zaken aanhangen (paragraaf 3.2.3.), wat "medische consumptie" voor hen betekent (paragraaf 3.2.4.) en of leken-netwerken, waarvan chronische patiënten deel uitmaken wezenlijk verschillen van netwerken met (min of meer) gezonde leden (paragraaf 3.2.5.).

3.2.2. Patiëntenrolgedrag

In paragraaf 2.1. werd verschil gemaakt tussen gezondheids- of preventief gedrag, ziektegedrag, patiëntenrolgedrag en probleemgedrag. Wij stelden, dat medische consumptie zoals hier gedefinieerd, bij alle vier gedragsvormen kan optreden en dat deze studie de nadruk legt op ziekte- en patiëntenrolgedrag. Bij ziektegedrag gaat het om het zoeken van genezing bij (dreigende) ziekte (Kasl en Cobb, 1966, Philipsen, 1969a), bij patiëntenrolgedrag om het aanvaarden van de patiëntenrol: "...het beroep dat de zieke op zijn omgeving of de maatschappij doet om tijdelijk ontheven te worden van zijn maatschappelijke verplichtingen (Philipsen, 1969 a, p. 17).

In de medisch-sociologische literatuur is veel aandacht besteed aan de rol van de patiënt, mede naar aanleiding van de opvattingen die Parsons (1951) hierover formuleerde. Hij beschrijft daarin de rechten en plichten die aan die rol verbonden zouden zijn. In dit kader is een punt van kritiek op Parsons' ideeën hierover van belang, nl. dat deze maar in zeer beperkte mate betrekking hebben op patiënten met een chronische aandoening. Parsons concentreert zich op een tijdelijke rol terwijl chronische patiënten een permanente rol vervullen (Twaddle, 1969, Freidson, 1975, Bruhn, 1977). Later heeft Parsons er zelf op gewezen, dat de rol van de chronische patiënt "... becomes a part-time but not a totally absorbing role ..." (Parsons, 1975, p. 270).

Dit wordt duidelijk, wanneer men zich realiseert dat een ziekteproces verschillende fasen kent, die elkaar kunnen overlappen. Iemand met een chronische aandoening die beperkt weer aan het werk is, vertoont noch enkel patiëntenrolgedrag noch kan van hem gezegd worden dat hij hersteld in de maatschappij is teruggekeerd (Suchman, 1966, p. 114).

Tot op zekere hoogte kan de patiënt zelf beslissen, wanneer hij zich beroept op de rechten en plichten van de patiëntenrol en wanneer hij dat juist niet doet. In verband met het hartinfarct merkt Philipsen hierover op: "Iemand die herstelt van een hartinfarct, heeft juist omdat men weet dat dit vele maanden zal duren, een aanzienlijke vrijheid om zijn rolgedrag te bevestigen of niet; om het zoeken van hulp te verminderen of niet;

om resterende klachten nog als gezondheidsprobleem te zien of niet." (Philipsen, 1969a, p. 28).

Het gaat hierbij dus om de duur van een aandoening. Het voorgaande leert ons, dat wij gezien onze oorspronkelijke probleemstelling patiënten in het onderzoek moeten betrekken, van wie kan worden aangenomen, dat zij de patiëntenrol in de enge betekenis van Parsons (1951) tot op zekere hoogte weer hebben afgelegd.

3.2.3. Consumptiegeneigdheid van chronische patiënten

Het is zonder meer duidelijk dat het hebben van een chronische aandoening de geneigdheid tot medische consumptie sterk zal beïnvloeden. Doordat men persoonlijk met ziekte, pijn en ongemak werd geconfronteerd, staat men waarschijnlijk anders tegenover dingen die met ziekte te maken hebben dan gezonde mensen. Men is bijvoorbeeld angstiger dan vroeger en besteedt meer aandacht aan lichamelijke verschijnselen. Voor dit onderzoek is het van belang, of de consumptiegeneigdheid van chronische patiënten wezenlijk verschilt van die van gezonde mensen. Hierover zijn twee extreme opvattingen denkbaar.

Aan de ene kant kan men die vraag bevestigend beantwoorden (expliciet door Callahan e.a., 1966). Daarbij kan men zich beroepen op het feit, dat zeker de door ons bestudeerde chronische aandoeningen voor het leven van de betrokkenen zo ingrijpend zijn, dat hun attitudes, opvattingen en gedragsintenties in verband met medische consumptie daardoor een andere inhoud hebben gekregen. Om een voorbeeld te noemen: men kan het vertrouwen in de geneeskunde door zijn ervaringen verloren hebben en nu hulp gaan zoeken bij alternatieve genezers; iets wat men mogelijk afgekeurd zou hebben voordat men ziek werd.

In de tegenovergestelde opvatting wordt een wezenlijk verschil in consumptiegeneigdheid tussen chronische patiënten en andere mensen afgewezen. Daarbij speelt een rol, dat gezondheid in toenemende mate belangrijk wordt geacht: voor meer dan de helft van de Nederlanders is een goede gezondheid het belangrijkste in het leven (Sociaal en Cultureel Planbureau, 1980). De opvatting, die geen essentieel onderscheid tussen chronisch zieken en gezonden erkent is gebaseerd op de veronderstelling,

dat gezondheid in het denken van vele - zieke en gezonde - mensen nogal centraal staat doordat

- de meeste mensen tegenwoordig zelf bepaalde ervaringen met ziekte en met een of meer vormen van medische zorg hebben opgedaan;
- de meeste mensen bovendien op verschillende manieren met ervaringen van anderen op dat vlak in aanraking komen (naast gesprekken over gezondheid en ziekte met anderen ook via rubrieken in kranten en tijdschriften);
- er op het gebied van medische zaken in toenemende mate informatie wordt verstrekt.

Hierdoor zouden ook min of meer gezonde mensen bepaalde attitudes etc. over medische zaken hebben gevormd, die wel gradueel maar niet wezenlijk verschillen van overeenkomstige attitudes van chronische patiënten. In het geval van een concrete ziekte-episode worden ook de opvattingen van tot op dat moment gezonde mensen gevormd en verder ontwikkeld. Parallel met het in paragraaf 3.2.2. beschreven graduele onderscheid tussen ziekte- en patiëntenrolgedrag zou ook het verschil in consumptiegeneigdheid tussen chronische patiënten en andere mensen minder essentieel zijn dan het bijvoorbeeld door Callahan e.a. werd geformuleerd.

Onze onderzoeksopzet kan de juistheid van één van beide opvattingen niet toetsen, omdat wij geen "gezonde" mensen in de studie hebben betrokken. Dit - naast de eerdergenoemde overwegingen (zie paragraaf 3.1.1.) - mede omdat "gezonde" mensen in principe moeilijk kunnen worden opgespoord. Men kan hen apriori hooguit kenmerken op grond van het feit, dat zij verschillende aandoeningen niet hebben, maar moet ter bepaling van hun eventuele consumptienoodzaak veel extra informatie inwinnen. Daarbij loopt men het risico, dat zij uiteindelijk toch een bepaalde (chronische) ziekte blijken te hebben (De Groot, 1968, p. 154).

Ter beantwoording van de vraag naar eventuele wezenlijke verschillen in consumptiegeneigdheid tussen chronisch zieke en gezonde mensen moeten wij dan ook naar nader onderzoek verwijzen. Wij willen daarbij echter het volgende opmerken.

De tweedeling "chronisch zieke versus andere mensen" doet tekort aan de zeer groot te achten verschillen tussen mensen en

hun ziekten binnen de categorie chronische patiënten.²⁾ Deze verschillen tussen chronische patiënten onderling zouden echter in bepaalde gevallen groter kunnen zijn dan verschillen tussen een chronisch zieke en een gezonde. Men kan zich bijvoorbeeld voorstellen, dat een bepaalde psoriasispatiënt, die van deze huidziekte slechts tijdelijk en in geringe mate last heeft, meer overeenkomsten vertoont met een gezond persoon, dan met een zwaar getroffen hartinfarctpatiënt.

Wij achten dit onderscheid zinvoller dan de eventuele scheiding tussen chronische patiënten en andere mensen, omdat daaruit meer begrip blijkt voor de aard en betekenis van een aandoening van al dan niet chronische aard. Onze studie is dan ook onder meer gericht op de opsporing van verschillen tussen groepen mensen op grond van de aard en betekenis van hun ziekte.

3.2.4. Medische consumptie van chronische patiënten

Er zijn twee nauw verweven punten waarop de medische consumptie van chronische patiënten kan verschillen van "gewone" medische consumptie. Het eerste heeft te maken met de reden voor een doktersconsult, het tweede met de mate van vrijheid om wel of juist niet tot dit consult te besluiten.

Chronische patiënten kunnen om verschillende redenen een arts raadplegen en zij zijn daarbij in verschillende mate vrij om dat wel of niet te doen. Zij kunnen tot medische consumptie overgaan voor

1. een voorgeschreven (controle-)consult in verband met de aandoening;
2. een consult in verband met de aandoening op eigen initiatief;
3. (als restcategorie) een al dan niet voorgeschreven consult in verband met andere (dreigende) ziekte.

In de eerste twee gevallen gaat het om vervolgsconsulten. Van de door ons te onderzoeken personen is immers al een bepaalde diagnose bekend, zodat elk doktersconsult in verband daarmee als vervolgsconsult zal worden geregistreerd. De beslis-singsvrijheid bij zo'n consult is in het eerste geval zeer gering: men kan hooguit besluiten om niet te gaan.³⁾ In het tweede en derde geval kan die vrijheid echter best groot zijn.

Zoals eerder werd opgemerkt, richt onze probleemstelling zich op medische consumptie ten gevolge van het eigen initiatief van de patiënt. In het onderzoek zal daarom voor voorgeschreven consulten moeten worden gecontroleerd.

Het verschil tussen de tweede en derde reden is minder strikt dan uit de opsomming blijkt. Het gebeurt nl. nogal eens, dat iemand voor een bepaalde klacht de dokter raadpleegt, maar dat hij daarbij in feite zijn bezorgdheid over een ander ongemak of probleem wil uiten. Dit kan vooral bij chronische patiënten makkelijk voorkomen en wel op twee manieren. Zij hebben aan de ene kant met hun chronische aandoening een entree ("start-consult", Bremer en De Graaff, 1977) bij de dokter, dat zij kunnen gebruiken om andere zaken ter sprake te brengen.⁴⁾ Maar ook het omgekeerde is mogelijk. Iemand kan tijdens een consult voor een griep of verwonding vragen stellen, die met zijn chronische aandoening verband houden. Daarmee vervaagt het verschil tussen de onder (2) en (3) genoemde redenen.

Er is nog een andere oorzaak waardoor dit verschil in het geval van chronische patiënten vervaagt. Vele (dreigende) ziekten kunnen immers verband houden met de aandoening in kwestie. Vooral diabetici hebben geleerd, dat lichamelijke afwijkingen van invloed kunnen zijn op de suikerziekte (Plooi, 1977).

In het vervolg zal medische consumptie op grond van het voorgaande als volgt worden opgevat. Het gaat om de frequentie waarmee chronische patiënten met een (in hoofdstuk 4 nader te omschrijven) "professionele werker" contact hebben, waarbij voorgeschreven (controle-)contacten (statistisch) buiten beschouwing zullen blijven. In hoofdstuk 7, paragraaf 3, zal daarbij in eerste instantie het verschil tussen consulten in verband met het hartinfarct, diabetes resp. psoriasis en consulten in verband met overige (dreigende) ziekten expliciet worden gemaakt.

3.2.5. Het lekennetwerk van chronische patiënten

In paragraaf 2.3.3. werd over het lekennetwerk van chronische patiënten in verband met de mogelijke afbakening ervan al het een en ander opgemerkt. Hier is de vraag aan de orde, in welke mate de veronderstelde invloed van lekenadviseurs op

iemands consumptiegeneigdheid verschillend is, als men chronisch zieken en gezonden met elkaar vergelijkt.

Met deze vraag komen wij terug op de betekenis van het patiëntenrolgedrag (zie paragraaf 3.2.2.). Deze wordt nl. niet alleen bepaald door de patiënt zelf maar mede voor een belangrijk deel door de mensen in zijn omgeving en hun verwachtingen ten aanzien van zijn gedrag.

Gordon (1966) heeft aangetoond, dat er twee soorten verwachtingen bestaan ten aanzien van het gedrag van iemand die ziek is. Deze hangen vooral samen met de zekerheid die men omtrent de prognose van de ziekte heeft. Naarmate de prognose onzeker is, wordt de patiënt als afhankelijker en zorgbehoevender beschouwd dan wanneer omtrent de prognose enige duidelijkheid bestaat. Op grond van deze bevindingen maakt Gordon een verschil tussen "sick-role" (patiëntengedrag in enge zin) en "impaired-role". Mensen die gezien worden als patiënten wordt geadviseerd, medische zorg op te zoeken, zij krijgen extra aandacht en verzorging van hun medemensen en zij worden van hun eigen verantwoordelijkheden ontheven. De "impaired" zouden daarentegen veel meer worden aangemoedigd, zelfstandig en onafhankelijk te zijn, niet teveel over hun ziekte te praten en zich daaromtrent geen extra zorgen te maken.

De geleidelijke overgang van patiëntenrol in enge zin naar de rol van iemand met een chronische handicap (Tellegen, 1975) wordt dus als het ware weerspiegeld in de verwachtingen van medemensen ten aanzien van die rol. Philipsen (1969a, p. 22) zegt hierover: "Iemand die in een chronische toestand van onwelbevinden verkeert, wegens vroegere ziektegevallen, maar die niet chronisch en volledig de rol van de patiënt heeft aanvaard, wordt ... niet als ziek beschouwd maar als gehandicapt."

Wat kan men nu zeggen over eventuele verschillende invloeden van lekenadviseurs op chronische patiënten vergeleken met lekenadviseurs van gezonden? Men kan daarover in feite niet meer en niet minder zeggen, dan wat hiervoor over patiëntenrolgedrag in het algemeen (paragraaf 3.2.2.) en over consumptiegeneigdheid werd vermeld (paragraaf 3.2.3.). Naarmate de ziekte langer duurt en de patiënt de "impaired-role" heeft aangenomen, kan het gedrag van zijn lekenadviseur vergelijkbaar zijn met het overeen-

komstige gedrag van iemand, die deel uitmaakt van een lekennetwerk met alleen gezonde mensen. Daarbij kunnen zich wel verschillen tussen de adviseurs van de drie patiëntencategorieën voordoen.

De chronische handicap kan wel aanleiding zijn tot bepaalde activiteiten van de patiënt en zijn medemensen, die zonder zo'n handicap niet waren verricht. Daarbij valt te denken aan veel wandelen of fietsen (in lekennetwerken met een hartinfarctpatiënt), aan het gemeenschappelijk volgen van een voorgeschreven dieet (idem: diabetes) of aan het helpen inzalven (idem: psoriasispatiënt). Voorts valt te denken aan meer emotionele steun door bijvoorbeeld een gesprek over de problemen, die de aandoening met zich meebrengt.

Wij verwachten dat (in hoofdstuk 11 nader te omschrijven) hulp en steun van lekenadviseurs in deze ("role-support", Salloway en Dillon, 1973, p. 134) de consumptiegeneigdheid van de patiënt zullen doen afnemen. Deze gedachte is gebaseerd op de veronderstelling van o.m. Scott en Howard (1970) waarin deze auteurs aan informele hulpbronnen een probleemoplossend effect toekennen. Het is niet uitgesloten, dat informele hulp ook de geneigdheid om een gezondheidsprobleem door een doktersbezoek te willen oplossen, kunnen doen afnemen.

Daarbij moet wel worden aangetekend, dat de veronderstelling van Scott en Howard ook in Nederland op uiteenlopende wijzen is onderzocht zonder dat zij duidelijk kon worden bevestigd (Sociaal en Cultureel Rapport 1978, Van Eijk, 1979, Ormel, 1980). Het lijkt de moeite waard om haar opnieuw te toetsen.

3.3. Hypothesen

Het voorgaande geeft aanleiding tot het formuleren van enkele te verwachten onderzoeksresultaten.⁵⁾ Daarbij sluiten wij aan bij de vier onderzoeksvragen uit paragraaf 2.4.

ad 1: Is er sprake van een differentieel effect van verschillende aandoeningen op consumptiegeneigdheid?

Wij verwachten een positieve samenhang tussen consumptienoodzaak en consumptiegeneigdheid en verwachten derhalve dat

1.1. hartinfarctpatiënten de sterkste en psoriasispatiënten de geringste geneigdheid tot medische consumptie zullen vertonen; voorts, dat diabetici wat dit betreft een tussenpositie zullen innemen.

Wij baseren deze verwachting op de hiervoor nader toegelichte veronderstelling, dat de noodzaak voor medische consumptie doorgaans groter is voor hartinfarctpatiënten dan voor diabetici, en dat deze voor hen weer groter is dan voor psoriasispatiënten. Voorts verwachten wij dat

1.2. de consumptiegeneigdheid geringer zal zijn naarmate de aandoening langer duurt (en zich geen complicaties voordoen).

Deze veronderstelling is gebaseerd op de gedachte, dat ten gevolge van een langere ziekteduur een zekere gewenning aan de aandoening zal optreden, waardoor de geneigdheid tot het consulteren van de arts afneemt (Neven, 1980).

ad 2: Welke invloed heeft iemands consumptiegeneigdheid op zijn feitelijke medische consumptie?

- Op grond van onze onderzoeksopzet kan men verwachten dat de algemene invloed van consumptiegeneigdheid op feitelijke medische consumptie in dit onderzoek groot geacht kan worden.

ad 3: Welke invloed hebben lekenadviseurs op de consumptiegeneigdheid?

Wij veronderstelden al een grote mate van overeenkomst tussen de patiënt en zijn lekenadviseurs in attituden, opvattingen en gedragsintenties met betrekking tot medische consumptie. Wij verwachten op grond van het voorgaande dat

3.1. lekenadviseurs van personen met verschillende aandoeningen in hun attituden ten aanzien van medische consumptie zullen verschillen; deze verschillen zullen parallel lopen aan de bij hypothese 1.1. veronderstelde verschillen tussen patiëntencategorieën;

3.2. lekenadviseurs, die de patiënt in praktische of emotionele zin helpen, zullen zijn consumptiegeneigdheid doen afnemen.

ad 4: Welke invloed hebben lekenadviseurs op iemands feitelijke medische consumptie?

- Het voorgaande geeft geen aanleiding om onze eerdere verwachting hieromtrent te specificeren: wij verwachten dat
- iemands medische consumptie toeneemt naar mate zijn lekenadviseurs positiever tegenover de medische zorg staan (de precieze betekenis van dat laatste komt in hoofdstuk 10 aan de orde).

Tot zover de belangrijkste onderzoekshypothesen. Voor zover de studie daarop betrekking heeft, krijgt het onderzoek tot op zekere hoogte een toetsend karakter. Tot op zekere hoogte vooral, omdat het statisch van aard is en daarmee geen uitspraken toelaat over de volgorde waarin verschijnselen optreden. Om bijvoorbeeld hypothese 2 te kunnen toetsen, zou men eerst informatie willen inwinnen omtrent iemands consumptiegeïnteresse, alvorens op een later tijdstip vragen te stellen over zijn medische consumptie.

Afgezien daarvan heeft het onderzoek wel kenmerken van een experimentele opzet: factoren waarvan verwacht kan worden dat zij de afhankelijke variabele (hier: medische consumptie) sterk beïnvloeden (hier: consumptienoodzaak) zijn gelijk geschakeld. Daarbinnen is ruimte gelaten, om een eventueel differentieel effect van die factoren aan het licht te brengen. Op basis van een dergelijk onderzoek kan worden aangegeven of de veronderstelde verbanden gelden onder de condities, die in de onderzoeksofzet zijn vastgelegd (Philipsen, 1969 b).

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 3

- 1) In strikte zin zijn personen die een hartinfarct hebben gehad geen chronische patiënten, omdat zij weer in een toestand zonder restverschijnselen kunnen komen. Wij achten de gevolgen van een hartinfarct echter zo ernstig, dat wij menen personen met deze aandoening met chronische patiënten te kunnen vergelijken.
- 2) Deze opmerking is ook als kritiek geplaatst bij Parson's theorieën omtrent patiëntenrolgedrag: rechten en plichten van de patiënt zijn in hoge mate afhankelijk van de aard van zijn aandoening (Gordon, 1966, Freidson, 1975).
- 3) Met deze studie zou op zinvolle wijze aandacht kunnen worden besteed aan het probleem van "non-compliance" (Davis, 1967, Stimson, 1974) van verschillende patiëntencategorieën. Dit aspect werd echter niet verder uitgewerkt.

- 4) Dit is vergelijkbaar met het "startconsult" dat op grond van pil-controles (Lamberts, 1975) of op grond van de ziekte van een kind (Van der Velden, 1971) wordt gebruikt, om de dokter voor andere / eigen gezondheidsklachten of problemen om advies te vragen.
- 5) Bij deze formuleringen geldt de "ceteris paribus clause", die daarin gemakshalve niet expliciet is opgenomen.

Hoofdstuk 4: Onderzoeksopzet en -uitvoering

4.1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de opsporing en selectie van te onderzoeken personen (paragraaf 4.2.). Daarbij komen de volgende aandachtspunten (opnieuw) aan de orde, t.w.:

- de duur van de aandoening;
- persoonskenmerken waarvan kan worden aangenomen, dat zij de medische consumptie op bepaalde wijze beïnvloeden;
- de veronderstelde consumptienoodzaak van alle drie patiëntencategorieën.

In paragraaf 4.3. komt de operationalisering van het lekennetwerk en in paragraaf 4.4. de operationalisering van het professionele systeem aan de orde. Het hoofdstuk besluit met een korte beschrijving van de onderzoeksvoorbereiding.

4.2. De te ondervragen personen

4.2.1. Opsporing van hartinfarct-, suiker- en psoriasispatiënten

Hoe kan men patiënten met genoemde aandoeningen opsporen? Wij hebben gemeend, ons hiervoor in eerste instantie te kunnen baseren op door personen zelf gerapporteerde ziekten. Deze methode heeft het nadeel, dat zij subjectief ervaren ziekten aan het licht brengt, die soms niet tot objectieve aandoeningen te herleiden zijn. Bovendien worden op deze wijze niet alle objectief vaststelbare ziekten gerapporteerd, bijv. omdat de persoon er geen weet van heeft of er niet over wil praten (onlangs opnieuw belicht door Garrity, 1978).

Over het algemeen is de kans op onderrapportage via deze methode groter dan de kans op overrapportage (Casse, 1973 op grond van vijf bronnen, Elinson en Trussell, 1957).

Genoemde bezwaren zullen echter minder wegen naarmate de te rapporteren aandoening onobjectief vaststelbaar en met behulp van een ook voor niet-medici duidelijk te begrijpen diagnose te omschrijven is. Dat is hier het geval. Het voordeel van deze boven andere methoden is, dat in principe elke patiënt die van zijn aandoening op de hoogte is een kans heeft, om voor het onderzoek in aanmerking te komen. Een selectie door registrerende artsen of ziekenhuizen zou bevooroordeeld kunnen zijn, bij-

voorbeeld omdat deze registraties worden opgezet en bijgehouden vanuit een hulpverlenersperspectief of omdat zij alleen recente gegevens bevatten; hierdoor zouden vroegere gevallen apriori buiten het onderzoek blijven.

Om personen met de drie aandoeningen op te sporen werd gebruik gemaakt van de Omnibus Service van de N.V. v/h Nederlandse Stichting voor Statistiek. Daarbij worden per week bij ca. 1200 a-select gekozen huishoudens gesprekken over verschillende onderwerpen gevoerd. In het adressenkader voor deze steekproef zijn huishoudens van oudere mensen die in een bejaardenoord wonen ondervertegenwoordigd, omdat de trekkingskans veelal het oord doch niet zijn bewoners geldt.

Gedurende vier weken werd in totaal bij 4950 huishoudens de vraag gesteld, of één of meer leden van het huishouden een (of meer) met name genoemde aandoeningen hebben. Op deze wijze werden 196 hartinfarctpatiënten, 160 diabetici en 53 personen met psoriasis opgespoord.¹⁾ Op grond hiervan zou men voor Nederland tot de volgende schattingen komen: 186.000 hartinfarctpatiënten (1,33 %), ruim 152.000 diabeten (1,09 %) en ongeveer 50.000 psoriasispatiënten (0,36 %).²⁾

Om iets over de betrouwbaarheid van de opsporingsmethode te zeggen, zullen wij deze gegevens met landelijke cijfers over het vóórkomen van genoemde aandoeningen vergelijken. Ook hiervoor bestaan uiteraard alleen schattingen (Tabel 4.1.).

Tabel 4.1. Geschat vóórkomen van genoemde aandoeningen in Nederland (in percentages van het aantal inwoners)

hartinfarct ¹⁾ (1970-72)	omnibus (1978/79)	diabetes ²⁾ (1976/80)	omnibus (1978/79)	psoriasis ³⁾ (1975/80)	omnibus (1978/79)
0,3	1,3	2 à 2,5	1,1	1 à 2	0,4

1) C.B.S./T.N.O., 1980, p. 91

2) Plooijs en Lütjens, 1976, p. 25 / Van de Horst en Meulders, 1980

3) Bremer en De Graaff, 1977, p. 17 / Duller, 1980

Hierbij moet men bedenken, dat vooral de gegevens met betrekking tot het aantal hartinfarctpatiënten nogal verouderd zijn³⁾. Vergelijkt men bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van een acuut myocardinfarct in de perioden 1969-1972 en 1973-1976, dan valt een stijging van ruim 19 % op (C.B.S. en

TNO). Ondanks dit lijkt het aantal opgespoorde hartinfarctpatiënten nogal hoog, terwijl de andere twee groepen waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn. Dit laatste komt overeen met de eerdergenoemde bevinding, dat zelfrapportage eerder tot onder- dan tot overschatting van het voorkomen van aandoeningen leidt. Waarom sporen wij dan relatief zoveel hartinfarctpatiënten op?

Dit moet vermoedelijk vooral worden toegeschreven aan het feit, dat ook andere hartklachten door de patiënten veelal als hartinfarct geïnterpreteerd worden. Wij hebben dit tot op zekere hoogte voorzien en in het opsporingsonderzoek de vraag toegevoegd, of men voor het hartinfarct in het ziekenhuis had gelegen. Dit met het doel, het aantal "onterechte" hartinfarctpatiënten te reduceren. Op deze vraag antwoordden 164 personen bevestigend. Als men alleen deze ondervraagden als hartinfarctpatiënten in aanmerking neemt, is hun aantal nog aan de hoge kant. Nu is uit gegevens van het C.B.S. af te leiden, dat patiënten die met de diagnose: "symptomen en slecht omschreven toestanden" worden ontslagen, veelal waren opgenomen met een vermoed hartinfarct (of om er zeker van te zijn, dat een hartinfarct als diagnose kon worden uitgesloten)⁴⁾. Het is best aannemelijk, dat de patiënt deze ontslagdiagnose niet kent, vergeten is of door de ervaring, voor een (vermoedelijk) hartinfarct te zijn opgenomen denkt, ook werkelijk een infarct gehad te hebben.

Hoe het ook zij, wij moeten bij onze verdere analyses bedenken, dat in dit onderzoek alleen diabetici en psoriasispatiënten tot onderrapportage, hartinfarctpatiënten daarentegen tot overrapportage neigden. Onderrapportage werd mogelijk mede veroorzaakt door genoemde ondervertegenwoordiging van ouderen. Onder hen bevinden zich immers veel chronische patiënten.

De diagnose "hartinfarct" bleek bij nader inzien vermoedelijk minder duidelijk dan werd verondersteld. Het verschil tussen objectieve diagnose en subjectief ervaren ziekte zou juist bij deze categorie relatief groot kunnen zijn (Garritty, 1978, Levine en Kozloff, 1978).⁵⁾

Over de aldus opgespoorde personen werd tijdens de omnibus-enquête de volgende informatie ingewonnen: geslacht, leeftijd, duur van de aandoening en een indicator voor de mate waarin de

aandoening bij de persoon in kwestie optreedt. Voor hartinfarctpatiënten werd - zoals gezegd - gevraagd, of men in verband met het hartinfarct in het ziekenhuis had gelegen en bovendien, in welke mate men nu weer dagelijkse bezigheden (werk, huishouden) kon verrichten. Voor suikerpatiënten werd gevraagd, in welke mate de ziekte regelbaar is. Aan psoriasispatiënten werd ten slotte direct gevraagd, of men de ziekte in lichte, wisselende of heftige mate had.

Deze operationaliseringën zijn aangepast aan de beperkingen, die een opsporingsprocedure via de omnibus-service oplegt: de interviewvragen moeten zonder verdere toelichting door enquetes en respondenten begrepen kunnen worden en het aantal

Tabel 4.2.1. Gegevens betreffende hartinfarctpatiënten

	abs.	perc.
<u>geslacht</u>		
man	148	75
vrouw	48	25
<u>leeftijd</u>		
<34 jr.	3	1
35-49 jr.	16	8
50-64 jr.	77	40
65 jr. e.o.	100	51
<u>heeft vanwege h.i. in ziekenhuis gelegen</u>		
ja	164	84
neen	31	16
geen antwoord	1	-
<u>mate waarin men vroegere bezig- heden nog kan uitoefenen</u>		
helemaal niet meer	61	31
minder intensief	84	43
weer net als vroeger	43	22
weet niet	8	4
<u>periode verstreken sinds (laatste) hartinfarct</u>		
<1 jaar	27	14
1-5 jaar	91	46
>5 jaar	74	38
weet niet	4	2
Totaal	196	100

Tabel 4.2.2. Gegevens betreffende suikerpatiënten

	abs.	perc.
<u>geslacht</u>		
man	61	38
vrouw	99	62
<u>leeftijd</u>		
< 34 jr.	11	7
35-49 jr.	15	9
50-64 jr.	57	36
65 jr. e.o.	77	48
<u>regelbaarheid suikerziekte</u>		
makkelijk	112	70
wisselend	23	14
moeilijk	16	10
weet niet/geen antwoord	9	6
<u>periode verstreken sinds men weet dat suikerziekte geconstateerd is</u>		
< 1 jr.	13	8
1-5 jr.	65	41
> 5 jr.	71	44
weet niet	11	7
Totaal	160	100

Tabel 4.2.3. Gegevens betreffende psoriasispatiënten

	abs.	perc.
<u>geslacht</u>		
man	31	58
vrouw	22	42
<u>leeftijd</u>		
< 34 jr.	16	30
35-49 jr.	19	36
50-64 jr.	8	15
65 jr. e.o.	10	19
<u>mate waarin men psoriasis heeft</u>		
in lichte mate	28	53
wisselend of tamelijk erg	21	40
in heftige mate	3	6
weet niet	1	1
<u>periode verstreken sinds psoriasis geconstateerd is</u>		
< 1 jr.	2	4
1-5 jr.	7	13
> 5 jr.	39	74
weet niet	5	9
Totaal	53	100

vragen moet tot een uiterste minimum worden beperkt. Hierdoor werd voor de "urgentiegraad" van de aandoening voor de ene patiëntencategorie een ander criterium aangelegd, dan voor de andere. Deze zijn dan ook onderling niet goed vergelijkbaar. Tabel 4.2. bevat, voor elke patiëntencategorie afzonderlijk, de belangrijkste opsporingsresultaten.

Tenslotte werd gevraagd of deze personen eventueel bereid zouden zijn, om aan een onderzoek deel te nemen met als onderwerp de betekenis van het leven met bepaalde aandoeningen voor de patiënt en zijn medemensen. Omdat deze bereidheid voor het eigenlijke onderzoek belangrijk kan zijn, werd zij nader bezien.

Het bleek dat noch de duur en ernst van de aandoening, noch het geslacht en de leeftijd van de patiënt (per patiëntencategorie en voor alle respondenten tezamen getoetst) significant samenhangen met de bereidheid tot medewerking aan verder onderzoek. Alleen suikerpatiënten zijn daartoe minder bereid dan hartinfarctpatiënten. (Tabel 4.3.)

Tabel 4.3. Bereidheid tot verder onderzoek naar patiëntencategorie

	HI		S		P	
	abs.	perc.	abs.	perc.	abs.	perc.
wel bereid	150	77	101	63	36	68
weet nog niet	6	3	14	9	5	9
niet bereid	40	20	45	28	12	23
totaal	196	100	160	100	53	100

$$\chi^2 = 10.3 \quad p < .05^{1)}$$

- 1) voor het totaal en voor telkens twee patiëntencategorieën getoetst: psoriasispatiënten verschillen op dit punt noch van diabetici noch van hartinfarctpatiënten.

4.2.2. Selectie van de te ondervragen personen

De inleiding somde drie aandachtspunten op, die bij de selectie van te ondervragen personen van belang zijn. Het eerste betreft de duur van de aandoening. In hoofdstuk 3 is naar voren gekomen, dat bij chronische patiënten een zekere gewenning aan de ziekte kan optreden naarmate deze langer duurt; en dat daarmee de kans toeneemt, dat zij de patiëntenrol in enge

zin hebben afgelegd. Vandaar, dat wij patiënten willen selecteren, die al relatief lang weten, dat zij een hartinfarct, diabetes resp. psoriasis hebben (gehad).

Het tweede aandachtspunt betreft persoonskenmerken, die op medische consumptie van invloed kunnen zijn. Ten aanzien daarvan veronderstellen wij het volgende.

- Ouderen, vrouwen en personen met een lagere sociale status maken (*ceteris paribus*) meer gebruik van medische voorzieningen dan jongeren, resp. mannen en mensen uit hogere milieus.

Dit blijkt uit welhaast alle onderzoeken op dit gebied. Met betrekking tot ouderen en vrouwen is dit wel in te zien, maar de invloed van sociaal economische status op medische consumptie kent verschillende facetten. Wij verwijzen hiervoor naar recente overzichten (De Jong, red., 1980, Van de Ven e.a., 1981). Voorzover mogelijk zullen wij ook deze variabelen in het onderzoek gelijkschakelen.

Bij het derde aandachtspunt gaat het om de veronderstelde consumptienoodzaak van zowel hartinfarct-, suikerziekte- als psoriasispatiënten. Om deze zoveel mogelijk te waarborgen, selecteerden wij op grond van de eerdergenoemde indicatoren voor de mate waarin de aandoening optreedt de "meest ernstig zieke" patiënten.

Het verzamelde materiaal bood de mogelijkheid om per patiëntencategorie voldoende bereidwillige personen te vinden en deze zelfs nog volgens de meeste van de genoemde criteria te selecteren. Dit gebeurde als volgt.

- De duur van de aandoening. Personen die pas een jaar of korter geleden hebben gehoord, dat ze aandoening in kwestie hadden, kwamen in eerste plaats niet voor het vervolgonderzoek in aanmerking. Als eerste werden personen geselecteerd, die de aandoening al langer dan vijf jaar hadden, omdat mag worden aangenomen, dat zij dan de belangrijkste ervaring met hun ziekte of de gevolgen daarvan hebben opgedaan.
- Leeftijd. Het lag in de bedoeling om deze zoveel mogelijk gelijk te schakelen. Tegelijk zouden echter zo min mogelijk oudere mensen aan het definitieve onderzoek moeten deelne-

men, om de kans te verkleinen dat naast de aandoening in kwestie andere chronische ziekten het beeld zouden verstoren. Bij de selectie van suikerpatiënten moest bovendien worden voorkomen, dat zich onder hen uitsluitend ouderdomsdiabetici zouden bevinden.

Als belangrijkste criterium werden in eerste instantie personen van boven de 70 jaar voor deelname aan het onderzoek uitgesloten. Bij suikerpatiënten werd de maximale leeftijd op 64 jaar gesteld. Als tweede criterium gold een ondergrens van 16 jaar om geen kinderen in het onderzoek te moeten betrekken. Tussen deze twee grenzen werden personen "zo jong mogelijk" geselecteerd.

- Geslacht. Het bleek niet mogelijk om - voor gelijkschaking - of alleen vrouwen of alleen mannen in het onderzoek te betrekken. Wij besloten daarom, binnen de drie patiëntencategorieën zoveel mogelijk een evenredige verdeling na te streven zodanig, dat de variabele geslacht in de analyse zou kunnen worden gebruikt.
- "Ernst" van de aandoening (gemeten volgens de eerdergenoemde indicatoren). Alle hartinfarctpatiënten, die in verband met het hartinfarct niet in het ziekenhuis hadden gelegen, werden apriori buiten het onderzoek gehouden. Hiermee moet - zoals gezegd - zoveel mogelijk worden voorkomen dat zich onder de te onderzoeken personen mensen bevinden die - om welke reden dan ook - ten onrechte opgaven, een hartinfarct te hebben gehad. Voorts werd bij dit criterium geselecteerd van "ernstig" naar "licht" zodat de meest ernstige gevallen (volgens opgave van de respondenten althans) aan het onderzoek zouden deelnemen.
- Sociaal economisch status. Deze kon bij de selectie geen rol meer spelen. Wij besloten, om de laatst genoten opleiding van de respondent als variabele in de analyse te betrekken.

Op grond van deze criteria werden driemaal 25 personen geselecteerd voor het eigenlijke onderzoek. Het veldwerk geschiedde in de eerste drie maanden van 1979 door speciaal daarvoor geïnstrueerde enquêtrices van het Instituut voor Toegepaste Socio-

logie (zie ook paragraaf 4.5.). De medewerking van de respondenten was goed, zodat slechts enkele adressen moesten worden vervangen.⁶⁾ De samenstelling van de onderzochte groep volgens de aangegeven selectiecriteria is weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.4. Respondenten naar aandoening en naar vooraf als selectiecriteria gehanteerde kenmerken (absolute aantallen)

	H	S	P	Totaal
<u>1. Duur van de aandoening</u>				
< 1 jaar	-	1	1	2
1-5 jaar	15	6	2	23
> 5 jaar	10	18	22	50
$\chi^2 = 17.05 \quad p < .01$				
<u>2. Leeftijd</u>				
16-34 jaar	-	5	4	9
35-49 jaar	6	5	14	25
50-64 jaar	16	15	2	33
65-72 jaar	3	-	5	8
$F = 5.67 \quad p < .01$				
<u>3. Geslacht</u>				
mannen	16	13	16	45
vrouwen	9	12	9	30
$\chi^2 = 1.0 \quad \text{N.S.}$				
<u>4. "Ernst" van de aandoening¹⁾</u>				
licht	5	15	12	32
wisselend/matig	9	4	8	21
ernstig	11	6	5	22
$\chi^2 = 9.76 \quad p < .05$				

1) H : licht = verricht dagelijkse bezigheden weer net als voor hartinfarct
 wisselend/matig = verricht dagelijkse bezigheden minder intensief
 ernstig = verricht dagelijkse bezigheden helemaal niet meer

S : Suikerziekte is gewoonlijk makkelijk (= licht) / wisselend / moeilijk (= ernstig) regelbaar

P : heeft psoriasis in lichte mate (= licht) / wisselend / tamelijk erg of in heftige mate (= ernstig)

De patiëntencategorieën verschillen onderling significant in leeftijd en in de duur van hun aandoening (de "ernst" van de aandoening is voor de categorieën niet zonder meer vergelijkbaar, zie noot bij tabel 4.4.). Gezien onze opzet, om bepaalde factoren in het onderzoek gelijk te schakelen, roept dit twee vragen op, nl. (1) wat is de oorzaak van deze verschillen? en (2) welke betekenis hebben zij voor het verdere onderzoek?

De oorzaak van de verschillen is toe te schrijven aan het relatief geringe aantal opgespoorde personen per categorie, dat voldeed aan de combinatie van genoemde kenmerken. Hartinfarctpatiënten zijn in het algemeen nu eenmaal ouder dan psoriasispatiënten, zeker als bovendien de eis gesteld wordt, dat zij het hartinfarct al relatief lang geleden gehad moeten hebben. De opsporing had vele maanden langer moeten duren om op dit punt betere resultaten te bereiken. Ons inziens woog deze extra inspanning niet op tegen de nadelen, die de hier geconstateerde verschillen met zich meebrengen. Wij komen hiermee op het antwoord op de tweede zoëven genoemde vraag.

Bij de selectie van respondenten stond voorop dat zo min mogelijk ouderen en zo min mogelijk personen die nog maar kort ziek zijn, gekozen zouden worden. Aan deze eis kon op redelijke wijze worden voldaan. Voor analyses die op alle respondenten betrekking hebben en voor analyses per patiëntencategorie geldt dan ook, dat belangrijke determinanten van medische consumptie zoveel mogelijk onder controle zijn gehouden of - zoals bij geslacht - als variabele in de analyse kunnen worden betrokken. Bij de interpretatie van verschillen tussen patiëntencategorieën kan met de hier geconstateerde verschillen rekening worden gehouden.

4.3. Het lekennetwerk

Zoals gezegd: bij dit onderzoek zijn ook die personen actief betrokken, die deel uitmaken van het lekensysteem van de respondenten: ook met hen werden - uiteraard met expliciet gevraagde en verkregen toestemming van de patiënt - vraaggesprekken gevoerd. Deze personen zijn opgespoord door de respondenten

ongeveer halverwege het gesprek de volgende twee vragen voor te leggen:

1. Nu is het iets anders of iemand alleen weet dat U een hartinfarct gehad hebt of dat iemand er nauw bij betrokken is. U praat bijv. met iemand over de hinder die U ervan ondervindt en de problemen die U er misschien mee hebt. Iemand, die U ook helpt met allerlei kleinere, praktische of grotere problemen in verband met Uw aandoening. Nu zou ik graag van U willen weten wie van Uw gezinsleden, huisgenoten, familieleden, vrienden, kennissen, collega's of burens het meest bij Uw aandoening betrokken is?
2. En wie is dat op de tweede plaats, wie is daarna degene die het meest bij Uw aandoening betrokken is? Welke relatie hebt U met hem/haar?

Wij beperken het te ondervragen aantal lekenadviseurs tot twee. Gezien de bevindingen van Booth en Babchuk (1972), Miller (1973), Litman (1974) en Finlayson (1976) lijkt dit alleszins gerechtvaardigd.

De enquêtrices werd met nadruk verzocht, dōōr te vragen als men niemand of slechts één persoon kon noemen. In deel III gaan wij op de kenmerken van het lekensysteem uitgebreid in. Daarop vooruitlopend geeft tabel 4.5 alvast een overzicht van het aantal lekenadviseurs dat door de verschillende patiëntengroepen werd genoemd.

Tabel 4.5. Aantal lekenadviseurs genoemd, naar patiëntencategorie

	H	S	P	Totaal
twee personen genoemd	19	17	8	44
slechts één persoon genoemd	6	8	15	29
niemand genoemd	-	-	2	2
totaal	25	25	25	75

$$\chi^2 = 13.3. p < .01$$

Psoriasispatiënten noemen minder lekenadviseurs dan de andere twee patiëntencategorieën. Op de mogelijke interpretatie hiervan komen wij in hoofdstuk 9 terug.

Zijn er wel verschillen tussen patiëntencategorieën voor wat betreft het aantal genoemde lekenadviseurs, zij verschillen onderling niet of nauwelijks in de relatie die zij met de genoemde personen hebben. 62 van de 73 aangewezen "belangrijkste betrokkenen" zijn echtgenoot, echtgenote of verloofde van de respondent, de overige 11 zijn andere gezins- of familieleden. 4 moeders, 1 vader, 5 dochters en een zuster. Ook als tweede betrokkenen werden vooral familieleden genoemd, nl. 7 ouders, 23 kinderen en 9 overige familieleden. Slechts vijf lekenadviseurs zijn geen familielid van de respondent maar zijn of haar buurvrouw of -man, vriend(in) of kennis.

De in totaal 117 genoemde personen konden niet in alle gevallen worden ondervraagd omdat sommigen van hen onbereikbaar waren. Er zijn 111 gesprekken met lekenadviseurs gevoerd, 72 met de belangrijkste en 39 met de daarna belangrijkste betrokkene.

4.4. Het professionele systeem

Per patiënt is telkens ook een lid van het professionele systeem bij het onderzoek betrokken. Dit vooral, om de op zelf-rapportage berustende gegevens over de aandoening te kunnen aanvullen door meer "objectieve" gegevens. Omdat het om chronische patiënten gaat, was het niet zonder meer duidelijk, welke professionele werker hiervoor moest worden aangewezen: de behandelend specialist, de huisarts, de diëtiste?

Besloten is, in elk geval een arts bij het onderzoek te betrekken. Welke arts dat zou zijn werd aan de patiënt-respondent zelf overgelaten en wel in eerste instantie via het antwoord op de volgende vraag:

Als U voor diabetes (het hartinfarct / psoriasis) behandeld wilt worden of advies wilt hebben, gaat U dan naar Uw huisarts, naar Uw specialist of naar een andere gezondheidswerker?

Op deze vraag bleef de antwoordmogelijkheid "een andere gezondheidswerker, nl." onbenut, zodat de instructie t.a.v. de te benaderen arts voor deze gevallen hier onvermeld blijven. In 30 gevallen werd de huisarts genoemd, in 44 een specialist. Eén respondent zei, nooit met welke arts dan ook contact te hebben.

De verdeling naar de aard van de aandoening is in tabel 4.6. te zien. Wij merken op dat zich geen verschillen voordoen tussen de drie groepen voor wat betreft het aantal genoemde huisartsen en specialisten. Deze gegevens worden verder in deel IV behandeld.

Tabel 4.6. Door patiënt-respondent genoemde "professionele werkers" naar aard van de aandoening

	H	S	P	Totaal
niemand genoemd	-	-	1	1
huisarts genoemd	10	11	9	30
specialist genoemd	15	14	15	44
totaal	25	25	25	75

$$\chi^2 = 2.25 \text{ N.S.}$$

Het lag in de bedoeling om het oordeel van de artsen over de ernst van de aandoening in medische zin en over de noodzakelijk geachte controlefrequentie bij de analyse te betrekken. Daarnaast was het belangrijk om te weten, of de respondent nog andere aandoeningen heeft, die zijn medische consumptie kunnen beïnvloeden. Deze informatie werd - eveneens na expliciet gevraagde en verkregen⁷⁾ toestemming van de respondent - via een schriftelijke vragenlijst bij de artsen verzameld. Eén respondent wilde deze toestemming niet geven omdat zijn arts het naar eigen oordeel "al druk genoeg heeft". Van de 73 verstuurde lijsten werden er 58 terugontvangen (79.4 %)⁸⁾. Dit aantal is uitzonderlijk hoog. De ervaring leert immers, dat schriftelijk onderzoek in het algemeen een respons van ten hoogste 45 à 50 % oplevert (Gadourek 1967, p. 201).

De reacties verschillen echter wel per patiëntencategorie. Wij ontvingen 21 van de 24 psoriasis-, 22 van de 24 diabetes- en slechts 15 van de 25 hartinfarctlijsten terug. Het is niet onwaarschijnlijk, dat dit samenhangt met de eerder gesignaleerde overrapportage bij hartinfarctpatiënten. Het merendeel van de lijsten bevatte volledige, soms additionele informatie over hetgeen er gevraagd werd.

4.5. Onderzoeksvorbereiding

Wij besteden een aparte paragraaf aan de onderzoeksvorbereiding, omdat deze naar onze mening voor het onderzoek nogal belangrijk is geweest. In hoofdstuk 6 zal blijken, hoe met name de consumptiegeneigdheid van de patiënt is geoperationaliiseerd en vertaald in interviewvragen. Daaraan voorafgaand zijn deze en alle andere vragen op verschillende wijze getest.

De vragenlijsten bevatten aandoeningsspecifieke delen en delen, die ook met gezonde mensen besproken kunnen worden. De specifieke delen zijn ter beoordeling voorgelegd aan personen, die ten aanzien van beleving van deze aandoeningen door de patiënt deskundigheid bezitten.⁹⁾ De vragenlijsten (drie voor patiënt-respondenten en drie voor hun lekenadviseurs) zijn uiteindelijk in drie fasen op hun begrijpelijkheid voor de respondent beoordeeld.

Een eerste versie is door de onderzoekster uitgetest in proefinterviews met zeven willekeurige, bereidwillige respondenten uit de verschillende patiëntengroepen en met telkens een van hun lekenadviseurs. Een tweede versie is aan een audio-visuele test onderworpen (Hout en Wester, 1977). Deze werd door het Instituut voor Toegepaste Sociologie (I.T.S.) uitgevoerd. Hiervoor stelden zich drie respondenten en telkens een door henzelf aangewezen lekenadviseur bereidwillig beschikbaar. Tenslotte werd een derde versie gebruikt voor drie proefgesprekken, die gevoerd werden in de situatie van het eigenlijke onderzoek met via het omnibus-onderzoek opgespoorde patiënt-respondenten en hun tijdens het gesprek aangewezen lekenadviseurs. Deze interviews werden door interviewsters van het I.T.S. gehouden en samen met hen geëvalueerd.

Deze fasegewijze voorbereiding heeft het mogelijk gemaakt, met de verschillende vragen en opmerkingen van respondenten en interviewers in de definitieve vragenlijsten rekening te houden. Dit heeft er mede toe bijgedragen, dat de "echte" interviews door de meeste interviewsters en respondenten positief werden ervaren.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 4

- 1) Zie voor de vragenlijst en voor verdere gegevens Rapport 0 7385 van de NSS Omnibus Service, januari 1979 (niet gepubliceerd).
- 2) Er waren in Nederland op dat tijdstip ca. 4.704 duizend huishoudingen en alleenstaanden (C.B.S.). (Formule: $\frac{4.704}{4.950} \times 1000 \times 196$ voor hartinfarctpatiënten, analoog voor de anderen).
- 3) Gegevens van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations over het (vermoeden op) hartinfarct in 1978 wijzen echter op een vergelijkbaar voorkomen van 0,3 per 100 inwoners.
- 4) Gegevens van de afdeling Gezondheidsstatistiek op basis van een detaillering van de Diagnosestatistiek Ziekenhuizen.
- 5) Eichhorn (1962) toonde aan, dat personen die ten onrechte dachten een hartinfarct te hebben, meer leken op "echte" hartinfarctpatiënten, dan personen die ten onrechte dachten, geen hartinfarct te hebben gehad. In het geval van de hartinfarctpatiënten zou onderrapportage op grond daarvan in dit onderzoek tot meer vertekening hebben geleid dan de overrapportage nu.
- 6) Drie respondenten werden later vervangen door andere omdat zij niet aan de gestelde eisen bleken te voldoen. De gegevens in tabel 4.4. hebben betrekking op de 75 uiteindelijk bij het onderzoek betrokken respondenten. In bijlage 1 zijn de patiëntengroepen op eventuele verschillen in andere persoonskenmerken (nl. opleiding, burgerlijke staat, urbanisatiegraad van hun woongemeente en verzekeringsvorm) onderzocht.
- 7) De vragenlijst voor artsen werd aan de respondent getoond. Hem/haar werd gevraagd:
 "Zou U er bezwaar tegen hebben als ik ook Uw huisarts/specialist enkele vragen zou stellen? Dit is het lijstje van vragen dat ik hem wilde voorleggen. Het gaat er vooral om, wat medische informatie over Uw aandoening te weten te komen."
 en vervolgens verzocht zijn toestemming hiervoor schriftelijk te geven zodat de arts ervan op de hoogte kon worden gebracht. Het verzamelen en verwerken van deze gegevens werd oevrigens uitsluitend door de onderzoekster zelf verricht.
- 8) In feite werden 76 lijsten verstuurd en 61 terugontvangen (= 80,3 %). Drie ervan hadden echter betrekking op respondenten die later niet in de analyse betrokken werden. Zie noot 6 bij dit hoofdstuk. 54 lijsten werden zonder rappel terugontvangen. Een rappelbrief had de overige zeven zntwoorden tot gevolg.
- 9) Zie voorwoord.

Hoofdstuk 5: Samenvatting

Dit deel behandelde de probleemstelling en de onderzoekbaarheid ervan. Wij willen hier de belangrijkste stappen die op de weg van theorie naar onderzoeksopzet zijn gezet samenvattend herhalen.

Het onderzoek richt zich op het geheel van attitudes, opvattingen en gedragsintenties dat met medische consumptie te maken heeft. Dit wordt kortweg "consumptiegeneigdheid" genoemd. Consumptiegeneigdheid is een van de (minder belangrijke) factoren die de medische consumptie beïnvloeden. Wij interesseren ons ervoor, omdat die invloed in de toekomst vermoedelijk verder toeneemt en omdat men die geneigdheid tot het raadplegen van de arts tot op zekere hoogte kan beïnvloeden.

Wij vragen ons af, of de consumptiegeneigdheid verschilt, afhankelijk van de aard van de aandoening, die de aanleiding tot het consult vormt. Voorts willen wij weten, in welke mate de consumptiegeneigdheid onder bepaalde condities tot medische consumptie leidt. De derde vraag, die wij ons stellen betreft de invloed van primaire sociale relaties - "lekenadviseurs" - op iemands consumptiegeneigdheid en (ten vierde) op zijn feitelijke medische consumptie.

Ter beantwoording van deze vragen lijkt het aangewezen, om enkele voor ons minder interessante factoren, waarvan bekend is, dat zij het doktersbezoek beïnvloeden, gelijk te schakelen. De belangrijkste factor betreft uiteraard de objectieve noodzaak, om het advies van een arts in te winnen. Bovendien spelen bepaalde persoonskenmerken daarbij - hetzij direct, hetzij via andere verschijnselen - een rol. Van ouderen, vrouwen en sociaal economisch zwakkeren is bekend, dat zij hun arts in overigens vergelijkbare omstandigheden vaker raadplegen dan jongeren, mannen en mensen uit hogere milieus.

Wij hebben nogal wat woorden gewijd aan de operationalisering van de objectieve noodzaak voor medische consumptie (paragraaf 3.1. en paragraaf 4.2.3.). Daarbij zijn criteria opgesomd, waarmee men aandoeningen kan indelen naar de hoeveelheid consumptienoodzaak, die die aandoeningen vermoedelijk impliceren. Op grond daarvan hebben wij uiteindelijk besloten, om respondenten in het onderzoek te betrekken, waarvan bekend is dat zij

diabeet of psoriasispatiënt zijn of dat zij een hartinfarct hebben gehad. De overwegingen daarbij laten zich in twee punten samenvatten.

In de eerste plaats gaat het om objectief vaststelbare, duidelijk te diagnostiseren en relatief vaak voorkomende ziekten. (In paragraaf 4.2.1. plaatsten wij hierbij ten aanzien van het hartinfarct een kanttekening). Alle drie de aandoeningen kunnen aanleiding geven tot objectieve consumptienoodzaak.

In de tweede plaats verschillen zij echter onderling in consumptienoodzaak en wel op grond van de volgende criteria (schema 5.1.).

Schema 5.1. Volgorde van de mate waarin bepaalde criteria op de aandoeningen van toepassing worden geacht 1)

criteria (zie paragraaf 3.2.)	HI	S	P
urgentiegraad: levensbedreiging, pijn, belemmering	1	2	3
baat bij medische behandeling (afgezien van voorgeschreven controle-consulten)	1	2	3

- 1) 1 = het meest van toepassing
2 = tussenpositie
3 = het minst van toepassing

Deze indeling - gebaseerd op hetgeen daarvoor in de literatuur wordt vermeld - ligt ten grondslag aan ons uitgangspunt, dat de consumptienoodzaak van hartinfarctpatiënten doorgaans, en afgezien van voorgeschreven controle-consulten, groter is dan die van de andere twee categorieën; en dat de consumptienoodzaak van diabetici groter is dan die van psoriasispatiënten. Dit uitgangspunt doet uiteraard onvoldoende recht aan mogelijke variaties binnen elk van de drie patiëntencategorieën. Bij de selectie van patiënt-respondenten moest daarmee rekening worden gehouden.

Het besluit om chronische patiënten in het onderzoek te betrekken deed de vraag rijzen, in welke mate hierdoor de oorspronkelijke probleemstelling behouden kon blijven. Hebben chronisch patiënten niet een wezenlijk andere consumptiegeïgheid dan ge-

zonde mensen? Betekent medische consumptie voor hen niet iets geheel anders dan voor anderen? En tenslotte: hebben lekenadviseurs van chronische patiënten niet essentieel andere verwachtingen dan lekenadviseurs van gezonden?

Paragraaf 3.2. belichtte deze vragen tegen de achtergrond van enkele theorieën over patiëntenrolgedrag. Voor zover daaruit duidelijke conclusies konden worden getrokken, gaven deze geen aanleiding de oorspronkelijke probleemstelling te herzien. Zij gaven wel aanleiding, om bij de uiteindelijke selectie van respondenten in het bijzonder rekening te houden met een drietal aandachtspunten.

Hoofdstuk 4 ging daarop als volgt in.

1. De respondenten zijn al langere tijd hartinfarct-, resp. suiker- of psoriasispatiënt; dit heeft hen "de kans gegeven" om de patiëntenrol te vervangen door de rol van gehandicapte of chronisch zieke.
2. De invloed van genoemde persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en sociaal economische status) werd zoveel mogelijk geëlimineerd of kan als variabele in de analyse worden betrokken.
3. Bij de selectie van patiënt-respondenten moest - zoals gezegd - rekening worden gehouden met mogelijke variaties binnen de patiëntencategorieën. Om zoveel mogelijk te voorkomen, dat er bij bepaalde patiënten géén consumptienoodzaak zou bestaan, kozen wij binnen elke groep de meest ernstige patiënten voor nader onderzoek.

Bovendien besteedde hoofdstuk 4 aandacht aan de gevolgde methode voor de opsporing van patiënten, nl. via zelfrapportage van a-select gekozen personen over hun (eventuele) aandoeningen. Het hoofdstuk eindigde met de operationalisering van het "lekennetwerk" en van het "professionele systeem". In het onderzoek zijn naast driemaal 25 patiënt-respondenten ook 111 lekenadviseurs en 58 artsen betrokken.

DEEL II

DE GENEIGDHEID TOT HET

GEBRUIK VAN

MEDISCHE VOORZIENINGEN

Hoofdstuk 6. Consumptiegeneigdheid nader bezien

6.1. Inleiding

In het vorige deel werd in nogal algemene termen over consumptiegeneigdheid gesproken. Daarbij werd uitgegaan van de definitie, die Cassee (Cassee, 1973, p. 46) van dit begrip gaf, nl.: "Konsumptiegeneigdheid is het complex van houdingen dat het individu in meerdere of mindere mate voorbeschikt tot medische consumptie".

Met deze definitie zien wij ons nu voor een tweeledige opgave gesteld. In de eerste plaats moeten wij consumptiegeneigdheid als "complex van houdingen" operationaliseren en het daartoe in een aantal onderzoekbare componenten ontleden. In de tweede plaats moeten wij dan de predictieve waarde van (de op deze wijze geoperationaliseerde) consumptiegeneigdheid onderzoeken, om iets te kunnen zeggen over de "mate waarin deze het individu voorbeschikt tot medische consumptie". Bij het vervullen van deze opgave zullen wij het begrip plaatsen tegen de achtergrond van sociaal psychologische theorieën over attitudes en gedragsintenties.

Over het attitudebegrip bestaat echter geen eensgezindheid: "it is characterized by an embarrassing degree of ambiguity and confusion" (Fishbein en Ajzen, 1975, p. 1). De theorieën erover staan in de afgelopen jaren weer sterk in de belangstelling, omdat traditionele opvattingen over attitudes en over de relatie tussen attitudes en gedrag kritiek hebben ondervonden. Deze kritiek komt deels overeen met de kritische kanttekeningen van Rosenstock (1974) bij de "Health-Belief-Model"-benadering (zie hoofdstuk 2).

De uitgangspunten in onze studie zijn voornamelijk gebaseerd op het werk van Fishbein (1967, Fishbein en Ajzen, 1975). Daarin wordt niet alleen aandacht besteed aan theoretische achtergronden van het attitudebegrip, maar tevens aan de mogelijkheden voor attitudemeting.

6.2. Het attitudebegrip

De theorie van Fishbein gaat ervan uit dat attitudes ("attitudes"), opvattingen ("beliefs") en gedragsintenties

("behavioral intentions") het gedrag afzonderlijk beïnvloeden. Opvattingen ten aanzien van het attitude-object ontstaan door ervaringen met dat object en met gedrag zelf. Attituden zijn evaluaties van bepaalde opvattingen, maar kunnen het gedrag los daarvan beïnvloeden. Iemand kan bijvoorbeeld vinden (opvatting), dat gastarbeiders ijverig zijn. Ondanks dat is het mogelijk, dat hij gastarbeiders over het algemeen niet waardeert (attitude) en hen daardoor afstandelijk tegemoet treedt. In gedragsintenties, tenslotte, worden volgens Fishbein normen weerspiegeld, die het individu in kwestie er ten aanzien van zijn eigen wenselijk gedrag op nahoudt, en die mensen in de omgeving van dat individu daarover uiten. Zij hebben met attitudes weinig te maken, worden er hooguit mede door gevormd, maar zij beïnvloeden het gedrag direct. Om bij het voorbeeld te blijven: de betroukkene pleegt tegenover gastarbeiders wel beleefd te zijn.

Hierbij aansluitend kunnen wij consumptiegeïnteresse opvatten als geheel van opvattingen, attituden en gedragsintenties dat met medische consumptie te maken heeft. Daardoor valt het concept uiteen in een aantal componenten, waarvoor per component de relatie met medische consumptie moet worden nagegaan. Wij komen hiermee op een belangrijk kritiekpunt ten aanzien van traditionele attitude-theorieën.

Volgens die kritiek wordt de relatie tussen attitude en gedrag veelal te nauw verondersteld (Ehrlich, 1969). Een attitude is niet meer dan een predispositie. Het gedrag wordt daarnaast ook door andere factoren beïnvloed, die de rol van de attitude eventueel kunnen neutraliseren. Daardoor kan het gedrag wel eens een ander zijn, dan men op grond van de attitude ten aanzien van het gedrag (subject) zou verwachten. Bovendien is er sprake van een wisselwerking tussen attitude en gedrag: bepaald gedrag kan verandering van attituden tot gevolg hebben.

Voor onderzoek naar determinanten van medische consumptie betekent dit uiteraard niets nieuws. Andere factoren, met name de aandoening of klacht in kwestie (consumptienoodzaak) en bepaalde persoonskenmerken, spelen bij het onderzoek zelfs een grotere rol als gedragsvoorspellers, dan de opvattingen en attituden die met medische consumptie te maken hebben. De interpretatieverruiming van het ziektebegrip en daarmee van de nood-

zaak medische hulp in te roepen, heeft er echter toe geleid, dat geneigheidscomponenten een relatief grotere rol zijn gaan spelen bij medische consumptie (Lamberts, 1974/1975, Van der Velden, 1976, Huygen, 1978). Juist daarom richt ons onderzoek zich immers op consumptiegeneigdheid. De vraag naar de predictiewaarde van consumptiegeneigdheid als voorspeller van medische consumptie komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Wij gaan nu over tot het operationaliseren van het begrip consumptiegeneigdheid. In ons onderzoek hebben wij geprobeerd bij de opvattingen en aanbevelingen van Fishbein en Ajzen en bij de door Wilke en Kok (1978) opgesomde suggesties omtrent het operationaliseren van opvattingen, attituden en gedragsintenties aan te sluiten.

Tegelijk zij er echter op gewezen, dat wij ook niet meer dan dat hebben geprobeerd. Wij willen met name geen veronderstellingen formuleren omtrent de onderlinge relaties tussen te onderscheiden componenten van consumptiegeneigdheid. Fishbein en Ajzen spreken zich wel uit over relaties tussen opvattingen, attituden, gedragsintenties en gedrag, die zij in causale modellen samenvatten. Wij zijn echter van mening dat het niet mogelijk is om componenten van consumptiegeneigdheid zodanig te operationaliseren, dat zij niets meer en niets minder indiceren, dan specifieke opvattingen, attituden of gedragsintenties. Vooral op het terrein van iemands gezondheid zijn deze componenten onderling zo nauw verweven, dat zij al moeilijk onafhankelijk van elkaar te onderzoeken zijn (Bergsma, 1977). Voor veronderstellingen omtrent de precieze aard van de samenhang ertussen ontbreekt naar onze mening elke grond. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de verschillende replicaties van Suchman's onderzoek (Geertsen e.a., 1975, Ben-Sira, 1977, Farge, 1978). Daarin komt naar voren, dat de door Suchman veronderstelde samenhang tussen gedragsvoorspellers onderling niet altijd kon worden aangetoond, maar dat de variabelen tezamen de medische consumptie wel redelijk voorspelden.

6.3. Operationalisering van consumptiegeneigdheid

6.3.1. Inleiding

Wij vatten consumptiegeneigdheid nu dus op als het geheel van opvattingen, attitudes en gedragsintenties dat met medische consumptie te maken heeft. Deze definitie verwijst naar een object ten aanzien waarvan men bepaalde opvattingen, attitudes en gedragsintenties heeft. Daarbij is het begrip "medische consumptie" als object nogal ruim van inhoud en tenminste voor de respondent te abstract, om bij hem een zinnige voorstelling op te roepen.

In onze probleemstelling gaat het om de mate waarin iemand geneigd is, om hulp van professionele werkers in te roepen voor bepaalde gepercipieerde ziekteverschijnselen. Daaruit valt af te leiden, dat wij bij consumptiegeneigdheid met twee objecten te maken hebben, nl. met

1. het professionele systeem, orwel: de medische zorg en met
2. ziekteverschijnselen waarvoor men professionele hulp zou inroepen, ofwel: de wijze waarop de betrokkene zijn of haar ziekte beleeft.

Welke verschijnselen worden in ons onderzoek opgevat als attitudeobjecten? Als een van de bezwaren van attitudemeting wordt veelal naar voren gebracht, dat de onderzochte personen op het moment van onderzoek onvoldoende eigen ervaring met het attitudeobject hebben (Regan en Fazio, 1977) of dat de attitudes op dat moment nog onvolledig gevormd zijn (Ehrlich, 1969). Om aan dit bezwaar zoveel mogelijk tegemoet te komen hebben wij, zoals eerder opgemerkt, het onderzoek op personen gericht, die al langere tijd bepaalde aandoeningen hebben. Men mag aannemen, dat deze mensen (1) in verband met de medische zorg al enige ervaring hebben opgedaan, doordat zij ten minste een tijd lang regelmatig een of meer artsen raadpleegden en (2) met het onder- vinden van ziekteverschijnselen min of meer vertrouwd zijn, doordat zij een chronische aandoening hebben. Wij zullen de attitudes dan ook operationaliseren in termen van de "eigen arts" en de "eigen aandoening".

Onze onderzoeksopzet impliceert daardoor echter tegelijk, dat moet worden nagegaan - voorzover binnen het beschikbare materiaal mogelijk - in welke mate de aard van de chronische aandoening de opvattingen en attitudes ten aanzien van de medische zorg en ten aanzien van ziekte beïnvloedt of zelfs bepaalt. Zoals hierna zal blijken, werd de consumptiegeneigdheid geïndiceerd door middel van vijf afzonderlijke schaalwaarden. Nu is het niet uitgesloten, dat bijvoorbeeld bepaalde deelopvattingen over de medische zorg alleen bij hartinfarctpatiënten samenhangen met bepaalde andere deelopvattingen erover, terwijl dat bij diabetici of psoriasispatiënten niet het geval is. Daarbij kan de ervaring van de patiënten met bepaalde vormen van zorg een rol spelen. Bij de operationalisering van componenten van consumptiegeneigdheid werd hiermee zoveel mogelijk rekening gehouden.

In aansluiting op de opvattingen van Fishbein en Ajzen (1975) werd het heterogene begrip consumptiegeneigdheid uiteengelegd in componenten en als volgt geoperationaliseerd:

1. opvattingen over de medische zorg
2. attitudes ten aanzien van de eigen arts (als de belangrijkste representant van professionele gezondheidswerkers)
3. opvattingen over ziekte
4. attitudes ten aanzien van de eigen aandoening, kortweg ziektebeleving genoemd
5. gedragsintenties met betrekking tot het raadplegen van de eigen arts (zie opmerking bij 2.).

Gezien het algemene, weinig specifieke karakter van het begrip consumptiegeneigdheid, gaat het ons om vrij globale opvattingen, attitudes en gedragsintenties, niet om dimensies daarbinnen. Daarbij hebben - zoals hieronder zal blijken - de opvattingen (1 en 3) betrekking op de medische zorg en op ziekte in het algemeen. De evaluatieve componenten (2 en 4) sluiten eerder aan bij persoonlijke ervaringen van de respondenten.

6.3.2. Opvattingen over de medische zorg

In navolging van Cassee werd de respondenten een aantal uitspraken voorgelegd, waarop zij konden reageren met antwoord-

den variërend van "dat is beslist zo" tot "dat is beslist niet zo" in zes categorieën, d.w.z. zonder een "neutrale" antwoordmogelijkheid. Bij de uitspraken ging het over opvattingen over ziekte en over gedrag of adviezen van artsen (bijlage 2). De proefenquêtees en de audiovisuele test van de vragenlijst (zie hoofdstuk 4.6) gaven aanleiding, de oorspronkelijke formulering van enkele uitspraken te wijzigen en bepaalde uitspraken door andere te vervangen. Van een vergelijking met de resultaten van Cassee is daarom afgezien, mede omdat deze noch de onze betrekking hebben op een voor Nederland representatieve steekproef.

In welke mate worden de opvattingen over genoemde zaken nu beïnvloedt of zelfs bepaald door het feit, dat iemand een hartinfarct gehad heeft, diabeet of psoriasispatiënt is?

Om hierin inzicht te krijgen zou men de deelopvattingen per patiëntencategorie aan een factoranalyse willen onderwerpen en de drie factorstructuren willen vergelijken. Duidelijke verschillen daartussen zouden dan op een invloed van de aandoening op de opvattingen kunnen wijzen. Deze werkwijze kan echter bij een relatief groot aantal items en een klein aantal waarnemingen beter niet worden gevolgd. Aangezien onze patiëntencategorieën slechts 25 respondenten bevatten, hebben wij een andere oplossing toegepast.

Wij indiceren het wel of niet hebben van een hartaandoening, van diabetes of psoriasis met behulp van drie dummyvariabelen. Vervolgens werd met de 20¹⁾ opvattingen over medische zorg en over ziekte driemaal een factoranalyse uitgevoerd, waarbij telkens een "aandoeningsdummy" als variabele werd meegenomen. Dit geschiedde in de veronderstelling, dat een duidelijke invloed van een aandoening op de opvattingen in de factorstructuur tot uitdrukking zou komen, doordat de dummyvariabele tezamen met een of meer opvattingen één factor zou vormen, Als de dummy daarentegen één afzonderlijke factor zou vormen, zonder dat een of meer opvattingen op deze factor een hoge lading krijgen, dan is de inhoud van de opvattingen waarschijnlijk relatief onafhankelijk van de drie aandoeningen.

Daarnaast gaf deze werkwijze toch de mogelijkheid, om de drie factoranalyses onderling te vergelijken. Ook bij deze ver-

gelijking zou immers enig inzicht verkregen kunnen worden in de rol die de aandoening speelt bij de verschillende opvattingen van de patiënten. Bij de interpretatie van de drie factoranalyses stonden derhalve de volgende twee vragen voorop:

1. op welke factor heeft de "aandoeningsdummy" een hoge lading?
2. kunnen de factorstructuren van de drie analyses op vergelijkbare wijze geïnterpreteerd worden?

Wij vatten de resultaten als volgt samen (zie ook bijlage 2).

In twee van de drie gevallen vormde de "aandoeningsvariabele" (dummy) één afzonderlijke factor: geen enkele deelopvatting verkreeg op deze factor een hoge lading. In het derde geval had het item "het gebed is het beste geneesmiddel dat denkbaar is" tezamen met de dummy betreffende het hartinfarct een hoge lading op een factor. De factorstructuur verschilde verder echter niet wezenlijk van de andere twee, zodat ons inziens de volgende conclusie getrokken mag worden. De factorstructuur binnen de 75 waarnemingen wordt niet veroorzaakt door een clustering binnen bepaalde patiëntengroepen, ofwel: de opvattingen zijn als relatief onafhankelijk van bepaalde aandoeningen te beschouwen.

Wij gaan nu op de inhoud van deze opvattingen in en beginnen met opvattingen over medische zorg. De opvattingen over ziekte komen in de volgende paragraaf verder aan de orde.

De vragenbatterij bevat zes items die betrekking hebben op gedragingen van artsen tegenover te behandelen patiënten. Tabel 6.1. geeft weer hoeveel respondenten op deze uitspraken reageerden met "dat is (beslist) zo". Tezamen geven de antwoorden een globaal inzicht in de mate van vertrouwen, dat men in de medische zorg heeft.

Wij gingen na of deze uitspraken gezamenlijk deze dimensie inderdaad weerspiegelen. Met uitzondering van de uitspraak "artsen weten ook niet altijd wat goed voor je is" zijn de items volgens de Likert-methode (Fishbein en Ajzen, 1975, p. 72) schaalbaar²⁾. De schaal loopt van "veel vertrouwen" (lage score) naar "weinig vertrouwen" (hoge score) in de medische zorg.

Tabel 6.1. Mate van instemming met opvattingen over gedragingen van artsen tegenover te behandelen patiënten naar patiëntencategorie (aantal antwoorden "dat is (beslist) zo")

	H (N=25)	S (N=25)	P (N=25)
1. Doktoren beloven meer dan ze feitelijk kunnen doen	3	2	1
2. Artsen schrijven te gemakkelijk allerlei medicijnen voor	7	12	8
3. Je krijgt lang niet altijd het juiste advies van de dokter	5	4	4
4. Tegenwoordig kunnen artsen de meeste ziekten wel genezen	8	8	7
5. Artsen weten ook niet altijd wat goed voor je is	10	15	7
6. Als je maar precies doet wat de dokter je zegt, maak je de beste kans om beter te worden	15	10	6

6.3.3. Attituden ten aanzien van de eigen arts

Zoals in hoofdstuk 4 uiteengezet, wordt door 44 patiënt-respondenten een specialist en door 30 patiënt-respondenten de huisarts als de "eigen arts" beschouwd. Om de attituden ten aanzien van de eigen arts te operationaliseren, is in de eerste plaats gevraagd in welke mate men tevreden is met de aandoening in kwestie. Tabel 6.2. geeft de mate van tevredenheid van de drie patiëntengroepen weer.

Tabel 6.2. Tevredenheid met de eigen arts naar patiëntencategorie (eenweg variantie analyse)

	hart- patiënten	suiker- patiënten	psoriasis- ¹⁾ patiënten	totaal
buitengewoon tevreden (1)	10	8	4	22
zeer tevreden (2)	9	6	7	22
tevreden (3)	5	6	9	20
tamelijk tevreden (4)	1	2	1	4
niet zo tevreden (5)	-	3	3	6
gemiddeld	1.88	2.67	2.44	2.29

F = 2.98

N.S.

1) één respondent heeft geen arts genoemd

De verschillen tussen de patiëntencategorieën zijn niet significant. Er is wel een aanwijzing voor het feit, dat hartinfarctpatiënten iets positiever tegenover hun arts staan, dan de andere twee categorieën. Dit is begrijpelijk als men bedenkt, dat vele hartinfarctpatiënten het ingrijpen van artsen naar aanleiding van het infarct waarschijnlijk als levensredding ervaren hebben.

Bij de beoordeling van dit soort tevredenheidvragen moet men wel bedenken, dat daarmee niet alleen eigenschappen van het object - in dit geval van de arts - maar ook eigenschappen van het subject - de respondent - geregistreerd worden (Pommer en Van Praag, 1978). In de antwoorden komt, met andere woorden, een belangrijk deel van iemands persoonlijkheid tot uitdrukking. Daarom is de attitude ten aanzien van de eigen arts ook nog op andere wijze gemeten.

De respondenten konden op een aantal uitspraken over eventueel bij hun arts aanwezige eigenschappen reageren met "dat is beslist zo" aan de ene kant tot "dat is beslist niet zo" aan de andere kant (zespunts-schaal). De uitspraken zijn voor het merendeel letterlijk overgenomen van Cassee (1973), maar wij wilden niet zoals hij het feitelijk gedrag van de arts, maar het door de respondent gepercipieerde en geëvalueerde gedrag meten. In tabel 6.3. zijn de uitspraken en resultaten weergegeven.

In welke mate wordt nu de samenhang tussen deze antwoorden, het gehele antwoordpatroon, door de aard van de aandoening bepaald? Voor de beantwoording van deze vraag zijn wij op dezelfde wijze tewerk gegaan als bij de operationalisering van opvattingen over medische zorg. Korthedshalve wordt hiervoor verwezen naar de vorige paragraaf (6.3.2.).

Drie factoranalyses van de items met telkens een aandoening als dummy erbij betrokken, rechtvaardigen de conclusie, dat de aard van de attitude ten aanzien van de eigen arts niet afhankelijk is van het feit, of iemand hartpatiënt, diabeet of psoriasispatiënt is (zie bijlage 3). De drie factorstructuren zijn goed vergelijkbaar. Daarbij vormt de dummy-variabele telkens een aparte factor, zonder dat andere items daarop een hoge lading krijgen. De factorstructuur wordt dus niet veroor-

Tabel 6.3. Mate van instemming met uitspraken betreffende de eigen arts naar patiëntencategorie (aantal antwoorden "dat is (beslist)zo")

	H	S	P
	(N=25)	(N=25)	(N=24) ¹⁾
Mijn (huis)arts			
1. is nogal onzeker in zijn optreden	0	1	3
2. staat erop, dat je precies doet wat hij zegt	15	15	11
3. vertelt me precies hoe ernstig het is	17	13	12
4. stelt je op je gemak als je met hem praat	18	18	19
5. is nogal zakelijk	12	6	4
6. schrijft je nauwkeurig voor wat je moet doen	18	16	20
7. praat met me over andere dingen dan over mijn ziekte alleen	7	9	10
8. legt me uit waarom hij iets op een bepaalde manier doet	15	9	12
9. behandelt me als nummer	0	2	0
10. praat met medische problemen	7	9	10
11. heeft weinig tijd voor me als ik hem raadpleeg	1	4	0
12. is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren	16	18	17

1) Een respondent heeft geen (huis)arts

zaakt door clusteringen binnen een of meer patiëntencategorieën.

Voor de uiteindelijke operationalisering van de attitude ten aanzien van de eigen arts werden alle items tezamen op schaalbaarheid getoetst. De uitspraken "mijn arts staat erop, dat je precies doet wat hij zegt" en "... schrijft nauwkeurig voor ..." vormen een aparte dimensie, die niet significant samenhangt met een positieve c.q. negatieve attitude ten aanzien van de arts. Het eerste item bereikt evenmin een bevredigend significantieniveau, reden waarom wij ook dit op dit punt buiten beschouwing lieten. Wij komen daarop in hoofdstuk 13 nog terug. De definitieve schaal bevat dus negen items en loopt van een positieve naar een negatieve attitude ten aanzien van de eigen arts (Hoyt-coëfficiënt: .81).

6.3.4. Opvattingen over ziekte

In paragraaf 6.3.2. werd al vermeld, dat de respondenten hun opvattingen over ziekte kenbaar konden maken door op bepaalde uitspraken dienaangaande te reageren met "dat is beslist zo" of "dat is beslist niet zo" (zespuntsschaal). Voorts werd in die paragraaf ingegaan op de eventuele invloed van de aandoening op het antwoordpatroon ten aanzien van opvattingen over de medische zorg en over ziekte tezamen. Van een dergelijke invloed was nauwelijks sprake. Wij gaan in deze paragraaf verder in op de inhoud van de opvattingen over ziekte.

Tabel 6.4. geeft weer, in welke mate de drie patiënten-categorieën instemmen met genoemde uitspraken.

Tabel 6.4. Mate van instemming met bepaalde opvattingen over ziekte naar patiëntencategorie (aantal antwoorden "dat is (beslist)zo")

	H (N=25)	S (N=25)	P (N=25)
1. Bijna elke ziekte heeft een psychische achtergrond	10	7	5
2. De diepere oorzaak van veel ziekten zit in de manier van leven	9	6	5
3. Ziekte ontstaat in de meeste gevallen door spanningen	10	8	5
4. De natuur geneest zichzelf	9	6	5
5. Honing is een geneesmiddel voor vele kwalen	7	3	6
6. Je kunt beter te weinig geneesmiddelen innemen dan teveel	20	19	19
7. Verstandig leven voorkomt veel ziekten	18	15	14
8. Het beste geneesmiddel is een rein en opgewekt leven	17	13	7
9. In ziekte openbaart zich de strijd tussen goed en kwaad in de mens	3	3	3
10. Veel ziekten zijn een gevolg van een losbandig leven	2	1	2
11. Veel ziekten ontstaan omdat de mens te ver van de natuur afleeft	6	9	5
12. Je kunt weinig doen aan je eigen gezondheidstoestand	6	4	3
13. Het gebed is het beste geneesmiddel dat denkbaar is	5	9	6
14. Ziekte is een straf op de zonde	1	2	1

De uitspraken weerspiegelen over het algemeen vanuit medisch oogpunt nogal onprofessionele opvattingen over ziekte en genezing. Sommigen ervan zijn moralistisch-religieus van aard (2, 7, 8, 9, 10, 13 en 14), in anderen komt een affiniteit met natuurgeneeswijzen tot uitdrukking (4, 5 en 11) en in de overigen een zekere afkeer van strikt medische benaderingswijzen (1, 3, 6 en 12). Wij hebben onderzocht of deze items tezamen tot één schaal verwerkt konden worden, die deze weinig professionele ziekteopvattingen zou kunnen indiceren. De correlaties tussen de antwoorden op de items 6, 12 en 14 en de schaalwaarde bereikten niet het vereiste significantieniveau. De uitspraken 6 en 12 wijzen inderdaad minder op onprofessionele opvattingen dan de overigen; zij zijn eerder rationeel van aard en berusten wellicht op "common-sense"-inzichten. De opvatting dat ziekte een straf op de zonde is, is mogelijk te uitgesproken - zij wordt dan ook door weinig mensen gedeeld - om met de schaalwaarde samen te hangen. De overige elf items vormen een schaal, die loopt van "onprofessionele" naar "professionele" ziekteopvattingen (Hoyt-coëfficiënt: .77).

6.3.5. Attituden ten aanzien van de ziekte

In de literatuur wordt aan deze component van de geneigdheid tot medische consumptie veel aandacht besteed. Hij neemt bijvoorbeeld in de benaderingen, die op zoek naar determinanten van preventief - en ziektegedrag het "Health Belief Model" hanteren een centrale plaats in. Daarbij wordt hij geoperationaliseerd in termen van de dreiging die van de ziekte(n) uitgaat, nl. *de gepercipieerde vatbaarheid en angst voor de ziekte(n)* en van de gepercipieerde ernst van de aandoening(en) (Becker, 1977).

Hoofdstuk 3, paragraaf 3.1.2. besteedde hieraan uitgebreid aandacht. Daarin werd uiteengezet, waarom wij de attitude ten aanzien van de eigen ziekte zoveel mogelijk onafhankelijk van de "objectieve gezondheidstoestand" operationaliseren. Het gaat hier om de subjectieve ziektebeleving.

Wij hebben deze geneigdhedskomponent niet uitsluitend met behulp van een voorgestructureerde vragenlijst willen meten,

maar ook getracht te achterhalen, op welke wijze elke respondent zijn of haar aandoening persoonlijk ervaart (Emans, 1978, p. 127, De Graaf, 1980). De vragenlijst bevatte daarom een groot aantal open vragen, waarop de ondervraagde vrij vertellend kon reageren. Aan het einde van elk gesprek werd tenslotte gevraagd, of bepaalde zaken ten onrechte niet aan de orde waren geweest, die volgens de respondent bij een onderzoek naar het leven met een bepaalde aandoening toch belangrijk zijn.

Mede met behulp van deze kwalitatieve gegevens is op subjectieve wijze door de onderzoeker per respondent een waarde voor subjectieve ziektebeleving toegekend en wel op de volgende manier (zie ook bijlage 4). Voor iedere respondent, en dus per patiëntencategorie afzonderlijk is nagegaan³⁾

1. Het aantal leefregels dat men van de dokter gekregen heeft, bijvoorbeeld of men een bepaald dieet moet volgen.
2. De hinder, die men van de aandoening ondervindt in termen van lichamelijke verschijnselen, zoals pijn.
3. De belemmering bij dagelijkse bezigheden door de aandoening, bijvoorbeeld bij huishoudelijk werk, op feestjes.
4. Het oordeel van de arts⁴⁾ over de ernst van de aandoening.
5. Het oordeel van de enquêtrice over de mate waarin het aan de ondervraagde persoon te merken of te zien was, dat hij of zij een hartinfarct heeft gehad, dan wel diabeet of psoriasis-patiënt is.

Deze meer "objectieve" gegevens over de aandoening en de gevolgen ervan voor de patiënt, werden door de onderzoekster per geval afgewogen tegen de wijze waarop de respondent reageert (op de open vragen): In welke mate houdt de aandoening hem bezig? Praat hij er in moedeloze dan wel in opgewekte bewoordingen over? Besteedt hij relatief veel of weinig aandacht aan de gevolgen van zijn aandoening?

Deze werkwijze resulteerde in een waardetoekenning per respondent voor zijn of haar subjectieve ziektebeleving van relatief goed (1) tot relatief slecht (5) met de volgende verdeling per patiëntencategorie (tabel 6.5.).

Tabel 6.5. Ziektebeleving, kwalitatief bepaald, per patiëntencategorie
(absolute aantallen)

		hart- patiënten	suiker- patiënten	psoriasis- patiënten	allen
relatief	(1)	2	3	1	6
goed	(2)	5	10	7	22
	(3)	9	7	11	27
relatief	(4)	7	3	6	16
slecht	(5)	2	2	-	4
		25	25	25	75

Deze kwalitatieve en uiteraard subjectief bepaalde maat werd aangevuld met gegevens, die een objectiever karakter hebben. Aan de hand van de antwoorden op enkele gesloten vragen over ziektebeleving berekenden wij per patiëntencategorie en voor alle respondenten tezamen een aantal intercorrelaties (Spearman's rho). Op grond van de verschillende correlatiepatronen is besloten naast de kwalitatieve beoordeling van ziektebeleving ook de volgende vijf variabelen bij de operationalisering te gebruiken.

- mate waarin men zich zorgen maakt over de aandoening
- mate waarin het leven anders is dan dat van anderen door de aandoening
- mate waarin men geleerd heeft met de aandoening te leven
- mate waarin men zich ziek of gezond acht met de aandoening
- frequentie waarmee men meer last krijgt van de aandoening ten gevolge van spanningen (zie bijlage 4).

Alle zes variabelen werden tezamen via de Likert-methode tot een schaal verwerkt (Hoyt-coëfficiënt: .74), die loopt van een relatief slechte (lage score) naar een relatief goede (hoge score) ziektebeleving.

6.3.6. Gedragsintenties met betrekking tot medische consumptie

Bij de operationalisering van gedragsintenties is ernaar gestreefd, om de te meten intentie zo nauw mogelijk te laten aansluiten bij het gedrag, in dit geval bij het raadplegen van de dokter. Wij proberen hiermee bij ideeën van o.m. Liska

(1974) aan te sluiten, die adviseert, om gedrag en intentie zoveel mogelijk op hetzelfde niveau te meten.

Hiervoor werd een vragenbatterij ontworpen⁵⁾ met verschillende concreet omschreven situaties waarin zich lichamelijke verschijnselen voordoen (vergelijke Kok, 1979, p. 39). Voor elke situatie werd een tijdstip aangegeven ("u hebt sinds één week ...", "u hebt al drie dagen ...") en de vraag gesteld, wat men op dat moment zou doen. De vijf antwoordmogelijkheden bestonden uit - eveneens zeer concreet omschreven - ordinaal gerangschikte gedragsalternatieven, variërend van "de dokter zo snel mogelijk opbellen en om raad vragen" tot "er geen aandacht aan besteden". (Tabel 6.6. geeft de resultaten naar patiëntencategorie weer.)

Het is niet onwaarschijnlijk, dat zich juist hier verschillen tussen patiëntencategorieën voordoen. Om dit na te gaan is daarom per item een uitgebreide mediaantoets uitgevoerd. Het bleek, dat er slechts in één van de veertien situaties door de patiëntencategorieën verschillend gehandeld zou worden (item 11, zie tabel 6.6.). Het significantieniveau bedroeg $p \leq .05$. Het item werd in de verdere analyse gehandhaafd. Wij hoopten één dimensie te vinden die omschreven kan worden als een "sterke tegenover een geringe intentie" om in deze situaties de arts te raadplegen. Om hierin inzicht te krijgen bestudeerden wij de ongeroteerde factorstructuur (zie bijlage 5). De eerste factor bond 27,6 % variantie. Op deze factor laden alle items .48 of hoger. Wij besloten op grond van deze resultaten de gedragsintentie te indiceren door de somscore van de antwoorden (Hoyt-coëfficiënt: .79). Een lage score op deze schaal geeft een sterke gedragsintentie aan, een hoge score een geringe gedragsintentie.

Tabel 6.6. Gedragsintentie naar patiëntencategorie

	hartpatiënten					suikerpatiënten					psoriasispatiënten					totaal				
	A	B	C	D	E ¹⁾	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
1.	4	14	1	6	0	4	10	1	9	1	3	14	1	5	2	11	38	3	20	3
2.	6	3	1	15	0	5	2	2	14	2	0	9	4	9	3	11	14	7	38	5
3.	15	4	0	6	0	9	10	0	6	0	11	9	0	4	1	35	23	0	16	1
4.	11	1	0	13	0	5	4	1	13	2	10	5	0	8	2	26	10	1	34	4
5.	2	9	0	9	5	3	6	0	5	11	1	5	0	13	6	6	20	0	27	22
6.	6	3	1	12	3	5	0	6	12	2	5	2	5	8	5	16	5	12	32	10
7.	5	8	0	10	2	6	5	1	9	4	2	15	0	7	1	13	28	1	26	7
8.	5	4	4	10	2	2	6	2	8	7	0	6	9	6	4	7	16	15	24	13
9.	2	10	5	6	2	1	8	8	5	3	1	7	9	7	1	4	25	22	18	6
10.	1	17	1	6	0	3	12	3	6	1	0	12	1	7	5	4	41	5	19	6
11.	15	5	1	3	1	5	7	1	12	0	5	13	0	6	1	25	25	2	21	2
12.	1	6	0	11	7	4	3	1	15	2	0	6	0	12	7	5	15	1	38	16
13.	3	12	0	8	2	2	9	1	10	3	0	8	2	11	4	5	29	3	29	9
14.	1	3	1	13	7	1	1	1	16	6	0	2	2	14	7	2	6	4	43	20

1) Als je je niet lekker voelt kun je verschillende dingen doen; je kunt

A = de dokter zo snel mogelijk opbellen en om raad vragen

B = de volgende dag naar het spreekuur van de dokter gaan

C = aspirine of ander geneesmiddel gebruiken

D = afwachten of het vanzelf overgaat

E = geen aandacht aan besteden

Uitspraken behorende bij tabel 6.6.: gedragsintentie

1. U hebt sinds een week jeukende uitslag
2. U hebt een middag lang sterke pijn in de buik
3. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting
4. U hebt ineens last van hartkloppingen
5. U hebt sinds een week gebrek aan eetlust
6. U hebt op een ochtend 38° koorts
7. U hebt vier dagen aaneen sterke dorst
8. U bent al drie dagen verkouden en u hebt keelpijn
9. U hebt een dag of vier lang hoofdpijn
10. U hebt op een ochtend eczeem op de armen
11. U hebt op een dag ineens last van kortademigheid en benauwdheid
12. U moet sinds drie dagen vaker plassen dan u normaal acht
13. U voelt zich al een week of twee niet echt fit
14. U voelt een dag of twee pijn in de rug

6.4. Consumptiegeneigdheid in dit onderzoek

Wij hebben vijf variabelen geconstrueerd, die tezamen het heterogene begrip consumptiegeneigdheid moeten indiceren. Bij de operationalisering is telkens nagegaan, of de afzonderlijke variabelen (= geneigheidscomponenten) door de aard van de aandoening van de hier ondervraagde personen beïnvloed wordt. Dat was bij geen van de vijf componenten duidelijk het geval. Hiermee kunnen wij voorzichtig concluderen - voorzichtig, omdat slechts drie aandoeningen in het onderzoek betrokken zijn - dat de hier geoperationaliseerde geneigheidscomponenten consumptiegeneigdheid van (chronische) patiënten in het algemeen indiceren. Tabel 6.7. geeft een overzicht van hun onderlinge samenhang.

De correlatie tussen opvattingen over medische zorg en de attitude ten aanzien van de eigen arts ligt in de lijn der verwachting. De ontbrekende samenhang tussen de opvattingen over ziekte en ziektebeleving valt op. Vanuit theoretisch oogpunt zou men immers kunnen verwachten, dat opvattingen over ziekte in het algemeen samenhangen met attitudes ten aanzien van eigen

ziekte. Hier blijkt dat de eigen ziekte en haar ervaren gevolgen relatief los staan van het feit, of de patiënt over ziekte in het algemeen er meer professionele opvattingen op nahoudt of niet. Opvallend tenslotte is ook het feit, dat een relatief slechte ziektebeleving samenhangt met negatieve attitudes ten aanzien van de arts en daarmee ook met weinig vertrouwen in de medische zorg. Dit is een aanwijzing voor de eerder genoemde afstand tussen patiënt en professioneel systeem.

De correlatiematrix maakt over het algemeen echter duidelijk, dat de onderscheiden geneigheidscomponenten relatief onafhankelijk van elkaar zijn. Dit is een belangrijke uitkomst. Hij steunt ons in het voornemen, af te zien van het construeren van één index voor consumptiegeneigtheid: de onderlinge samenhangen tussen de geneigheidscomponenten bieden daarvoor te weinig houvast.

Tabel 6.7. Samenhangen tussen componenten van consumptiegeneigtheid (rho's)

	1	2	3	4	5
1. Vertrouwen in de medische zorg (veel → weinig vertrouwen)		.40	.02	-.25	.12
2. Attitudes t.a.v. de eigen arts (pos. → neg.)			-.04	-.27	-.05
3. Opvattingen over ziekte (onprofessioneel → professioneel)				-.05	.16
4. Ziektebeleving (slecht → goed)					-.13
5. Gedragsintentie (sterk → gering)					

☐ = significant $p < .05$ (N=75)

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 6

- 1) Dit vragencomplex bevat in feite 23 items. Op grond van een relatief hoge partiële non-respons op drie ervan konden er slechts 20 in de analyse worden betrokken. De overige partiële non-respons werd vervangen door toekenning van gemiddelde scores.
- 2) Daarvoor werden de items 1, 2 en 3 in tegengestelde richting gecodeerd. Item nr. 5 correleerde niet significant met de schaalwaarde. Na verwijdering van dit item bedraagt de Hoyt-coëfficiënt .49, hetgeen voor een schaal van vijf items geen onbevredigend resultaat is. (Guilford, 1954).
- 3) In bijlage 4 is per patiëntencategorie aangegeven, om welke leefregels, lichamelijke verschijnselen etc. het gaat.
- 4) Op grond van de artsenenquête, zie hoofdstuk 4
- 5) Op basis van de door Cassee gebruikte index van de globale geneigdheid tot het reageren op mogelijke ziekteverschijnselen. (Cassee, 1973, p. 56 en 57.)

Hoofdstuk 7. Consumptiegeneigdheid: enkele samenhangen

7.1. Inleiding

Wij hebben nu verschillende componenten van consumptiegeneigdheid onderscheiden en geoperationaliseerd. In dit hoofdstuk worden vier vragen ten aanzien van die componenten gesteld.

1. Bij de operationalisering is aandacht besteed aan de mate waarin de afzonderlijke geneigheidscomponenten bepaald worden door de aard van de aandoening. Daarbij kwamen wij tot de conclusie, dat de patiëntengroepen niet in inhoudelijk opzicht in consumptiegeneigdheid verschillen: hartinfarctpatiënten houden er bijvoorbeeld geen wezenlijk anderssoortige ziekteopvattingen op na dan psoriasispatiënten. Het is echter nog mogelijk, ja zelfs waarschijnlijk, dat de patiëntencategorieën verschillen in intensiteit van consumptiegeneigdheid. Hierover werden in hoofdstuk 3 enkele veronderstellingen geformuleerd, die in paragraaf 7.2. op hun houdbaarheid worden getoetst.

2. In de tweede plaats willen wij weten, in welke mate deze componenten nu ook werkelijk voorspellende waarde hebben ten aanzien van medische consumptie. Op dit vraagstuk wordt in deel IV nog uitgebreid ingegaan. Voorlopig willen wij hier een algemeen inzicht verschaffen in de predictiewaarde van de vijf geneigheidscomponenten (paragraaf 7.3.).

3. Tenslotte stellen wij nog twee vragen, die wat gedetailleerder op de consumptiegeneigdheid ingaan. Wij willen weten in welke mate consumptiegeneigdheid samenhangt met relevant te achten persoonskenmerken, zoals geslacht, leeftijd etc. (paragraaf 7.4.) en

4. op welke wijze kennis van medische zaken alsmede het rapporteren van psycho-somatische klachten met consumptiegeneigdheid verband houdt (paragraaf 7.5.).

7.2. Consumptiegeneigdheid van drie patiëntencategorieën

In hoofdstuk 3 paragraaf 3 werden omtrent de relatie tussen consumptiegeneigdheid en bepaalde kenmerken van (chronische) aandoeningen de volgende veronderstellingen geformuleerd (hypothesen 1.1. en 1.2.).

1. Naarmate de aandoening levensbedreigender is en meer pijn en/of belemmering veroorzaakt, neemt de consumptiegeneigdheid toe. Hartinfarctpatiënten zouden op grond van hun aandoening meer tot medische consumptie geneigd zijn dan diabetici en deze weer meer dan psoriasis-patiënten.
2. Naarmate de aandoening langer duurt en zich geen bijzondere complicaties voordoen, neemt de consumptiegeneigdheid af.

Bij deze veronderstellingen is echter nog geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende componenten van geneigdheid. Wij hebben in dat onderscheid inmiddels wat meer inzicht gekregen (zie hoofdstuk 6 paragraaf 6.4), dat in de volgende paragrafen verder zal worden verdiept.

Deels op de resultaten daarvan vooruitlopend gaan wij ervan uit, dat de consumptiegeneigdheid relatief groot is als

- men vertrouwen heeft in de medische zorg
- men positief tegenover zijn arts staat
- men relatief professionele opvattingen over ziekte in het algemeen heeft
- men zijn ziekte slecht beleeft
- men een sterke gedragsintentie ten aanzien van doktersconsulten bij bepaalde symptomen tot uitdrukking brengt.

Wij zullen nu de eerste veronderstelling toetsen door te bezien, of de patiëntencategorieën per component in de veronderstelde richting verschillen. Hiervoor wordt een éénweg-variantie-analyse toegepast. Tabel 7.1. geeft de resultaten weer.

Deze tabel maakt duidelijk, dat de drie patiëntencategorieën in geen enkele geneigdhedecomponent significant van elkaar verschillen. Dit is een zeer verrassende uitkomst. De hypothese over de verschillen tussen patiëntencategorieën ten aanzien van geneigdhedecomponenten moet op grond hiervan worden verworpen.

Beziet men de uitkomsten gezamenlijk, dan blijkt wel dat de scores van de hartinfarctpatiënten op drie van de vijf componenten wijzen in de richting van een - vergeleken met de andere twee groepen - relatief grote consumptiegeneigdheid.

Tabel 7.1. Verschillen in vijf componenten van consumptiegeenigheid tussen hartinfarct- (H), suiker- (S) en psoriasis- (P) - patiënten; eenweg variantie-analyse

	gemiddelde	mediaan	s.d.	F
1. vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)				
totaal	15,8	16,0	3,6	
H	15,3	14,1	2,9	0.48
S	16,1	16,0	4,5	N.S.
P	16,1	16,0	3,0	
2. attitude t.a.v. arts (positief → negatief)				
totaal	26,8	26,5	8,5	
H	26,8	25,8	7,9	0.05
S	27,1	27,0	10,9	N.S.
P	26,4	26,8	6,4	
3. opvattingen over ziekte (onprof. → profession.)				
totaal	38,6	38,0	7,8	
H	36,8	36,9	6,7	1.34
S	39,2	38,0	9,0	N.S.
P	40,1	41,5	7,3	
4. ziektebeleving (slecht → goed)				
totaal	16,3	16,6	4,0	
H	15,2	14,4	4,7	1.34
S	16,5	17,6	3,8	N.S.
P	17,0	17,7	3,3	
5. gedragsintentie (sterk → gering)				
totaal	42,0	41,4	9,0	
H	39,5	41,0	9,0	1.45
S	43,4	44,0	10,8	N.S.
P	43,0	41,2	6,6	

De ziektebeleving van hartinfarctpatiënten is iets slechter dan die van de overigen, zij staan het meest positief tegenover medische zorg in het algemeen en zij vertonen een relatief sterke gedragsintentie. Wanneer men op deze wijze psoriasispatiënten met diabetici vergelijkt, blijken de eerstgenoemden in drie van de vijf gevallen consumptiegeeniger te zijn dan de laatsten; in hun vertrouwen in de medische zorg verschillen deze twee groepen helemaal niet. Alleen de ziekte-

beleving van psoriasispatiënten is relatief beter dan die van diabetici.

Al met al zijn de verschillen tussen de afzonderlijke scores - vooral tussen psoriasis- en suikerpatiënten - echter zo gering, dat wij aan deze rangverschillen verder geen betekenis kunnen hechten. Wij komen daarmee tot de opmerkelijke conclusie, dat de hier bestudeerde chronische aandoeningen noch de aard, noch de intensiteit van de consumptiegeneigdheid zodanig beïnvloeden, dat zich daardoor verschillen tussen de patiëntencategorieën voordoen. Voor de verdere analyse is dit van grote betekenis, omdat wij nu de steekproef als geheel kunnen bezien. Wij spreken nu niet langer van de consumptiegeneigdheid van hartinfarct-, suiker- en psoriasispatiënten, maar van de consumptiegeneigdheid van chronische patiënten.

De tweede veronderstelling betreft de periode waarin de patiënt weet dat hij of zij de aandoening heeft. Uitgangspunt is hierbij de overweging, dat na een zekere tijd gewenning en/of berusting in het chronisch ziek-zijn optreedt, waardoor de geneigdheid om medische hulp in te roepen zou afnemen (zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.2.)

De werkwijze bij de toetsing is als volgt. De respondenten worden in twee groepen gesplitst; 47 van hen hebben de aandoening langer dan vijf jaar, 25 hebben sinds hooguit vijf jaar weet van hun hartinfarct, suikerziekte resp. psoriasis. Van drie respondenten was hierover geen informatie beschikbaar. Wij toetsen de afzonderlijke vijf geneigheidscomponenten op verschillen in centrale tendentie tussen deze twee groepen (Mann-Whitney-U-toets, eenzijdig, tabel 7.2.).

Het blijkt dat de twee groepen op geen van de deelluikomsten significant van elkaar verschillen. Tezamen wijzen de resultaten slechts gedeeltelijk in de veronderstelde richting: personen met een langere ziekteduur hebben minder vertrouwen in de medische zorg, een betere ziektebeleving en een minder sterke gedragsintentie dan personen met een kortere ziekteduur. Zij hebben daarentegen een iets positievere attitude ten aanzien van hun eigen arts en meer professionele ziekteopvattingen dan personen, die nog maar kort ziek zijn. Wij concluderen derhalve dat de ziekteduur de consumptiegeneigdheid niet in

Tabel 7.2. Verschillen tussen geneigheidscomponenten naar ziekteduur
(Mann-Whitney-toets, eenzijdig)

zieketeduur	5 jaar (N=47)	5 jaar (N=25)	z	sign.
	gem. rangnr.	gem. rangnr.		
1. vertrouwen in medische zorg: veel → weinig	37,3	34,9	0.47	N.S.
2. attitude t.a.v. arts: positief → negatief	35,6	36,7	0.20	N.S.
3. opvattingen over ziekte: onprofessioneel → professioneel	38,1	33,4	0.91	N.S.
4. ziektebeleving: slecht → goed	39,3	31,3	1.56	N.S.
5. gedragsintentie: sterk → gering	37,1	35,3	0.34	N.S.

de verwachte richting beïnvloedt. Onze onderzoekshypothesen 1.1. en 1.2. over de rol, die de aandoeningen bij de geneigtheid tot medische consumptie zouden spelen, worden met deze resultaten niet bevestigd.

7.3. Consumptiegeneigdheid en medische consumptie: een eerste verkenning

Zijn de in het vorige hoofdstuk op een bepaalde manier ge-operationaliseerde componenten van consumptiegeneigdheid geschikt om medische consumptie te voorspellen (onderzoekshypothese 2)?

Idealiter zou men deze vraag met resultaten van een experimentele onderzoeksofzet willen beantwoorden. Daarbij zou de consumptiegeneigdheid op één tijdstip en de eventuele medische consumptie op een later tijdstip bij verschillende experimentele en controlegroepen gemeten moeten worden. Onze onderzoeksofzet - die immers niet uitsluitend gekozen is, om deze vraag te beantwoorden - laat een dergelijke werkwijze niet toe. Wij verzamelden informatie op één tijdstip, waardoor medische consumptie retrospectief gemeten moest worden en waarbij wij slechts met enige plausibiliteit kunnen veronderstellen (maar niet volledig bewijzen) dat consumptiegeneigdheid een relatief

stabiel geheel van attitudes en opvattingen is, dat deze consumptie beïnvloedt. Dit is een duidelijke beperking, die zich ook op andere ogenblikken bij de analyse zal doen gelden. Zij is wel inherent aan de meeste studies op dit gebied (bijvoorbeeld ook bij Cassee, 1973, Jessen, 1974). In de sociaal wetenschappelijke literatuur heeft dit probleem veel aandacht gekregen (Tittle en Hill, 1975, Fishbein en Ajzen, 1975, recentelijk in Nederland: Huismans, 1980, Tijmstra, 1980), reden waarom wij er hier niet verder op ingaan.

Om nu de vraag naar de predictiewaarde van de geneigheidscomponenten te kunnen beantwoorden, moeten wij eerst bepalen, wat in dit kader onder medische consumptie zal worden verstaan. Medische consumptie vatten wij - zoals in hoofdstuk 2, paragraaf 2.1. betoogd - hier op als elk contact met het professionele systeem om gezondheidsredenen (Freidson, 1975). In de gesprekken met de patiënt-respondenten kwamen eventuele contacten met verschillende gezondheidswerkers en gezondheidszorginstellingen ter sprake. Deze komen in deel IV nog aan de orde. Voorlopig willen wij ons tot een nogal algemene indicator voor medische consumptie beperken, waarbij de reden voor dat contact voorlopig buiten beschouwing blijft.

Het ligt voor de hand om hiervoor het aantal huisartsconsulten te kiezen. Men raadpleegt de huisarts meestal op eigen initiatief, waardoor zich de mogelijke invloed van consumptiegeneigdheid het best kan doen gelden. Hierbij moet echter met twee zaken rekening worden gehouden.

In de eerste plaats zij eraan herinnerd, dat de respondenten zelf konden aangeven, tot welke professionele gezondheidswerker zij zich richtten, als zij voor het hartinfarct, diabetes resp. psoriasis behandeld willen worden. Men noemde in totaal 44 maal een specialist en 30 maal een huisarts. Daardoor doet zich de vraag voor, of personen die opgaven door een specialist behandeld te worden, nu nauwelijks meer contact met hun huisarts hebben. Voor deze groep zou het aantal huisartsconsulten dan immers een slechte indicator voor medische consumptie vormen.

Om dit na te gaan, is de frequentie waarmee men in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek de huisarts had

geraadpleegd, apart voor huisarts- en specialist-patiënten bekeken. Tabel 7.3 geeft aan, dat zich tussen de beide groepen geen significante verschillen op dit punt voordoen.

Tabel 7.3. Huisarts- en specialistpatiënten naar het aantal malen waarmee zij in drie maanden voorafgaand aan het onderzoek hun huisarts consulteerden (absoluut; toets van Wilcoxon)¹⁾

Patiënten van	huisartsen	specialisten
0 maal	15	27
1 maal	11	7
2 maal	-	2
3 maal	1	3
4 of 5 maal	1	4
6 of 9 maal	1	1
10 maal	1	-
	30	44

$z = .05$ N.S.

- ¹⁾ Deze variabele heeft voor wat de extreem-hoge waarden betreft door de codering een ordinaal karakter. Waar in het vervolg sprake is van het aantal (huis)artscontacten moet hiermee rekening worden gehouden.

In de tweede plaats zullen bepaalde huisartsconsulten niet op initiatief van de patiënt plaats vinden omdat het om regelmatig voorgeschreven controles gaat. Het te onderzoeken verband tussen consumptiegevoeligheden en feitelijke consumptie moet hiervoor zoveel mogelijk worden gezuiverd. Op welke wijze kan dat geschieden?

Men zou hiervoor gegevens willen gebruiken, die de bij het onderzoek betrokken artsen over de voorgeschreven controlefrequentie hebben verstrekt. De artsenenquête leverde echter op deze vraag slechts in 43 gevallen bruikbare informatie op.

De antwoorden die de respondenten over regelmatig voorgeschreven controles geven zijn vollediger. De correlatie tussen arts- en respondent-antwoordpatronen bedraagt $\rho = .70$ ($p < .001$). De overeenkomst tussen beide gegevens is vrij bevredigend. Wij besloten daarom de "controleenoodzaak" met het antwoord van de patiënten daarover te indiceren. De mogelijk grotere betrouwbaarheid van de artsengegevens weegt niet op

tegen het informatieverlies, dat zou ontstaan als wij die gegevens zouden gebruiken.

Als het te onderzoeken verband tussen consumptiegeneigdheid en het raadplegen van de huisarts met behulp van deze variabele gezuiverd wordt, dan redeneren wij echter nogal sterk in ons nadeel. Controles worden immers ook wel door specialisten voorgeschreven en uitgevoerd. De frequentie waarmee dat moet gebeuren heeft dan waarschijnlijk geen invloed op het aantal malen waarmee men de huisarts raadpleegt.¹⁾ Als wij nu van het aantal huisartscontacten als het ware alle voorgeschreven consulten aftrekken, dan resteren hoogstwaarschijnlijk minder huisartsbezoeken dan in werkelijkheid plaats vonden. Met andere woorden: het verband tussen geneigdhedencomponenten en medische consumptie zou sterker voor controle-noodzaak worden gezuiverd, dan nodig zou zijn. Het aantal door huisartsen voorgeschreven controles is echter niet bekend, zodat wij deze werkwijze wel moeten volgen.

Tabel 7.4. geeft een eerste indruk. Daarin zijn nulde-orde correlaties (Kendall's²⁾) weergegeven tussen geneigdhedencomponenten, het aantal huisartsconsulten en de controle-noodzaak. Bovendien is aangegeven in welke mate de correlaties veranderen als voor controle-noodzaak wordt gecontroleerd.³⁾ De

Tabel 7.4. Samenhangen tussen consumptiegeneigdheid, het aantal huisartscontacten en de controle-noodzaak (Kendall's rangcorrelaties)

	1	2	3	4	5	6
raadplegen huisarts weinig → veel	-.18	-.19	.09	-.22	-.11	.34
controle-noodzaak weinig → veel	-.10	.09	.10	-.35	.05	.
raadplegen huisarts (gecontroleerd voor controle-noodzaak)	-.15	-.24	.06	-.11	-.13	.

 = significant $p < .05$

1. vertrouwen in de medische zorg: veel → weinig
2. attitude ten aanzien van arts: positief → negatief
3. ziekteopvattingen: onprofessioneel → professioneel
4. ziektebeleving: slecht → goed
5. gedragsintentie: sterk → gering
6. controle-noodzaak: weinig → veel

nulde-orde correlaties vertonen voor het merendeel een significante samenhang met de raadpleegfrequentie. Deze verdwijnt gedeeltelijk als voor de controlenoodzaak wordt gecontroleerd, vooral met betrekking tot de ziektebeleving. Toch resteren ook dan correlatiecoëfficiënten, die een nadere analyse van de invloed van de consumptiegeneigdheid op het aantal huisartsconsulten rechtvaardigen.

De richting van de geconstateerde samenhangen geeft overigens een plausibel beeld te zien: opvattingen, die op vertrouwen in de medische wetenschap wijzen, op een positieve attitude ten aanzien van de arts en op een slechte ziektebeleving hangen samen met veel huisartsconsulten. De niet-significante correlatiecoëfficiënten wijzen, gezien hun teken, op een sterke gedragsintentie en relatief professionele ziekteopvattingen bij veel consulten. Dit laatste komt overeen met bevindingen van veel buitenlands onderzoek (Suchman, 1966, King, 1962, Freidson, 1961) maar is in tegenspraak met wat Cassee vond. (Cassee, 1973, p. 77-79.) De samenhang tussen een traditioneel-magische ziektebeleving en de raadpleegfrequentie was in zijn onderzoek zelfs nogal sterk ($r = .33$). Het feit dat de correlatie hier in de andere richting wijst (maar niet significant is) kan wellicht worden toegeschreven aan een verschil in ondervraagde personen, aan de globale operationaliseringswijze van deze component (zie hoofdstuk 6) en mogelijk aan verandering van denkbeelden over ziekte en genezing bij het Nederlandse publiek tussen 1967 en 1979.

Kan er iets gezegd worden over de gezamenlijke predictiewaarde van de vijf geneigheidscomponenten voor het aantal huisartsconsulten? Hiervoor staan ons twee mogelijkheden ter beschikking. Men kan de vijf geneigheidscomponenten tot één index verwerken en de invloed daarvan op de raadpleegfrequentie bepalen. De vraag is echter, hoe men daarbij te werk zou moeten gaan. In het vorige hoofdstuk werd opgemerkt, dat wij er bewust vanaf hebben gezien, om apriori veronderstellingen omtrent de onderlinge samenhang tussen geneigheidscomponenten en hun invloed op de medische consumptie te formuleren. Dit stelt eisen aan de meting van de afzonderlijke componenten, waaraan o.i. op het terrein van ziekte en medische consumptie

niet kan worden voldaan. Kan men langs empirische weg (aposteriori) tot schaalconstructie en daarmee tot één index voor consumptiegeneigdheid komen? Het correlatiepatroon tussen de variabelen onderling (tabel 6.7.) biedt daarvoor weinig houvast. De opvattingen over ziekte en de gedragsintentie zouden geen deel uitmaken van een op grond daarvan samengestelde index.

Een tweede mogelijkheid om iets over de gezamenlijke predictiewaarde van de geneigheidscomponenten te zeggen, biedt toepassing van regressie-analyse. Deze techniek stelt evenwel eisen aan het materiaal, waaraan het onze niet voldoet, vooral omdat het slechts 75 analyse-eenheden bevat.⁴⁾

Wij kiezen van twee kwaden de minste. De verleiding tot het gebruik van regressie-analyse is groot en wij maken liever een statistische dan een theoretische fout.

Tabel 7.5. geeft de resultaten weer van een stapsgewijze regressie-analyse met het aantal huisartsconsulten als afhankelijke variabele. De controlenoodzaak werd als eerste stap ingevoerd om te kunnen bepalen, hoeveel variantie in medische consumptie daarna nog door de vijf geneigheidscomponenten kan worden verklaard. De volgorde waarmee deze vijf onafhankelijken in de analyses werden betrokken, werd bepaald door de hoogte van hun - resterende - correlatie met de afhankelijke variabele.

Hieruit blijkt dat de geneigheidscomponenten een significant deel van de variantie in de raadpleegfrequentie verklaren. Daarbij spelen de ziektebeleving, de attitude ten aanzien van de eigen arts en de gedragsintentie allen een ongeveer gelijke en significante rol. De bijdragen van de (on)professionele opvattingen over ziekte en over gezondheidszorg zijn geringer en niet significant.

Nu is ons onderzoek evenwel op een bepaalde wijze opgezet, juist met het oogmerk om de invloed van consumptiegeneigdheid duidelijk te kunnen traceren. Daarvoor zijn andere belangrijke determinanten van medische consumptie zoveel mogelijk gelijkgeschakeld. Dit geldt in ieder geval voor het variabelencomplex, dat met "consumptienoodzaak" wordt aangeduid, omdat wij chronische patiënten ondervroegen. Volgens onze

Tabel 7.5. De mate waarin de vijf geneigheidscomponenten het aantal huisartsconsulten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor voorgeschreven controles, N = 74) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr. coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	11.0	.23	4.04	p < .001
attitude t.a.v. arts positief → negatief	8.4	-.30	6.56	p < .001
gedragsintentie sterk → gering	5.1	-.25	5.68	p < .001
ziektebeleving slecht → goed	6.1	-.31	6.90	p < .001
vertrouwen in med. zorg veel → weinig	1.1	-.12	1.02	N.S.
opvattingen over ziekte onprof. → profession.	0.1	.04	0.17	N.S.
totaal r^2 door cons. geneigtheid	20.8 %		3.57	p < .01
totaal r^2	31.9 %		5.22	p < .001

1) Bijlage 7 bevat de matrix van product-moment correlaties

theoretische uitgangspunten lag een relatief grote invloed van de geneigheidscomponenten in de lijn der verwachting. Bij de uitkomst zijn echter twee kanttekeningen te plaatsen, die erop wijzen, dat de predictiewaarde van de vijf geneigheidscomponenten groter is, dan uit tabel 7.5. blijkt.

In de eerste plaats moet men bedenken, dat door de onderzoeksopzet niet alleen "storende" invloeden zijn geëlimineerd. Tegelijk daarmee verdwijnen immers ook die invloeden van de geneigheidscomponenten, die aan interactie-effecten van gelijkgeschakelde determinanten en consumptiegeneigtheid zijn toe te schrijven. Over de omvang daarvan kunnen wij echter geen uitspraak doen.

In de tweede plaats moet worden opgemerkt, dat de frequentie waarmee men volgens eigen zeggen voor controle of onderzoek naar de dokter moet, in sterke mate met ziektebeleving

samenhangt ($r = .41$, $p \leq .001$; bij relatief slechte ziektebeleving veel controles; vergelijk ook tabel 7.4.). Dit is vrij gemakkelijk in te zien als men bedenkt, dat de controlefrequentie vermoedelijk groter is naarmate de aandoening ernstiger. Ook de wijze waarop de patiënt de ziekte beleeft zal met toenemende ernst ervan waarschijnlijk relatief slechter worden. Door nu echter deze controlefrequentie als eerste stap in de regressie-analyse te betrekken, wordt ook een deel van het effect van de variabele ziektebeleving uitgeschakeld. Hierbij herinneren wij eraan, dat ook de gekozen operationalisering van de controlenoodzaak in ons nadeel werkt.

Ter vergelijking geven wij daarom de uitkomst van de stapsgewijze regressie weer, waarbij de controlenoodzaak buiten beschouwing bleef (tabel 7.6.). Nu blijkt ziektebeleving inderdaad - gezien de β -waarde - de belangrijkste determinant van huisartsenbezoek te zijn. De vijf geneigheidscomponenten verklaren op deze wijze bijna 28 % van de variantie in de criteriumvariabele, hetgeen duidelijk significant is.

Tot besluit willen wij nog in het kort aandacht besteden aan de reden voor het doktersconsult. In hoofdstuk 3 veronderstelden wij, dat het vaak moeilijk zal zijn, om bij chronisch patiënten een precies onderscheid te maken tussen hun contacten met de huisarts voor de aandoening in kwestie en contacte voor iets anders. Wij kunnen deze veronderstelling hier niet verder uitzoeken. Wij kunnen echter wel nagaan, of de invloed van de consumptiegeneigdheid verschilt van hetgeen in het voorgaande werd gevonden, als huisartsconsulten worden gezien, die uitsluitend met het hartinfarct, de suikerziekte of psoriasis verband houden. Zestien respondenten, die (mede) voor iets anders een bezoek aan de huisarts hadden gebracht, zijn hiervoor buiten een analyse gehouden, waarvan de resultaten in tabel 7.7. zijn weergegeven.

Ook nu blijken attitude ten aanzien van de arts, gedragsintentie en ziektebeleving een zelfstandige, significante invloed uit te oefenen. Het percentage verklaarde variantie is groter dan dat in tabel 7.6., evenals de mate van invloed (β) van de attitude ten aanzien van de arts en de gedragsintentie. De invloed van het vertrouwen in de medische zorg is daaren-

Tabel 7.6. De mate waarin de vijf geneigheidscomponenten het aantal huisartsconsulten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, zonder dat voor voorgeschreven controles werd gezuiverd (N = 74) ¹⁾)

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
ziektebeleving → goed	7.4	-.41	14.45	p < .001
attitude t.a.v. arts → negatief	11.1	-.27	5.26	p < .001
gedragsintentie → gering	6.2	-.25	5.42	p < .001
vertrouwen in de med zorg → weinig vertr.	2.6	-.18	2.27	N.S.
opvattingen over ziekte → professioneel	0.4	.07	0.41	N.S.
<hr/>				
totaal r^2	27.8 %		5.23	p < .001

1) zie bijlage 7 voor de matrix van product-moment correlaties

Tabel 7.7. De mate waarin vijf geneigheidscomponenten het aantal huisartsconsulten uitsluitend t.b.v. de chronische aandoening verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor voorgeschreven controles, N = 59) ¹⁾)

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	7.1	.19	2.34	p < .05
<hr/>				
attitude arts (pos. → neg.)	12.5	-.34	6.16	p < .001
gedragsintentie (sterk → gering)	9.5	-.34	8.68	p < .001
ziektebeleving (slecht → goed)	7.1	-.30	5.71	p < .001
ziekteopvattingen (onprof. → profession.)	0.1	.03	0.08	N.S.
vertr. in med. zorg (veel → weinig)	0.1	-.04	0.07	N.S.
<hr/>				
totaal r^2 door cons. geneigtheid	29.2 %		4.30	p < .01
totaal r^2	36.3 %		5.94	p < .001

1) zie bijlage 8 voor de matrix van product-moment correlaties

tegen iets geringer. De verschillen zijn evenwel niet zo (men moet ook rekening houden met het verschil in het aantal waarnemingen), dat wij daaruit verdere conclusies kunnen trekken.

Het voorgaande maakt duidelijk, dat de vijf gekozen en op bepaalde wijze geoperationaliseerde componenten van consumptiegeneigdheid gezamenlijk als goede voorspellers van medische consumptie (in termen van huisartsconsulten) kunnen gelden. Het blijkt verder, dat de attitudes en de gedragsrisico daarvoor belangrijker zijn dan de opvattingen. Dit komt overeen met de bevindingen van Ormel. (In: Jessen, 1974, p.

7.4. Consumptiegeneigdheid en persoonskenmerken

Men kan zich afvragen in welke mate de vijf geneigdheidscomponenten samenhangen met bepaalde kenmerken van de persoon. Hiermee bedoelen wij structurele kenmerken, geen persoonlijkheidseigenschappen. Op grond van onderzoeksresultaten van anderen met betrekking tot de determinanten van medische consumptie kan men aannemen, dat iemands leeftijd, geslacht, opvoeding en eventueel iemands burgerlijke staat of woonplaats in termen van urbanisatiegraad van invloed kunnen zijn op zijn of haar consumptiegeneigdheid (vergelijk hoofdstuk 4, paragraaf 4.2., alsmede Hochbaum, 1958, Mc Kinlay, 1972, Rosenstock, 1974). Of en in welke mate dat ook voor chronische patiënten geldt, valt moeilijk te zeggen⁵⁾.

Deze paragraaf stelt dit vraagstuk in het kort aan de orde. Wij onderzoeken de samenhang tussen consumptiegeneigdheid en persoonskenmerken echter niet, om bepaalde geneigdheidscomponenten bij bepaalde bevolkingscategorieën te willen localiseren. Ons onderzoek richt zich niet op deze probleemstelling en is voor de bestudering ervan ongeschikt. Wat voor onze probleemstelling in dit verband wel van belang is, is de mate waarin wij met de invloeden van persoonskenmerken rekening moeten houden. Deze invloeden zijn voor de probleemstelling immers als storend te zien, reden waarom bij de steekproefsamenvatting enkele persoonskenmerken zoveel mogelijk zijn gelijkgeschakeld.

Tabel 7.8. geeft een inzicht in de samenhang tussen de vijf componenten van consumptiegeneigdheid en enkele in dit verband relevante persoonskenmerken.

Tabel 7.8. Correlaties (Spearman's rho) van vijf geneigheidscomponenten en enkele persoonskenmerken. (N = 75)

geneigheidscomponenten:

<u>persoonskenmerken</u>	1	2	3	4	5
leeftijd jong → oud	-.14	-.07	-.17	.18	-.19
opleiding laag → hoog	-.32	.01	.31	-.07	.21
geslacht man → vrouw	-.10	.10	.16	-.01	.03
urbanisatiegraad land → stad	-.16	.00	.12	-.08	.13
burgerlijke staat gehuwd → anders dan gehuwd	.04	.00	-.02	-.13	.03

 = significant bij $p < .05$

1. vertrouwen in de medische zorg: veel → weinig
2. attitude ten aanzien van arts: positief → negatief
3. ziekteopvattingen: onprofessioneel → professioneel
4. ziektebeleving: slecht → goed
5. gedragsintentie: sterk → gering

De conclusie is duidelijk: persoonskenmerken spelen een bescheiden rol bij de mate waarin de respondenten geneigd zijn om medische hulp in te roepen. De twee belangrijkste determinanten van medische consumptie - de ziektebeleving en de attitude ten aanzien van de arts - hangen met geen enkel van de hier genoemde persoonskenmerken significant samen. Het valt vooral op, dat geslacht blijkbaar helemaal geen invloed heeft op consumptiegeneigdheid. Men moet op grond van de resultaten van anderen aannemen, dat er sprake is van interactie met het hebben van een aandoening: geslacht speelt een grotere rol bij consumptiegeneigdheid bij acute en/of nieuwe, althans niet chronische klachten. De invloed van het man of vrouw zijn op die geneigdheid neemt kennelijk af, naarmate men bepaalde chronische aandoeningen heeft.

Uit tabel 7.8. blijken in feite slechts twee dingen. Ten eerste: personen met een lage opleiding hebben minder professionele ziekteopvattingen, hebben minder vertrouwen in de medische zorg en zijn eerder geneigd, bij bepaalde klachten de dokter te raadplegen, dan personen met een hoge opleiding. Deze conclusie sluit duidelijk aan bij bevindingen van anderen (Cartwright, 1967, Cassee, 1973, p. 27). In algemene zin verwijst zij naar een "popular health orientation" van lager opgeleiden (Freidson, 1961, Suchman, 1966).

Ten tweede: Jonge mensen zijn minder snel geneigd om met bepaalde lichamelijke verschijnselen de arts te consulteren, dan oude mensen.⁶⁾ Ook deze conclusie lijkt plausibel: de in de gedragsintentielijst door ons genoemde symptomen zijn over het algemeen niet ernstig. De idee, dat men niet met elke klacht bij de dokter aanklopt, maar veelal eerst afwacht, of de verschijnselen vanzelf verdwijnen, is bij deze respondenten vermoedelijk meer bij jongeren dan bij ouderen verspreid.

Samenvattend: de relatie tussen de vijf geneigheidscomponenten en de - op grond van bevindingen van anderen - belangrijkste persoonskenmerken is bij de door ons onderzochte groep zwak. De analyse bracht wel aan het licht, dat - zo er al sprake is van enige relatie op dit punt - deze blijkt bij de ziekte- en zorgopvattingen en bij de gedragsintentie.

7.5. Medische kennis, stress en consumptiegeneigdheid

7.5.1. Inleiding

Bij het onderzoek naar determinanten van medische consumptie zijn twee verschijnselen van belang, die veelal met consumptiegeneigdheid in verband worden gebracht. Wij bedoelen iemands kennis van medische zaken enerzijds, en de mate waarin hij geneigd is psycho-sociale klachten te uiten anderzijds.

De rol die iemands medische kennis bij het inroepen van doktersadviezen speelt, is niet zonder meer duidelijk (Mc Kinlay, 1972 op basis van een uitgebreid literatuuronderzoek, Giesbers e.a., 1977). Dit moet mede worden toegeschreven aan het feit, dat het verwerven en vooral het juist aanwenden van

deze kennis nauw samenhangt met het sociaal-culturele milieu waarin iemand verblijft. De invloed daarvan op medische consumptie is echter - zoals bekend - nogal complex. Men mag wel aannemen, dat de invloed van medische kennis afneemt, naarmate er meer andere motivationele factoren een rol spelen bij de beslissing, de dokter te raadplegen (Hochbaum, 1958, Feldmann, 1966, Tagliacozzo, 1970). Daarbij kan ook het feit, dat iemand een bepaalde (chronische) aandoening heeft van belang zijn (Kutner en Gordon, 1961, Archer, 1967, Bloks en De Graaff, 1978). Hoe hangt de medische kennis van chronische patiënten nu samen met hun consumptiegeneigdheid? Welke hypothesen kan men daarover formuleren?

Mede gezien de resultaten uit de vorige paragraaf kan men verwachten, dat de hoeveelheid medische kennis met iemands opleidingsniveau en daarmee met zijn opvattingen over ziekte en medische zorg zal samenhangen. Weinig professionele ziekte-opvattingen en weinig vertrouwen in de medische zorg zullen vermoedelijk samengaan met weinig medische kennis. Voorts kan men aannemen, dat weinig kennis samengaat met de neiging, om bij vage lichamelijke verschijnselen de arts te raadplegen (gedragsintentie). Deze aanname baseren wij eveneens op de invloed van de opleiding op de gedragsintentie. Over de invloed van kennis op attitudes ten aanzien van de eigen arts en de ziektebeleving durven wij gezien de ontbrekende onderzoeksresultaten op dit punt, geen verwachting uit te spreken.

Sinds het verschijnen van Dirkens proefschrift (Dirken, 1969) wordt het door hem ontwikkelde meetinstrument, de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheidstoestand (V.O.E.G.), in veel Nederlands onderzoek naar de determinanten van medische consumptie toegepast (Cassee, 1973, Van der Maas, 1974, C.B.S., Leefsituatieonderzoeken, 1974 en 1977, Van Eijk, 1979, Van der Ploeg, 1980). Deze vragenlijst indiceert de mate waarin iemand stress heeft door bepaalde vegetatieve functieveranderingen te inventariseren. Wij willen in dit kader niet nader ingaan op de stress-theorieën, die aan Dirkens werk ten grondslag liggen (zie hiervoor vooral Seley, 1956, Howard en Scott, 1965, Van Eijk, 1979, Ormel, 1980). Het is wel duidelijk, dat de mate waarin iemand geneigd is om spanningen om te zetten in

lichamelijke klachten, zijn consumptiegeneigdheid kan beïnvloeden. Wij stellen hier dan ook de vraag op welke wijze stress, gemeten met behulp van de V.O.E.G., samenhangt met de door ons onderscheiden geneigheidscomponenten.

Wij verwachten eigenlijk slechts één duidelijke uitkomst: naarmate de ziektebeleving slechter is, zal de V.O.E.G.-score hoger zijn. Wij verwachten dit om twee redenen. In de eerste plaats wijzen de variabelen, die tezamen de ziektebeleving indiceren, ieder afzonderlijk op het ondervinden van stress: men is ongerust over de aandoening, krijgt er ten gevolge van spanningen meer last van etc. Voorts is bekend, dat de V.O.E.G.-score bij zieke mensen hoger is dan bij gezonden. Dit niet alleen omdat ziekte stress tot gevolg heeft, maar omdat de V.O.E.G. nu eenmaal lichamelijke klachten registreert.⁷⁾ Zoals eerder opgemerkt hangt vermoedelijk ook hier de gemeten ziektebeleving - hoewel zwak en theoretisch niet bedoeld, zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.1.2. - samen met de "objectieve" gezondheidstoestand van de persoon. Daardoor kan een relatie met de V.O.E.G.-score worden verwacht (zie schema).

Schema: Veronderstelde relaties tussen V.O.E.G.-score en ziektebeleving

Over het verband met de overige geneigheidscomponenten en stress kunnen wij - gezien de resultaten van anderen - maar weinig zeggen. Men kan hooguit aannemen, dat een hoge V.O.E.G.-score met een sterke gedragsintentie zal samengaan, omdat beide variabelen een zekere klaagneiging weerspiegelen.⁸⁾

Voor de wijze waarop medische kennis en stress (V.O.E.G.-score) in dit onderzoek precies zijn gemeten zij verwezen naar bijlage 9.

7.5.2. Medische Kennis, medische consumptie en consumptiege- neigdheid van chronische patiënten

Tabel 7.9. geeft weer, hoe medische kennis met het aantal huisartsconsulten en met consumptiegeenigdheid samenhangt.

Tabel 7.9. Samenhangen tussen medische kennis, het aantal huisartsconsulten en consumptiegeenigdheid (N = 75) (rho's)

1	2	3	4	5	6
-.16	.31	.14	.02	-.13	.12

 = significant $p < .05$

- 1 = huisartsconsulten, weinig → veel
- 2 = vertrouwen in medische zorg, veel → weinig
- 3 = attitude t.a.v arts, positief → negatief
- 4 = ziekteopvattingen, onprofessioneel → professioneel
- 5 = gedragsintentie, sterk → gering

Deze samenhang is niet groot. Alleen blijkt, dat veel medische kennis gepaard gaat met weinig vertrouwen in de medische zorg. Alle overige verbanden zijn niet significant. Gezien onze verwachtingen vallen vooral de lage correlaties met (on)professionele ziekteopvattingen de gedragsintentie op. Zij doen de vraag rijzen of een lage opleiding in dit onderzoek wel, zoals in ander onderzoek, met geringe medische kennis samengaat. Dat blijkt dan ook nauwelijks het geval te zijn: rho opleiding x kennis = .10 (N.S.)

Hieruit kan men wellicht afleiden, dat aan het vergaren van specifieke kennis over een chronische aandoening waaraan men zelf lijdt (zie bijlage 9 voor de operationalisering van medische kennis), andere mechanismen ten grondslag liggen, dan aan het verzamelen van medische kennis in het algemeen. Dat laatste geschiedt vermoedelijk geleidelijk en minder bewust, waarbij het opleidingsniveau een grotere rol speelt dan bij het eerste.

Algemeen blijkt echter, dat deze specifieke kennis voor medische consumptie niet zo belangrijk is. Alleen de richtingen van de correlatiecoëfficiënten wijzen erop, dat veel van deze medische kennis samen gaat met een geringe consumptiegeenigdheid - zoals gezegd: wel duidelijk met weinig vertrouwen in

de medische zorg - en daarmee ook met relatief weinig huisartscontacten.

7.5.3. Stress, consumptiegeneigdheid en medische consumptie van chronische patiënten

De correlaties tussen stress, consumptiegeneigdheid en het aantal huisartsconsulten zijn te zien in tabel 7.10. Twee resultaten springen in het oog: de samenhang met de ziektebeleving is niet significant en de samenhang met de gedragsintentie is tegengesteld aan onze verwachting. Het blijkt dat een hoge V.O.E.G.-score juist samengaat met een geringe gedragsintentie. De negatieve correlatie met de ziekteopvattingen is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit, dat mensen met een lage opleiding relatief veel stress hebben (ρ : opleiding $\times$ V.O.E.G. = .27, $p < .01$) en er ook weinig professionele ziekteopvattingen op nahouden. De twee andere uitkomsten zijn evenwel zo verbazend, dat zij om een nadere analyse vragen.

Tabel 7.10. Samenhangen tussen stress (V.O.E.G.-score), het aantal huisartsconsulten en consumptiegeneigdheid (N = 75) (ρ 's)

1	2	3	4	5	6
.16	-.04	.06	-.28	-.17	.27

 = significant $p < .05$

1 = huisartsconsulten, weinig $\rightarrow$ veel

2 = vertrouwen in medische zorg, veel $\rightarrow$ weinig

3 = attitude t.a.v. arts, positief $\rightarrow$ negatief

4 = ziekteopvattingen, onprofessioneel $\rightarrow$ professioneel

5 = gedragsintentie, sterk $\rightarrow$ gering

Waarom zou een relatief slechte ziektebeleving tegen de verwachting in niet met stress (V.O.E.G.-score) gepaard gaan? Zouden chronische patiënten op dit punt anders reageren, dan de (min of meer) gezonde mensen, die wij uit ander onderzoek kennen? En waarom zouden onze respondenten tegenover een enquêtrice vele psycho-somatische klachten (hoge V.O.E.G.-score) uiten, maar juist niet geneigd zijn, om over vage verschijnselen bij de arts te zullen klagen (lage gedragsintentie)?

Wij gingen vermoeden, dat een bepaalde ervaring, opgedaan met de chronische aandoening en/of met de arts hierbij een rol zou kunnen spelen. Wij werden in dit vermoeden gesteund door Ormel (1980), die aanneemt, dat "... iemands neiging tot ziektegedrag zoals het besteden van aandacht aan onlustgevoelens daalt ... tijdens een periode van toegenomen onwelbevinden" (Ormel, 1980, p. 285; zie ook pag. 227-228 en pag. 267-271).

De eerste tijd waarin iemand de rol van chronisch patiënt moet aannemen, kan zeer goed tot een "periode van toegenomen onwelbevinden" leiden, waarin hij die neiging tot ziektegedrag ("onze" gedragsintentie) als het ware verdringt. Deze hypothese sluit tot op zekere hoogte aan bij bevindingen over uitstel van doktersbezoek (o.g.v. een geringe gedragsintentie). De uitstelduur is langer bij mensen met vage onlustgevoelens (Cassée, 1973, p. 107, Jessen, 1974, p. 43) en - in verband met minder ernstige klachten - bij mensen, die meer ervaring hebben met de klacht (Neven, 1980, p. 91).

Om dit vermoeden nader te onderbouwen splitsten wij de steekproef in twee delen en berekenden de genoemde correlaties afzonderlijk voor personen, die hun aandoening minder dan vijf jaar hebben en voor personen, die daarmee al langer dan vijf jaar ervaring opdoen. Omdat de controlenoodzaak daarbij nog een belangrijke rol kan spelen, is deze variabele in de correlatiematrix opgenomen (tabel 7.11.).

De uitkomst is verbluffend. Het verband tussen ziektebeleving en stress (V.O.E.G.-score) blijkt voor hen, die nog maar kort ziek zijn, overduidelijk aanwezig. Het samengaan van veel stress en een geringe gedragsintentie is bij deze groep sterker, dan bij de andere groep. Daar verliest het zijn significantieniveau.

Wij menen, dat een en ander als volgt geïnterpreteerd kan worden. De chronische aandoening is te zien als stressor (Howard en Scott, 1965, Mechanic, 1968). Mensen, die pas kort weten dat zij een chronische aandoening hebben, weten daarmee nog geen raad. Zij hebben nog onvoldoende gelegenheid gehad, om aan hun veranderde sociale rol te wennen. Zij weten nog niet hoe zij zich als chronisch patiënt behoren te gedragen en wat van hen verwacht wordt. Zorgen om de aandoening, zich er-

Tabel 7.11. Samenhangen tussen stress (V.O.E.G.-score), het aantal huisartsconsulten, de voorgeschreven controles en de consumptie-geneigdheid, apart voor korte (N=25, onderste helft) en voor lange (N=47, bovenste helft) ziekte duur; rho's

N = 25	N = 47							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. huisartsconsulten weinig → veel	.	<u>.47</u>	-.08	-.25	.21	<u>-.30</u>	-.11	.19
2. controle noodzaak weinig → veel	-.03	.	-.09	.12	<u>.27</u>	<u>-.50</u>	.02	.25
3. vertrouwen in medische zorg veel → weinig	-.32	-.18	.	<u>.35</u>	.05	<u>-.39</u>	.19	.00
4. attitude arts positief → negatief	-.19	.19	<u>.40</u>	.	-.10	<u>-.29</u>	-.22	.05
5. ziekteopvatting onprofessioneel → professioneel	.03	.08	.16	.05	.	-.11	<u>.27</u>	-.26
6. ziektebeleving slecht → goed	-.16	-.29	-.13	-.31	.09	.	-.07	.06
7. gedragsintentie sterk → gering	-.13	.01	-.06	.24	-.06	-.17	.	.20
8. V.O.E.G.-score laag → hoog	.10	.06	.01	.21	-.31	-.60	.50	.

 = significant $p < .05$

mee ziek achten etc. (d.w.z. een slechte ziektebeleving) heeft bij deze psychisch onuitgebalanceerde mensen stress (hoge V.O.E.G.-score) tot gevolg. Een van de mogelijke reacties op stress in een dergelijke situatie zou een huisartsconsult kunnen zijn, omdat de arts de patiënt bijvoorbeeld bepaalde adviezen kan geven of hem gerust kan stellen. Maar deze vorm van "probleemoplossend gedrag" (Howard en Scott, 1965, Ormel, 1980) maakt bij deze mensen nog geen deel uit van hun sociale rol. Integendeel: zij onderdrukken elke neiging tot ziektegedrag (gedragsintentie) en zeggen vermoedelijk de arts niet met "kleine kwaaltjes" te willen lastig vallen.

Mensen die daarentegen langer ziek zijn, bekleden een sociale rol van een meer stabiel karakter. Daarin heeft vooral

de verhouding met de arts vorm kunnen krijgen: de patiënt kent zijn eigen verwachtingen ten aanzien van de arts en weet, hoe de arts op zijn ziektegedrag reageert. Een slechte beleving van de chronische ziekte heeft bij deze mensen geen stress (V.O.E.G.-score), maar wel relatief veel huisartsconsulten, een negatieve attitude ten aanzien van de arts en weinig vertrouwen in de medische zorg tot gevolg. Professionele ziekteopvattingen hebben zij als het ware "vertaald" in relatief veel voorgeschreven controles. Al deze reacties passen goed bij de rol van chronisch patiënt. De door ons gemeten gedragsintentie wordt door hen vermoedelijk niet eens meer in verband gebracht met hun aandoening. Zij reageren op de vragen betreffende de gedragsintentie eerder rationeel dan emotioneel. Het is dan ook plausibel, dat een op deze wijze gemeten geringe gedragsintentie bij hen met relatief professionele ziekteopvattingen samenhangt.

Deze interpretatie is - voorzover het de samenhang tussen ziektebeleving en stress (V.O.E.G.-score) betreft - in feite geheel in overeenstemming met algemene stress-theorieën. Het meetinstrument van Dirken meet immers fysiologische reacties op onverwerkte spanningen. Zodra deze spanningen echter worden omgezet in succesvol "probleemoplossend gedrag" valt de stress weg. Voorts is het niet onwaarschijnlijk, dat de gedragsintentie bij min of meer gezonde mensen een voornamelijk cognitief gegeven meet, terwijl de desbetreffende vragen door nog niet zo lang chronisch zieke respondenten tegen de achtergrond van de eigen aandoening worden beantwoord, waardoor deze dan een meer emotioneel gegeven indiceren.

Al met al heeft ons deze exercitie nogal ver van onze oorspronkelijke probleemstelling verwijderd. Na een korte samenvatting van dit deel zullen wij daarom overgaan tot de rol, die het lekenstelsel bij de consumptiegeheugenis speelt.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 7

- 1) Het is niet bekend, hoeveel patiënten die opgaven door de specialist behandeld te worden, voor zo'n behandeling telkens een verwijsbrief bij de huisarts moeten halen. Men mag echter aannemen, dat dat voor door specialisten voorgeschreven en uitgevoerde controles eerder uitsondering dan regel zal zijn.
- 2) Hierbij moet worden opgemerkt, dat non-parametrische correlatiecoëfficiënten gevoelig zijn voor gelijke waarnemingen ("ties"). Doordat met name het aantal huisartsconsulten vele "ties" bevat, is dit beeld vermoedelijk iets vertekend. Voorts is voor gepartialiseerde rangcorrelaties het significantieniveau niet bekend; significante nulde-orde correlaties ($p < .05$) zijn in tabel 7.4. omkaderd.
- 3) Volledigheidshalve is dit gegeven ook voor elke patiëntencategorie afzonderlijk berekend. Ook al verschillen deze noch wat de inhoud van consumptiegeneigdheid noch wat de intensiteit ervan betreft van elkaar, is het toch niet geheel uitgesloten, dat de samenhang tussen geneigdheid en feitelijke consumptie wel verschilt. Noch de richtingen van de verbanden noch het totaalbeeld van de uitkomsten geven evenwel wezenlijke verschillen op dit punt te zien. (bijlage 6)
- 4) Het argument voor toepassing van parametrische technieken op ordinale in plaats van op interval-gegevens luidt over het algemeen, dat door een voldoende grote N het intervalekarakter wordt benaderd.
- 5) In dit verband zij eraan herinnerd, dat de respondenten o.m. op leeftijd en geslacht geselecteerd zijn. Ten aanzien van de overige persoonskenmerken verschillen de patiëntencategorieën niet significant van elkaar. (zie bijlage 1)
- 6) Partialisering wijst uit, dat deze samenhang behouden blijft als voor opleiding wordt gecontroleerd.
- 7) Dit ligt mede ten grondslag aan de gehanteerde stress-theorie, zie Dirken, p. 17-21, p. 36-44 en vooral p. 118.
- 8) Het is Dirken niet gelukt om na te gaan of de V.O.E.G. m.b.t. een algemene klaagneiging vertekenend is, zie Dirken, p. 170-172.

Hoofdstuk 8. Samenvatting

In dit deel stond de consumptiegeneigdheid centraal. Wij hebben dit verschijnsel op een bepaalde wijze geoperationaliiseerd en onze overwegingen daarbij uiteengezet. Wij zullen de voornaamste overwegingen hier nogmaals noemen.

In de eerste plaats vatten wij consumptiegeneigdheid sociaal-psychologisch op en plaatsen het tegen de achtergrond van theorieën over attituden e.d. Daarbij werd zoveel mogelijk rekening gehouden met de kritiek die deze theorieën over het algemeen ondervinden. Onze werkdefinitie omschrijft consumptiegeneigdheid als een geheel van opvattingen, attituden en gedragsintenties dat met medische consumptie te maken heeft.

Bij de operationalisering daarvan staat voorop, dat het ons om vrij globale opvattingen etc. gaat en niet om meer specifieke dimensies daarbinnen. Het was van belang om na te gaan, of de inhoud van de consumptiegeneigheidscomponenten door de aard van de aandoening werd bepaald. Als dit het geval is, dan moeten wij consumptiegeneigdheid immers per patiëntencategorie bezien. Wij kunnen dan niet van "de consumptiegeneigdheid in dit onderzoek" spreken. Onze analyse wees echter uit, dat de antwoordpatronen van hartinfarctpatiënten, diabetici en psoriasispatiënten in het vraaggesprek niet wezenlijk van elkaar verschilden.

Wij hebben uiteindelijk vijf consumptiegeneigheidscomponenten onderscheiden:

1. vertrouwen in de medische zorg (veel → weinig)
2. attituden t.a.v. de eigen arts (positief → negatief)
3. opvattingen over ziekte (onprofessioneel → professioneel)
4. attituden t.a.v. de eigen aandoening: ziektebeleving (slecht → goed)
5. gedragsintentie m.b.t. medische consumptie (sterk → gering)

Daarbij zagen wij er bewust vanaf, om deze componenten tot één variabele samen te voegen of om veronderstellingen te formuleren over de wijze waarop zij bij de beïnvloeding van medische consumptie zouden samenhangen. Noch de onderzoeksresultaten van anderen, noch de in dit onderzoek gevonden samenhangen

tussen de componenten gaven voor zo'n werkwijze zinvolle aanwijzingen.

In hoofdstuk 7 hebben wij enkele eerder geformuleerde hypothesen getoetst (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3, hypothesen 1.1., 1.2. en 2.). Daarbij kwamen wij tot de opmerkelijke conclusie, dat de patiëntencategorieën onderling niet verschillen in hun consumptiegeneigdheid. Hun scores op de afzonderlijke geneigheidscomponenten verschillen zo weinig van elkaar, dat wij de hypothese 1.1. moeten verwerpen. Wij spreken nu dan ook niet langer van de consumptiegeneigdheid van hartinfarctpatiënten, diabetici en psoriasispatiënten, maar van de consumptiegeneigdheid van chronische patiënten.

Ook de hypothese betreffende een afnemende consumptiegeneigdheid bij een langere ziekteduur vond geen steun in de onderzoeksresultaten (hypothese 1.2.). Patiënten die langer dan vijf jaar weten, dat zij een chronische aandoening hebben, zijn niet meer of minder tot medische consumptie geneigd, dan patiënten die dat minder lang weten.

In welke mate kan consumptiegeneigdheid nu feitelijke medische consumptie voorspellen (hypothese 2)? Deze vraag kwam in paragraaf 7.3. aan de orde. Onder medische consumptie werd daar het aantal huisartscontacten begrepen, waarbij eventueel voorgeschreven controleconsulten (statistisch) buiten beschouwing bleven (stapsgewijze regressie-analyse). Het bleek, dat bijna 21 % van de variantie in de raadpleegfrequentie door de vijf geneigheidscomponenten verklaard kon worden. Daarbij leverden de attitude ten aanzien van de arts, de gedragsintentie en de ziektebeleving onafhankelijke, significante bijdragen. De invloed van de opvattingen over ziekte en medische zorg was geringer en niet significant. Ziet men af van de voorgeschreven consulten, door alléén de vijf geneigheidscomponenten in de analyse te betrekken, dan stijgt de verklaarde variantie tot bijna 28 % en neemt de betekenis van de ziektebeleving daarbij duidelijk toe.

Al met al is dit een zeer bevredigend resultaat met betrekking tot de gedragsvoorspellende waarde van ons meetinstrument.

Hoofdstuk 7 besteedde voorts aandacht aan enkele samenhangen tussen consumptiegeneigdheid en persoonskenmerken (paragraaf 7.4.). Deze samenhangen zijn zwak en hebben betrekking op de meer cognitieve componenten van geneigdheid - de opvattingen over ziekte en medische zorg en de gedragsintentie - die allen met opleiding verband houden. Jongeren vertonen bovendien een minder sterke gedragsintentie dan ouderen. De overige bestudeerde persoonskenmerken (geslacht, urbanisatiegraad en burgerlijke staat) hangen opvallend genoeg met géén van de consumptiegeneigheidscomponenten samen.

Alle resultaten tot nu toe geven aanleiding tot de conclusie, dat het bij de door ons geoperationaliseerde consumptiegeneigdheid om een relatief robuust meetinstrument gaat, dat vrij stabiele deelvverschijnselen meet. Het instrument is duidelijk geschikt als gedragsvoorspeller van medische consumptie.

Tenslotte onderzochten wij nog enkele verbanden tussen consumptiegeneigdheid en twee daarmee blijkens de literatuur verwante verschijnselen, nl. medische kennis en stress (geïndiceerd door middel van psycho-somatische klachten; V.O.E.G.).

Er zijn geringe aanwijzingen, dat veel specifieke medische kennis met een relatief geringe consumptiegeneigdheid en met weinig medische consumptie samengaat, maar de verbanden zijn niet sterk. Veel medische kennis houdt wél duidelijk verband met weinig vertrouwen in de medische zorg.

De lezer, die geïnteresseerd is in theorieën over "stress" en "coping behavior" zij verwezen naar de laatste paragraaf van hoofdstuk 7. Daarin komt naar voren, dat de mate waarin chronische patiënten erin slagen om hun sociale rol als patiënt te aanvaarden, van grote betekenis is voor de wijze waarop zij omgaan met de aandoening en de stress, die deze met zich meebrengt. Eerder stelden wij vast, dat respondenten die langer dan vijf jaar chronisch patiënt zijn, in hun consumptiegeneigdheid niet verschillen van respondenten, die dat minder lang zijn. Hier blijkt evenwel, dat de samenhangen tussen consumptiegeneigheidscomponenten onderling, stress en de feitelijke medische consumptie wel degelijk veranderen, naarmate de ziekte langer duurt.

DEEL III

HET LEKENSYSTEEM

Hoofdstuk 9. Beschrijving van het lekennetwerk

9.1. Inleiding

In hoofdstuk 2 werd al gezegd, dat Freidson met het leken-netwerk een partieel of uniplex netwerk (Mitchell, 1969) op het oog heeft. De relaties in zo'n netwerk hebben betrekking op een bepaald onderwerp, in dit geval op ziekte en gezondheid. De omvang van het netwerk kan per persoon verschillend zijn. Binnen een netwerk zijn deelnetwerken te onderscheiden, die de aard van relaties tussen de leden typeren. De meest genoemde deelnetwerken hebben betrekking op gezins- en familierelaties, op vrienden, kennissen, burens en op collega's.

In dit hoofdstuk willen wij enkele kenmerken van het partiële netwerk van onze respondenten beschrijven. Daarbij gaat het om een algemeen overzicht, dat als achtergrond moet dienen bij de behandeling van onderzoekshypothesen betreffende het lekennetwerk in de hoofdstukken 10 en 11 hierna. Paragraaf 9.2. bevat globale gegevens over het partiële netwerk in z'n geheel. In paragraaf 9.3. komt het door ons meer in detail bestudeerde deel van het partiële netwerk aan de orde: de meest-betrokken lekenadviseurs. In paragraaf 9.4. worden tenslotte de belangrijkste bevindingen uit het voorgaande met de consumptiegeneigdheid van de patiënt in verband gebracht.

9.2. De omvang van het lekennetwerk

Wij hebben slechts enkele gegevens over het lekennetwerk als geheel verzameld en wel op de volgende wijze. De respondent is gevraagd, wie er allemaal van weten, dat hij of zij de aandoening in kwestie heeft. De vraag is per deelnetwerk gesteld en kon beantwoord worden met "bijna allen" (van huis-genoten, familieleden, vrienden en kennissen, burens), "sommigen" of "bijna niemand". Wij onderscheiden vier deelnetwerken, zodat in totaal 300 antwoorden werden verkregen. Tabel 9.1. geeft per deelnetwerk en voor alle deelnetwerken tezamen een overzicht van de omvang van het lekennetwerk.

Tabel 9.1. Omvang van het lekensysteem (absolute aantallen)

	huisge- noten	familie- leden	vrienden, kennissen	buren	totaal (perc.)
bijna allen	70	65	52	34	77
sommigen	1	7	16	20	15
bijna niemand	-	2	5	16	8
n.v.t.	4	1	2	5	-
totaal	75	75	75	75	(288=100)

(alle verschillen zijn significant, $p < .05$)

Het merendeel van de mensen, waarmee de respondenten omgaan weet blijkbaar, dat zij een bepaalde aandoening hebben. Daarbij tekent zich voor de deelnetwerken een bepaalde prioriteit af: praktisch alle huisgenoten en vrij veel familieleden weten ervan. De vrienden en kennissen zijn ervan in mindere mate op de hoogte en de burenen nemen wat dit betreft een laatste plaats in. Vooral dit laatste is tot op zekere hoogte opmerkelijk, omdat anderen vrij nauwe relaties tussen burenen onderling waarnamen. Van 195 (vrouwelijke) burenen in Amsterdam Oost verklaarde 78 %, dat zij en hun burenen elkaar wel helpen (Nauta, 1973). Knipscheer onderzocht vijf deelnetwerken van oudere mensen in Nijmegen op verschillende inhoud. Daaruit blijkt, dat kinderen en vrienden het belangrijkste en andere familieleden en in het bijzonder broers en zussen het minst belangrijk zijn. Burenen nemen wat dat betreft een tussenpositie in.¹⁾ Op het gebied van de hulpverlening bezetten zij zelfs een tweede plaats na de kinderen (Knipscheer, 1980, p. 93). Voor onze respondenten zijn burenen mogelijk minder belangrijk en in ieder geval niet de meest aangewezen personen om met hen over de eigen gezondheid te praten.²⁾

Zijn er wat dat betreft nog verschillen tussen de drie patiëntencategorieën? Tabel 9.2. laat zien, dat de persoonlijke relaties van psoriasispatiënten het minst op de hoogte zijn van de aandoening van hun "mede-netwerklid", gevolgd door de relaties van diabetici. Het partiële netwerk van hartinfarctpatiënten is daarentegen nogal omvangrijk.³⁾

Tabel 9.2. Omvang van het lekensysteem naar patiëntencategorie
(absolute aantallen)

	H	S	P	totaal (perc.)
bijna allen	87	76	58	77
sommigen	10	15	19	15
bijna niemand	2	5	16	8
n.v.t.	1	4	7	-
totaal	100	100	100	(288=100)

$$\chi^2 = 27.27, p < .001$$

(verschil H - S: N.S., H - S: $p < .001$, S - P: $p < .02$)

Op dit punt willen wij aan de resultaten uit hoofdstuk 4 herinneren. Daaruit bleek, dat de door ons gehanteerde patiëntensporingsprocedure voor hartinfarctpatiënten een over- en voor de overige twee categorieën een onderrapportage opleverde. Voorts bleek, dat hartinfarctpatiënten eerder tot deelname aan het eigenlijke onderzoek bereid waren, dan diabetici. En tenslotte constateerden wij, dat psoriasispatiënten minder "meest-betrokken" lekenadviseurs noemden dan de andere twee groepen.

Al met al tekent zich een beeld af waaruit blijkt, dat het partiële netwerk van hartinfarctpatiënten o.g.v. verschillende criteria groter is, dan dat van diabetici en psoriasispatiënten. De verschillen tussen de laatste twee groepen zijn minder duidelijk maar wijzen erop, dat psoriasispatiënten het minst omvangrijke lekennetwerk hebben. Hoe kan deze bevinding worden geïnterpreteerd?

Er zijn verschillende interpretaties denkbaar. Men kan wijzen op een typische persoonlijkheid van hartinfarctpatiënten (het "type A", Friedman en Rosenman, 1969) of op het feit, dat zij relatief sociabel zijn (Van Dijk, 1978). Voorts is de aard van deze aandoening in hoge mate legitiem (Giel, 1976). De ernst ervan wordt door iedereen erkend.

Dit laatste is bij diabetes niet altijd het geval. Niet zelden wordt erop gereageerd met "... suikerziekte, och, je spuit 'iets', houdt je aan een diëet en je wordt misschien wel honderd" (Van der Horst, 1980, pag. 56). Dergelijke reacties kunnen een diabeet weerhouden, om veel mensen in zijn omgeving over zijn aandoening in te lichten. Groen en De Loos (1973, pag. 15) wijzen er bovendien op, dat diabetes veelal gepaard gaat met een toestand van "milde depressie", eenzaamheid en met het gevoel, door naaste sleutelfiguren niet begrepen te worden.

En tenslotte: psoriasis is een aandoening, die heel vaak met schaamtegevoelens gepaard gaat. De symptomen wekken bij anderen afkeer en bovendien ten onrechte de angst voor besmetting. Het komt dan ook voor, dat psoriasispatiënten zich sociaal geïsoleerd voelen (Van Veen-Viëtor, 1975, Musaph, 1977).

De verschillen in netwerkomsvang tussen de patiëntengroepen zullen bovendien samenhangen met de mate, waarin de aandoening in kwestie over het algemeen iemands leven "beheerst". Onder de door ons ondervraagde psoriasispatiënten bevonden zich waarschijnlijk weinig mensen, die deze aandoening hebben in de mate waarin Van Pelt (1976) haar beschrijft. Ook de gegevens van hun artsen wijzen erop, dat de psoriasis voor de door ons onderzochte groep over het algemeen niet erg ingrijpend is. Een hartinfarct is daarentegen op zichzelf al een ingrijpende gebeurtenis, waarvan de sociale omgeving van de patiënt meestal al snel op de hoogte is. De aan dit onderzoek deelnemende diabetici nemen wat dit betreft vermoedelijk een tussenpositie in.

Zonder daarvoor meer precieze oorzaken te kunnen aangeven is het - gezien het voorgaande - aannemelijk, dat de omvang van lekennetwerken verschilt, afhankelijk van de gezondheidstoestand van (een of meer van) de leden. Dat kan voor onderzoek met het "lay referral system" als onderwerp van belang zijn. Ons onderzoek biedt geen mogelijkheid, om ook andere netwerkkkenmerken op verschillen tussen patiëntencategorieën te bezien. Wij weten niet wie de netwerkkleden precies zijn, of zij elkaar kennen, of zij frequente wederzijdse contacten onderhouden en of de deelnetwerken elkaar overlappen. Al deze zaken zijn voor de

studie van iemands netwerk van belang. Wij kunnen over de structuur van de onderzochte lekennetwerken dan ook niet meer zeggen.

Wij weten wel iets meer van de meest betrokken lekenadviseurs. Daarop gaan wij in de volgende paragraaf nader in.

9.3. De meest betrokken lekenadviseurs: wie zijn dat?

In hoofdstuk 4 werd al vermeld, dat de meest betrokken lekenadviseurs door de respondent zelf zijn aangewezen. In termen van de theorie van sociale netwerken gaat het hier om een deel van het partiële netwerk. De relaties binnen dit deel zijn wederkerig. Wij beschikken over informatie, waarmee wij deze wederkerigheid op bepaalde detailpunten kunnen toetsen. Naast zijn hier centraal gestelde inhoud (de aandoening en wat ermee samenhangt) heeft het netwerk waarschijnlijk nog vele andere inhouden (bijv. "intimiteit", "hulpverlening"). Onze uitgangspunten impliceren immers, dat de leden tot de primaire sociale relaties van de patiënt behoren (zie hoofdstuk 2 paragraaf 3.4.). Maar wie zijn het?

In hoofdstuk 4 werd daarover al iets gezegd. Tabel 9.3. geeft de daar genoemde gegevens per patiëntencategorie weer.

Tabel 9.3. De meest-betrokken lekenadviseurs naar aard van hun relatie met de patiënt-respondent en naar patiëntencategorie (absolute aantallen)

	H	S	P	totaal
partner	22	19	21	62
moeder	2	4	2	8
vader	1	3	0	4
(schoon)dochter	9	7	4	20
(schoon)zoon	5	2	1	8
overige familie	3	5	2	10
vrienden, buren	2	2	1	5
totaal aantal adviseurs genoemd	44	42	31	117

Het is duidelijk, dat het hier nader bestudeerde lekennetwerk overwegend uit gezins- en familieleden bestaat. Buren en vrienden spelen daarin nauwelijks een rol (vergelijkte Bruhn,

1977). Partners zijn uiteraard het meest betrokken (65 respondenten zijn gehuwd, zie verderop in deze paragraaf), maar het valt op, dat relatief veel dochters de rol van adviseuze vervullen. Dit komt overeen met de bevindingen van Van Doorn-Janssen (1971) en Froland (1979), die erop wijzen, dat men voor advies bij problemen of voor psychosociale zorg in verband met ziekte meestal op gezins- of familieleden terugvalt. Booth en Babchuk constateerden, dat de volwassen dochter hierbij een belangrijke rol speelt (Booth en Babchuk, 1972). Er doen zich geen opmerkelijke verschillen tussen de patiëntencategorieën voor.⁴⁾

44 Mannelijke en 31 vrouwelijke patiënt-respondenten hebben samen 40 mannelijke en 74 vrouwelijke lekenadviseurs aangegeven.⁵⁾ Het aantal bij dit onderzoek betrokken vrouwen is dus vrij groot. Maar dit is begrijpelijk, aangezien er meer mannelijke dan vrouwelijke patiënt-respondenten zijn en veel mensen hun partner als lekenadviseur noemden.

Tabel 9.4. Aard van de relatie tussen patiënt-respondent en lekenadviseur, naar geslacht van de patiënt (absolute aantallen)

	man		vrouw		totaal	
partner	39		23		62	
ouder	7	} 25	5	} 30	12	} 55
kind	12		16		28	
overig	6		9		15	
niemand	24		9		33	
totaal	88		62		150	

$$\chi^2 = 7.11 \quad p < .05$$

In tabel 9.4. valt op, dat vrouwen totaal relatief meer niet-partners, vooral meer kinderen als lekenadviseurs noemen dan mannen en dat mannen wat vaker hun partner of helemaal niemand noemen dan vrouwen. De bevinding van Bott (1957) "women have relatives, men have friends" gaat in dit geval voor de mannen niet op: gevraagd naar meest-betrokken lekenadviseurs in verband met hun aandoening wijzen zij die vrienden in ieder geval niet aan.

Aan ons onderzoek namen slechts vier alleenstaanden deel, waardoor nauwelijks is na te gaan of deze bijzonder kwetsbaar zijn, omdat zij voor eventuele steun bij problemen rondom hun aandoening niet op gezinsleden kunnen terugvallen (Van Doorn-Janssen, 1971, pag. 7). Van de 31 personen die géén tweede betrokkene konden noemen (waaronder twee personen die helemaal niemand noemden) is er echter slechts één alleenstaande (gescheiden), de anderen leven allen in gezinsverband. De overige drie alleenstaanden noemden een kind of ander familielid als lekenadviseurs.

Tenslotte willen wij nog iets zeggen over de opleiding, die de patiënt-respondenten genoten hebben en hun relatie met de lekenadviseurs. Tabel 9.5. geeft daarvan een indruk.

Tabel 9.5. Opleiding van patiënt-respondenten naar aard van de relatie met hun lekenadviseurs (absolute aantallen)

	laag	middelbaar	hoog ¹⁾	totaal
partner	23	24	15	62
ouder	6	4	5	12
kind	15	6	7	28
overig	8	6	1	15
niemand	9	16	8	33
totaal	58	56	36	150

$$\chi^2 = 4.34 \text{ N.S.}$$

¹⁾ laag = LO-VGLO; middelbaar = LHNS-LTS + ULO-MAVO;
hoog = VHMO-VMO-HAVO + MOB + HBO + WO

Ook al verschillen de totaaluitkomsten naar opleidingsniveau niet significant van elkaar, het valt wel op, dat lager opgeleiden wat vaker hun kinderen als adviseurs noemen, dan hoger opgeleiden. Dit komt overeen met de bevindingen van Finlayson (1976). Verder valt op, dat lager opgeleiden wat meer lekenadviseurs noemen dan hoger en middelbaar opgeleiden. Dit is niet in overeenstemming met de meer algemene bevinding, dat lagere klassen minder informele hulp bij allerlei problemen krijgen dan hogere klassen (Miller, 1973, Finlayson, 1976, Sociaal en Cultureel Rapport, 1980). Dit is wellicht toe te

schrijven aan het feit, dat het hier om het aantal betrokken lekenadviseurs gaat, zonder dat daarbij in eerste instantie sprake is van hulp, die deze mensen verlenen.

9.4. De omvang van het partiële netwerk en de consumptiegeneigdheid van de patiënten

In paragraaf 9.2. bleek de omvang van het lekennetwerk gedeeltelijk samen te hangen met de aard van de aandoening. Wij veronderstelden, dat deze bevinding samenhangt met specifieke kenmerken van de hier bestudeerde chronische ziekten en met de mate waarin iemands gezondheidstoestand de dagelijkse gang van zaken in zijn omgeving beïnvloedt, zodat anderen er min of meer vanzelf bij betrokken raken. In hoofdstuk 7 werd duidelijk, dat de patiëntengroepen in hun consumptiegeneigdheid niet van elkaar verschillen. Wij willen deze bevindingen nu met elkaar in verband brengen en vragen ons af: bestaan er samenhangen tussen de omvang van het lekennetwerk en de consumptiegeneigdheid van de patiënt?

Wij hebben dit punt op drie verschillende manieren onderzocht. In de eerste plaats berekenden wij de correlaties tussen geneigheidscomponenten en de omvang van het partiële netwerk. Voor dit laatste sommeerden wij per individu de antwoorden met betrekking tot de vier deelnetwerken, waarbij "bijna allen" = 3, "sommigen" = 2 en "bijna niemand" = 1 werd gescoord. Tabel 9.6. wijst uit, dat geen van de onderzochte samenhangen significant is.

Tabel 9.6. Samenhangen tussen de omvang van het partiële netwerk en de vijf geneigheidscomponenten (rho's, allen N.S.)

	1	2	3	4	5
omvang netwerk klein → groot	-.16	-.10	-.06	-.10	-.15

1 = vertrouwen in medische zorg, veel → weinig

2 = attitude t.a.v. arts, positief → negatief

3 = ziekteopvattingen; onprofessioneel → professioneel

4 = ziektebeleving, slecht → goed

5 = gedragsintentie, sterk → gering

Vier van de vijf correlatiecoëfficiënten wijzen wel in de richting van een samenhang tussen een groot netwerk en veel consumptiegeneigdheid. Alleen de component, die in hoofdstuk 7, paragraaf 7.3 het minst belangrijk bleek als determinant voor medische consumptie, doet dat niet (ziekteopvattingen).

In de tweede plaats hebben wij aandacht besteed aan een speciale categorie patiënten binnen onze onderzoeksgroep, nl. aan personen die naar aanleiding van hun aandoening contact hebben gekregen met medepatiënten. Deze medepatiënten vormen een apart deelnetwerk, waarin meer dan in de andere deelnetwerken de aard van de aandoening centraal staat. Op verschillende plaatsen is gebleken, dat hulp verleend door lotgenoten verlichting kan bieden voor de wijze waarop patiënten hun ziekte ervaren (Van Harberden en Lafaille, 1978, Bremer-Schulte, 1980). Hier vragen wij ons af, of de omgang met medepatiënten met iemands consumptiegeneigdheid samenhangt.

Veertien personen in onze onderzoeksgroep onderhouden contact met medepatiënten. Daarvan hebben er zeven een hartinfarct gehad, vier zijn diabeet en drie psoriasispatiënt. Wij vergelijken de vijf geneigheidscomponenten van deze veertien met die van de overige respondenten (Mann-Whitney U-toets, tweezijdig). De enige significante uitslag betreft de ziektebeleving: contact met medepatiënten komt voor bij personen, die een relatief slechte ziektebeleving hebben ($z = 2.63$, $p < .009$).

In de derde plaats stelden wij de vraag: verschillen mensen met géén of slechts één lekenadviseur in consumptiegeneigdheid van de overigen? Ook op dit punt vinden wij slechts één significante uitkomst: patiënten met twee lekenadviseurs hebben - vergeleken met de overigen - een slechte ziektebeleving (Mann-Whitney U-toets, tweezijdig: $z = 3.09$, $p < .002$). Ten aanzien van de andere geneigheidscomponenten verschillen zij niet.

Deze uitkomsten zijn - gezien het voorgaande - alleszins plausibel en weerleggen onze veronderstelling niet: een aandoening, die de dagelijkse gang van zaken sterk beïnvloedt (waardoor er vele mensen bij betrokken raken) gaat - zo mag men aan nemen - gepaard met zorgen over die ziekte, met het gevoel echt ziek te zijn, kortom: met een slechte ziektebeleving.

Wij vatten de belangrijkste bevindingen uit de beschrijving van lekennetwerken hier nogmaals puntsgewijs samen.

1. De omvang van het lekennetwerk verschilt per patiëntencategorie: naarmate de aandoening ernstiger is, is het lekennetwerk groter.
2. Naarmate de aandoening ernstiger is, wijzen de patiëntrespondenten meer direct betrokken lekenadviseurs aan (significant alleen voor psoriasispatiënten in vergelijking met de andere twee groepen).
3. Er is een zwakke aanwijzing voor een samenhang tussen een groot netwerk en een relatief sterke consumptiegeenigheid (significant telkens voor de belangrijkste geenigheidsc component, nl. de ziektebeleving).

De vraag is nu, welke betekenis aan deze bevindingen kan worden toegekend in het licht van onze onderzoekshypothesen betreffende de invloed van lekenadviseurs op iemands consumptiegeenigheid. Op deze vraag komen wij in hoofdstuk 11 terug. Eerst besteden wij aandacht aan de meer precieze inhoud van de door ons bestudeerde lekennetwerken.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 9

- 1) Deze volgorde geldt ook voor de relatie-inhoud "intimiteit".
- 2) Dit blijkt ook uit het geringe aantal burens, dat door de respondent als lekenadviseur werd aangewezen. (zie hoofdstuk 4 en paragraaf 9.3. hierna.)
- 3) Deze volgorde geldt voor alle onderscheiden deelnetwerken.
- 4) Daarbij kan worden aangetekend, dat hartinfarctpatiënten relatief ouder zijn dan diabetici (zie tabel 4.4.), waardoor de eersten waarschijnlijk meer kinderen, de tweeden meer ouders noemen.
- 5) Van de drie (uiteindelijk niet-ondervraagde) adviseurs is het geslacht niet bekend.

Hoofdstuk 10. De consumptiegeneigdheid in lekennetwerken

10.1. Operationalisering

In hoofdstuk 6 werd beschreven hoe wij verschillende componenten van consumptiegeneigdheid van patiënt-respondenten operationaliseerden. Voor de bij dit onderzoek betrokken lekenadviseurs werden vergelijkbare variabelen bepaald, en wel op de volgende wijze.

Een groot deel van de vragenlijst voor lekenadviseurs is identiek aan die voor patiënt-respondenten. Daardoor konden hun opvattingen over medische zorg en over ziekte op dezelfde wijze worden samengesteld als voor patiënt-respondenten. Hetzelfde geldt voor de mate waarin men met bepaalde klachten of lichamelijke verschijnselen de dokter zou consulteren (gedragsintentie). Voor de operationalisering van deze variabelen verwijzen wij naar paragrafen 3.2., 3.4. en 3.6. van hoofdstuk 6. Met opzet is gekozen voor identieke schaalvorming, waarbij de vraag naar de schaalbaarheid binnen de categorie lekenadviseurs afzonderlijk buiten beschouwing bleef. Wij zijn immers niet zo zeer geïnteresseerd in de "eigen" consumptiegeneigdheid van lekenadviseurs, maar veeleer in de invloed van de lekenadviseurs op de geneigdheid van de patiënten om hun arts te raadplegen.

Dit uitgangspunt is tot op zekere hoogte eenzijdig. Daarin blijft immers de vraag, of lekenadviseurs zelf ziek zijn en er ten aanzien van hun eventuele aandoeningen en artsen bepaalde denkbeelden op na houden buiten beschouwing. Afgezien van de problemen, die deze vraag voor de opbouw en inhoud van de enquête had betekend, is het antwoord daarop voor onze probleemstelling ook niet primair van belang. Dit, omdat wij leden van verschillende lekennetwerken bestuderen. Deze lekennetwerken bestaan mede omdat een lid ervan een chronische aandoening heeft. Alle leden van het lekennetwerk hebben een bepaalde geneigdheid, die de aandoening in kwestie en de arts die deze behandelt tot "object" heeft. De opvattingen en attitudes van netwerkliden moeten daarom op dezelfde attitudeobjecten betrekking hebben.

De consumptiegeneigheidscomponenten die betrekking hebben op de aandoening van de persoon in kwestie worden voor leken-

adviseurs dan ook per definitie op andere wijze samengesteld dan voor patiënt-respondenten. Het gaat om attitudes die deze mensen er ten aanzien van de ziekte van de patiënt en ten aanzien van diens arts op nahouden.

Speelt de aandoening van de patiënt een belangrijke rol voor zijn of haar lekenadviseurs? Om hierin enig inzicht te krijgen werden in het gesprek met de lekenadviseurs verschillen de vragen gesteld naar de wijze waarop hij of zij het beleeft, om nauw bij iemand met een chronische aandoening betrokken te zijn. Het correlatiepatroon van de antwoorden daarop wees uit, dat de volgende drie variabelen onderling samenhangen en na sommering een indicator kunnen vormen voor de attitude van de lekenadviseur ten aanzien van de ziekte van de patiënt (bijlage 10):

- frequentie waarmee de lekenadviseur zich over de aandoening ongerust maakt
- frequentie waarmee men zelf problemen ondervindt, doordat de persoon een hartinfarct gehad heeft resp. diabetes of psoriasis-patiënt is
- mate waarin men het voor zichzelf lastig vindt, dat de patiënt-respondent die aandoening heeft.

Wij noemen deze component, net als bij de patiënten, "ziektebeleving", wetende dat met ziekte in dit geval het hartinfarct, de suikerziekte of de psoriasis van de patiënt-respondenten bedoeld is.

Tenslotte de operationalisering van de attitude ten aanzien van de de patiënt behandelende arts. Hebben de lekenadviseurs wel een oordeel over de wijze waarop deze de patiënt voor het hartinfarct, diabetes resp. psoriasis behandelt? Daarnaast gevraagd gaven zeven eerstgenoemde en zes als tweede genoemde lekenadviseurs te kennen "het echt niet te weten". Voor de overigen wordt de bij deze vraag tot uitdrukking gebrachte (on)tevredenheid¹⁾ met de arts opgevat als indicator voor de geneigdhedencomponent, die wij kortweg "tevredenheid met de arts" noemen.

Wij hebben nu vijf indicatoren voor de consumptiegeneigdheden van lekenadviseurs, die vergelijkbaar zijn met de vijf geneigdhedencomponenten van de patiënten.²⁾ Voor het gemak zullen wij in het vervolg spreken van de consumptiegeneigdheden(scompo-

enten) van de lekenadviseurs, zonder er telkens op te wijzen, dat deze voor wat het evaluatieve deel betreft gerelateerd is aan de aandoening en behandeling van de patiënt-respondenten.

10.2. Lekenadviseurs van de drie patiëntencategorieën en hun consumptiegeneigdheid

In hoofdstuk 7, paragraaf 7.3. werd onderzocht, of de patiëntencategorieën in consumptiegeneigdheid verschillen. Dat bleek tegen de verwachting in niet het geval te zijn. Hier is de vraag aan de orde of de lekenadviseurs van de drie patiëntencategorieën in verschillende mate tot medische consumptie geneigd zijn, en zo ja, of deze verschillen interpreteerbaar zijn tegen de achtergrond van de aard van de aandoeningen. Daarmee gaan wij in op de hypothese, dat lekenadviseurs van hartinfarctpatiënten de sterkste en die van psoriasispatiënten de geringste geneigdheid vertonen en dat die van diabetici wat dit betreft een tussenpositie innemen (vergelijk hoofdstuk 3, paragraaf 3., hypothese 3.1.).

De werkwijze is overeenkomstig die gevolgd in paragraaf 7.3. Tabel 10.1. vat de resultaten van tien eenweg-variantie-analyses samen, waarbij de vijf geneigheidscomponenten van de twee lekenadviseurs criterium-variabelen zijn en telkens voor de patiëntencategorieën op verschillen in variantie worden bezien.

Evenmin als de patiënten zelf verschillen hun lekenadviseurs per patiëntencategorie in de mate waarin zij consumptiegeneigd zijn, met één uitzondering: de het meest bij de aandoening betrokkene (dat wil zeggen, de eerstgenoemde) lekenadviseurs verschillen significant in de wijze waarop zij de aandoening van de patiënt beleven. Daarbij is de beleving van de adviseurs van hartpatiënten het slechtst, die van psoriasispatiënten het best. De ziektebeleving van suikerpatiëntenadviseurs neemt een tussenpositie in. Wij merken op, dat deze volgorde overeenkomt met de volgorde, die bij patiënten werd vastgesteld, die daar echter geen significante verschillen aan het licht bracht. Voorts merken wij op, dat zich deze volgorde ook bij de tweede genoemde lekenadviseurs voordoet, maar ook

Tabel 10.1. Verschillen in vijf componenten van consumptiegeenigheidheid tussen lekenadviseurs van hartinfarct- (H), suiker- (S) en psoriasispatiënten (P) (eenweg-variantie-analyse)

<u>(eerste adviseur)</u>	<u>gemiddelde</u>	<u>mediaan</u>	<u>s.d.</u>	<u>F</u>
<hr/>				
1. vertrouwen in medische zorg (veel + weinig)				
totaal	16,0	16,0	3,5	
H	15,9	15,0	3,9	0.04
S	16,1	16,2	2,8	N.S.
P	15,9	16,0	3,9	
2. attitude t.a.v. arts (positief + negatief)				
totaal	2,6	2,6	1,2	
H	2,5	2,6	1,2	0.85
S	2,6	2,7	1,3	N.S.
P	2,7	2,6	1,4	
3. opvattingen over ziekte (onprof. + profession.)				
totaal	37,8	37,0	6,2	
H	37,0	37,0	6,2	0.49
S	37,8	38,0	5,9	N.S.
P	38,8	37,0	6,7	
4. ziektebeleving (slecht + goed)				
totaal	9,6	10,0	2,8	
H	8,6	8,6	3,0	3.37
S	9,7	10,2	2,8	p < .05
P	10,6	11,2	2,1	
5. gedragsintentie (sterk + gering)				
totaal	42,5	42,0	8,2	
H	43,3	42,3	6,4	0,35
S	42,8	44,5	9,9	N.S.
P	41,3	40,7	8,2	

vervolg tabel 10.1.

<u>(tweede adviseur)</u>	<u>gemiddelde</u>	<u>mediaan</u>	<u>s.d.</u>	<u>F</u>
1. vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)				
totaal	17,7	18,0	4,4	
H	18,8	19,0	4,2	1,29
S	17,3	15,0	4,0	N.S.
P	15,7	15,0	5,4	
2. attitude t.a.v. arts (positief → negatief)				
totaal	3,0	2,9	0,9	
H	3,1	3,0	1,1	0,85
S	3,1	3,0	0,7	N.S.
P	2,8	2,3	1,3	
3. opvattingen over ziekte (onprof. → profession.)				
totaal	39,3	38,0	6,2	
H	39,6	38,0	6,4	0,13
S	38,6	37,0	6,7	N.S.
P	39,8	39,0	5,0	
4. ziektebeleving (slecht → goed)				
totaal	10,0	10,6	2,8	
H	9,3	9,7	2,7	1,14
S	10,3	11,6	3,0	N.S.
P	11,1	12,2	2,4	
5. gedragsintentie (sterk → gering)				
totaal	42,4	43,0	7,9	
H	43,1	43,2	4,6	1,44
S	39,9	41,2	10,3	N.S.
P	45,7	45,0	8,0	

daar niet tot significante verschillen leidt.

Dit geeft aanleiding tot de conclusie, dat onze verwachtingen ten aanzien van de volgorde, waarin patiënten met de hier bestudeerde aandoeningen en hun lekenadviseurs tot medische consumptie geneigd zouden zijn, voor wat de ziektebeleving betreft wordt gesteund. Belangrijker dan dat is echter nog de bevinding, dat de meest-betrokken adviseurs op het punt van de

ziektebeleving significant verschillen. Dat zou er immers op kunnen wijzen, dat deze adviseurs de aandoening van de patiënt respondent als het ware nog intenser beleven, dan de patiënter zelf.³⁾ Wij komen hierop nog terug.

10.3. Consumptiegeneigdheid van patiënten en hun lekenadviseur

In paragraaf 10.2. werd de consumptiegeneigdheid van groepen lekenadviseurs bestudeerd. Onze probleemstelling richt zich echter op de samenhang tussen de consumptiegeneigdheid van de patiënt-respondenten en zijn lekenadviseur(s). In deze paragraaf gaan wij op deze samenhang in. De analyse wordt hier dan ook op individueel niveau uitgevoerd (N = 72).⁴⁾

Voordat wij ons met deze samenhang gaan bezig houden, moet wel eerst bedacht worden, dat onderlinge beïnvloeding van patiënten en lekenadviseurs tijdens het interview opgetreden kan zijn in gevallen, waarin gesprekken niet zonder aanwezigheid van anderen gevoerd konden worden. Ondanks instructies hierover was het voor de enquêtrices niet altijd mogelijk, om het interview onder vier ogen af te nemen. Uitgebreide rapportage van de enquêtrices leverde de volgende informatie over de gespreks-situaties (tabel 10.2.).

Tabel 10.2. Gesprekssituaties tijdens de interviews (absolute aantallen)

daarbij was de onder- vraagde	Gesprek gevoerd met		
	patiënt respondent	eerste leken- adviseur	tweede leken- adviseur
alleen	50	42	25
gedeeltelijk alleen ¹⁾	6	2	1
niet alleen ²⁾	17	25	12
geen informatie, geen lekenadviseur	2	6	37
<hr/>			
totaal	75	75	75

1) niet gedurende het hele gesprek en/of wel iemand aanwezig, maar zonder dat deze, volgens het oordeel van de enquêtrice, op het gesprek lette of daarop invloed uitoefende.

2) d.w.z. meestal in aanwezigheid van een lid van het leken-netwerk.

Wanneer gegevens van patiënt-respondenten met die van hun lekenadviseurs vergeleken worden, zullen wij hiermee rekening houden door voor een eventuele invloed van de gesprekssituatie te corrigeren. Voor de vergelijking van geneigheidscomponenten verwachten zij daarvan evenwel geen sterke invloed, omdat alle vijf componenten elk weer uit verschillende variabelen werden samengesteld. Het is niet waarschijnlijk, dat een lekenadviseur alle antwoorden "in de geest" van de patiënt-respondent kan of zal geven.

Om deze verwachting te kunnen staven zijn in onderstaande correlatiematrix (tabel 10.3.) niet alleen nulde-orde correlaties (Kendall's, eerste regel) tussen geneigheidsaspecten van patiënten en lekenadviseurs, maar ook partiële coëfficiënten aangegeven (tweede en derde regel, zie toelichting bij de tabel)

Tabel 10.3. Correlaties (Kendall) tussen geneigheidscomponenten van patiënten en hun lekenadviseurs ¹⁾

patiënt- respondent	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. vertrouwen	<u>.33</u>					-.15				
in medische	.33					-.14				
zorg	.33					-.15				
2. tevreden- heid met	<u>.25</u>						<u>.24</u>			
arts	.25						.26			
	.25						.23			
3. ziekte- opvattingen		<u>.22</u>						.14		
		.22						.14		
		.22						.14		
4. ziektebe- leving			<u>.32</u>						<u>.34</u>	
			.33						.34	
			.33						.33	
5. gedrags- intentie				<u>.32</u>						<u>.22</u>
				.32						.22
				.32						.22

(eerste adviseur)

(tweede adviseur)

- 1) eerste regel: nulde orde (omkaderd - significant bij $p < .005$)
 tweede regel: gecontroleerd voor gesprekssituatie patiënt
 derde regel: gecontroleerd voor gesprekssituatie lekenadviseur

Van gepartialiseerde Kendall's correlatiecoëfficiënten is het significantieniveau niet bekend, reden waarom alleen de eerste regel omkaderingen bevat.

De correlaties laten er geen twijfel over bestaan: de consumptiegeneigdheid van de patiënt-respondent lijkt sterk op die van zijn lekenadviseurs. De personen in de nabije omgeving van de patiënt-respondenten hebben een daarmee zeer duidelijk vergelijkbare mate van geneigdheid tot medische consumptie. Deze overeenstemming in attituden en denkbeelden komt verder niet voort uit de interviewsituatie: deze heeft daarop praktisch geen invloed gehad.

Alle geneigheidscomponenten van patiënt-respondenten correleren significant met de vergelijkbare opvattingen, attituden en gedragsintenties van de eerste lekenadviseur. De overeenstemming tussen patiënten en tweede lekenadviseur is geringer: in twee gevallen zijn de correlaties niet significant, de zorgopvattingen correleren daarbij zelfs negatief.⁵⁾ Maar het blijkt, dat juist componenten die de medische consumptie het meest beïnvloeden (zie hoofdstuk 7), nl. de attituden en de gedragsintentie, de hoogste correlaties opleveren. Alleen in de minder belangrijke opvattingen stemmen patiënt en tweede lekenadviseur niet overeen.

Hiermee kunnen wij concluderen, dat er een redelijke overeenstemming in consumptiegeneigdheid bestaat tussen patiënten en hun lekenadviseurs. Dat neemt overigens niet weg, dat er ook lekennetwerken zijn aan te wijzen, waarin minder of geen overeenstemming op dit punt bestaat. Daarop gaat de volgende paragraaf verder in.

Kan men nu beweren, dat consumptiegeneigdheid in feite geen individueel kenmerk is, doch veeleer een kenmerk van een lekennetwerk? Om hierop een antwoord te geven, moet eerst worden nagegaan in welke mate lekenadviseurs onderling in hun consumptiegeneigdheid overeenkomen. Tabel 10.4. geeft een - ook weer voor de gesprekssituatie gecorrigeerd - inzicht.

Het is opvallend, dat de overeenstemming tussen de eerste en de tweede lekenadviseur ten dele zelfs nog groter is, dan die tussen patiënt-respondent en lekenadviseurs. Dit houdt mogelijk verband met het feit, dat een combinatie van een echtgeno(o)t(e) als eerste en een kind als tweede lekenadviseur vrij veel voorkomt (in 20 van de 39 gevallen). Men kan zich voorstellen dat de partner-lekenadviseur als ouder het kind

Tabel 10.4. Correlaties (Kendall's) tussen geneigheidscomponenten van lekenadviseurs ¹⁾

eerste leken-adviseur ↓	1	2	3	4	5	← tweede leken-adviseur
1. vertrouwen in medische zorg	.01 ²⁾ .01 .01					
2. tevredenheid met arts		.49 .50 .44				
3. ziekteopvattingen			.25 .24 .25			
4. ziektebeleving				.53 .54 .53		
5. gedragsintentie					.52 .55 .51	

1) zie noot 1) bij tabel 10.3

2) zie noot 5 bij dit hoofdstuk

nogal sterk beïnvloedt in zijn attituden en opvattingen ten aanzien van de aandoening van de andere ouder. Dit sluit aan bij de bevindingen van Smits. Hij concludeert dat ouders een sterke invloed hebben op de mate waarin kinderen gezondheidsstoornissen aan de huisarts presenteren. Daarbij speelt onder andere het omgaan met (elkaars) gezondheidsstoornissen en de beleving ervan een belangrijke rol (Smits, 1978, p. 89).

De resultaten uit deze paragraaf rechtvaardigen het, de consumptiegeneigdheid als kenmerk van het onderzochte leken-netwerk te beschouwen. Dit is ook af te leiden uit tabel 10.5., waarin de overeenstemming in geneigheidscomponenten voor het lekensysteem als geheel is weergegeven door middel van Kendall's concordantie-coëfficiënt (Siegel, 1956).

Met andere woorden: personen, die elkaar bij gezondheidszaken raadgeven en helpen, hebben eenzelfde algemene neiging tot het invoeren van medische hulp. Dit is een belangrijke conclusie. Zij steunt onze onderzoekshypothese betreffende de on-

Tabel 10.5. Mate van overeenstemming in consumptiegeneigdheid in leken-systemen (Kendall's concordantie-coëfficiënten) 1)

overeenstemming met betrekking tot:

		<u>significantie</u>
1. vertrouwen in medische zorg	.12	N.S.
2. attitude t.a.v. arts	.48	$p < .005$
3. ziekteopvattingen	.31	$p < .025$
4. ziektebeleving	.47	$p < .005$
5. gedragsintentie	.39	$p < .01$

- 1) de berekening is uitgevoerd op correlaties, die betrekking hebben op volledige netwerken, d.w.z. met personen met twee lekenadviseurs (listwise deletion, $N=30$). Een berekening met pairwise deletion levert eenzelfde resultaat met alleen ten aanzien van de gedragsintentie een wat hoger significantieniveau ($p < .005$).

derlinge overeenkomsten in consumptiegeneigdheid binnen leken-netwerken (hypothese 3 algemeen).

Helaas valt de vraag, of de patiënt zijn lekenadviseurs beïnvloedt dan wel de lekenadviseurs de patiënt met onze gegevens niet te beantwoorden. Hier wreekt zich het eerder gesignaleerde nadeel van een informatieverzameling op één tijdstip. Wij moeten volstaan met het vermoeden, dat hierbij van een wisselwerking sprake zal zijn.

10.4. Homogene en heterogene lekennetwerken

Zoals gezegd: de overeenstemming in consumptiegeneigdheid tussen netwerkleden, die tot uitdrukking komt in de relatief hoge correlaties tussen de variabelen, die die geneigdheid indiceren, verhult tot op zekere hoogte, dat er ook netwerken zijn waarvan de leden minder eensgezindheid vertonen. Dit om twee redenen. Ten eerste: de correlaties zijn wel hoog en significant, maar toch ook weer niet zo hoog, dat van volledige overeenstemming gesproken kan worden. Ten tweede, en dat is belangrijker: wij hebben hiervoor de mate van eensgezindheid per geneigheidscomponent gezien, terwijl echte eensgezindheid natuurlijk pas blijkt, als men in meer dan één attitude of opvatting overeenstemt.

Wij hebben geprobeerd netwerken te identificeren, die op het punt van zoveel mogelijk geneigheidscomponenten gelijk gezind zijn (vergelijk Nauta, 1973). Binnen deze homogene netwerken zijn netwerken aan te wijzen met een bijzonder sterke consumptiegeneigtheid (idealiter: overeenstemming met betrekking tot veel vertrouwen in de medische zorg, een positieve attitude ten aanzien van de arts, professionele ziekteopvattingen, een slechte ziektebeleving en een sterke gedragsintentie) en als tegenhanger: netwerken met een bijzonder geringe consumptiegeneigtheid. Het identificeren van dit soort netwerken is in de praktijk echter verre van eenvoudig, omdat drie personen in vijf componenten overeen moeten stemmen, die elk meestal weer vele verschillende waarden kunnen aannemen.

naar homogeniteit te rangschikken moeten dan ook enkele beslissingen worden genomen ten aanzien van de vraag: is deze combinatie van attitudeën nog homogeen te noemen of niet meer?

Er werden twee verschillende indelingen ontworpen⁶⁾: de eerste is uitsluitend gebaseerd op overeenkomsten tussen patiënt en zijn eerste lekenadviseur (N = max. 72), de tweede houdt zoveel mogelijk rekening met denkbeelden van alle drie de leden van het netwerk (N = max. 39).

Tabel 10.6. laat deze twee classificaties apart voor de patiëntencategorieën zien.

Tabel 10.6. Homogene en heterogene netwerken ten aanzien van hun consumptiegeneigtheid naar patiëntencategorie

(1) homogeniteit bij patiënt en eerste lekenadviseur	totaal ¹⁾			
	H	S	P	
homogeen-sterke geneigtheid	5	3	3	11
heterogeen	10	17	14	41
homogeen-geringe geneigtheid	6	3	3	12
totaal	21	23	20	64
(2) homogeniteit bij patiënt en beide lekenadviseurs				
homogeen-sterke geneigtheid	4	3	1	8
heterogeen	8	8	4	20
homogeen-geringe geneigtheid	3	3	0	6
totaal	15	14	5	34

1) missende informatie m.b.t. één of meer componenten: 8 resp. 5

Het is opvallend, dat zich binnen de patiëntengroepen ongeveer dezelfde verdeling voordoet als voor de gehele groep. Dat geldt zelfs nog - voor zover na te gaan bij het geringe aantal netwerken per patiëntengroep - wanneer men de mate van overeenstemming tussen alle netwerkleden in de beschouwing betreft. Daaruit mag men afleiden, dat de aard van de aandoening niet bepalend is voor de homogeniteit van denkbeelden binnen het lekennetwerk.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 10

- 1) De antwoordmogelijkheden waren gelijk aan die voor patiënten bij de hiermee vergelijkbare vraag, nl. van "buitengewoon tevreden" tot "niet zo tevreden".
- 2) Tabel 10.1. geeft een overzicht van enkele statistische kenmerken van de geneigheidscomponenten van lekenadviseurs.
- 3) Hiertegen is op te merken, dat de ziektebeleving van lekenadviseurs anders is geoperationaliseerd dan die van de patiënt, waardoor een vergelijking moeilijk zou zijn. Als de voor de lekenadviseurs geoperationaliseerde ziektebeleving echter gevoeliger is voor de aard van de aandoening dan die van de patiënt, dan zou dit vermoedelijk ook tot uitdrukking komen in verschillen in ziektebeleving van tweede lekenadviseurs. Dat is echter niet het geval.
- 4) 72 = aantal patiënt-respondenten met minimaal een lekenadviseur.
- 5) Wij konden hiervoor geen goede verklaring vinden. Het negatieve verband bleef bestaan, ook als voor de leeftijd van de patiënt of zijn tweede lekenadviseur werd gecontroleerd (Mc Kinlay (1973) en Salloway (1973) wijzen op het belang van de leeftijd van lekenadviseurs met eventueel afwijkende denkbeelden). Dit was ook het geval als de correlaties voor bepaalde subgroepen (alleen ouders, alleen personen van dezelfde generatie, alleen kinderen als tweede lekenadviseur genoemd) afzonderlijk werden berekend. Men kan op grond daarvan hooguit aannemen, dat opvattingen over ziekte en over medische zorg in het algemeen niet erg centraal staan in situaties, waarin de betrokkenheid bij 's patiënten aandoening niet zo sterk is (het gaat hierbij immers alleen om tweede lekenadviseurs). Deze interpretatie is evenwel niet erg bevredigend. Een en ander moet ook worden opgemerkt over de (ontbrekende) samenhang tussen opvattingen over de medische zorg van lekenadviseurs onderling. (zie tabel 10.4.)
- 6) Bijlage 11 bevat enkele details.

Hoofdstuk 11. Functies van netwerkleiden, consumptie- geneigdheid en medische consumptie

11.1. Inleiding

Elk primair sociaal netwerk kent bepaalde eigen reactiepatronen op klachten en ziekten van een van de netwerkleiden. Het ontstaan van deze reactiepatronen in de loop der jaren is een complex proces. Het is vooral afhankelijk van wederzijdse waarden, normen en verwachtingen en van de functies, die de leden van het lekennetwerk voor elkaar vervullen. Zo kan een klacht "ik voel me ziek" binnen het ene netwerk betekenen "laat me met rust", terwijl diezelfde klacht binnen een ander netwerk een roep om hulp impliceert (Van Eijk, 1979). In hoofdstuk 2 werd al benadrukt, dat primaire sociale netwerken, waarvan één der leden chronisch ziek is, weer specifieke reactiepatronen ten aanzien van die aandoening ontwikkeld kunnen hebben (Callahan, 1966, Litman, 1974, Bruhn, 1977).

De functies die leden van het netwerk door dit soort reacties voor elkaar kunnen vervullen met het oog op behoud of herstel van hun gezondheid krijgen in Nederland veel aandacht. Daarbij speelt vooral de gedachte een rol, dat gezondheid en ziekte verschijnselen zijn, die binnen het gezin of huishouden optreden en in deze context hun betekenis krijgen (Heydendael, 1972, Boeckhorst e.a., 1977, Huygen, 1978, Smits, 1978, Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1978, Van Eijk, 1979). In het buitenland is nogal wat aandacht besteed aan de functies, die verschillende netwerkleiden - familieleden in vergelijking met vrienden of burens bijvoorbeeld - vervullen (Salloway en Dillon, 1973, Finlayson, 1976, Froland, 1979).

De gevolgen van de reactiepatronen binnen het netwerk kunnen voor de leden en vooral voor de patiënt verschillend zijn. Boeckhorst e.a. (1977) en Van Eijk (1979) zijn daarop uitgebreid ingegaan. Eenvoudig gesteld - en zonder verder op de achterliggende mechanismen in te gaan - kan men twee extreme gevolgen onderscheiden: of de reacties van netwerkleiden geven aanleiding tot bestendiging en versterking van de patiëntenrol ("somatische fixatie", Boeckhorst e.a., 1977), of zij bewerkstelligen

het tegenovergestelde. Bij dat laatste vervullen de netwerkleiden als het ware probleemoplossende functies, die een eventuele behoefte aan ziekte- of patiëntenrolgedrag doen afnemen (Mechanic, 1968).

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan verschillende gedragingen van lekenadviseurs in relatie met de consumptiegeneigdheden en de feitelijke medische consumptie van de patiënt en daarmee aan de onderzoekshypothesen 3.2. en 4. Deze hypothesen luiden: (3.2.) lekenadviseurs, die de patiënt in praktische of emotionele zin helpen, zullen zijn consumptiegeneigdheden doen afnemen en (4) iemands medische consumptie neemt toe, naarmate de consumptiegeneigdheden van zijn lekenadviseurs (zoals in hoofdstuk 10 is gedefinieerd) toeneemt. Met het voorgaande is echter aangegeven, dat bij onderzoek naar de functies van netwerkleiden en vooral bij de interpretatie daarvan voorzichtigheid geboden is. Een functie, die in de ogen van de onderzoeker "verlichtend" of "probleemoplossend" is, behoeft dat in de ogen van bepaalde netwerkleiden niet te zijn en omgekeerd. Voorts zullen hulpverlening en emotionele steun tot op zekere hoogte aansluiten bij bepaalde behoeften van de patiënt, zonder dat precies is na te gaan, in welke mate de ziekte daartoe "objectief" gezien inderdaad een aanleiding vormt.

De hiernavolgende analyse heeft derhalve een minder toetsend karakter, dan op het eerste gezicht lijkt. De eventuele relaties tussen onafhankelijke (gedragingen van netwerkleiden) en afhankelijke variabelen (consumptiegeneigdheden en feitelijke consumptie) zullen in onderlinge samenhang moeten worden geïnterpreteerd, waarbij tevens de indicatieve waarde van de gedragingen van lekenadviseurs zal worden beoordeeld. Paragraaf 11.2. gaat nader in op de praktische hulp verleend door netwerkleiden, paragraaf 11.3. op hun emotionele steun voor de patiënt bij de verwerking van het feit, dat hij chronisch ziek is. Dit onderscheid tussen instrumentele en expressieve functies van netwerkleiden baseren wij op de bevindingen van Booth en Babchuk (1979). In paragraaf 11.4. komt tenslotte de invloed van de consumptiegeneigdheden van lekenadviseurs op de medische consumptie van de patiënt aan de orde. Het hoofdstuk besluit met een korte beschouwing ten aanzien van de voornaamste conclusies.

11.2. Instrumentele functies van netwerkleiden:

praktische hulp in verband met de aandoening

Als men een chronische aandoening heeft, is men wel eens op de hulp van anderen aangewezen. Dat geldt bijvoorbeeld voor psoriasis-patiënten, die soms grote delen van het lichaam met zelf moeten behandelen of voor hartinfarctpatiënten, die bepaalde huishoudelijke taken niet langer kunnen verrichten.

Wij hebben - gezien de verscheidenheid van mogelijkheden tot hulpverlening - een globale maat berekend voor de mate waarin de lekenadviseurs dit soort instrumentele functies voor de patiënt-respondent vervullen. Deze maat is samengesteld uit antwoorden op twee vragen aan lekenadviseurs: één naar een specifieke vorm van hulp¹⁾ en één naar overige hulp²⁾. De mate waarin hulp wordt verleend is bepaald door na te gaan, of beide lekenadviseurs op beide vragen positief reageerden (veel hulp) dan wel, of zij dat beide niet deden (geen hulp) en met verschillende tussenvormen. Tabel 11.1. laat de verdeling van deze variabele per patiëntencategorie zien. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant.³⁾

Tabel 11.1. Mate van hulpverlening door lekenadviseurs naar patiëntencategorie

	hartinfart	diabetes	psoriasis
veel hulp	6	4	0
hulp	4	4	3
geen hulp	7	5	4
geen lekenadviseurs/ geen informatie	8	11	18

$$F = 1.04 \quad N.S.$$

Bestaat er een samenhang tussen consumptiegeneigdheid en verkregen hulp? Tabel 11.2. vergelijkt twee -wat hun hulp betreft - uiterste groepen. Conform onze hypothese verwachten wij, dat de groep die hulp ontvangt minder tot medische consumptie geneigd zal zijn dan de andere groep.

Dit resultaat is in tegenspraak met onze verwachting. Het is op de meeste punten niet significant maar toch vrij duidelijke

lijk: personen in netwerken, waarin veel hulp aan de patiënt wordt verleend, zijn over het algemeen allen - patiënt, eerste en tweede lekenadviseur - iets meer tot medische consumptie geneigd dan personen in netwerken waarin dat niet gebeurt. Het valt op, dat de ziektebeleving van de lekenadviseurs zelfs significant slechter is, wanneer zij de patiënt helpen, dan wanneer zij dat niet doen.

Hoe kan dit worden geïnterpreteerd? Zeer waarschijnlijk blijkt hieruit een zekere overbezorgdheid, die de adviseurs tot helpen aanzet. Hierdoor ontstaat de kans, dat zij de patiënt in zijn patiëntenrol sterken in plaats van hem te helpen. Er zou, met andere woorden, sprake kunnen zijn van een zekere mate van somatische fixatie (Boeckhorst e.a., 1977) binnen het lekennetwerk. Wij komen daarop nog terug. Eerst vragen wij ons af, of er een relatie bestaat tussen hulpverlening en feitelijke medische consumptie van de patiënt.

Wij willen dit niet rechtstreeks nagaan maar proberen, de medische consumptie apart te bezien van categorieën die - op grond van bepaalde indicatoren - vergelijkbaar zijn in de ernst van hun aandoening (consumptienoodzaak). Het is immers zeer wel mogelijk, dat mensen meer hulp krijgen, omdat zij ernstiger ziek zijn, en dat zij daardoor ook meer behoefte hebben aan huisartscontacten. Tabel 11.3. laat zien, dat deze laatste veronderstelling echter maar tot op zekere hoogte waar is.

De uitkomsten verschillen, afhankelijk van welke indicator voor consumptienoodzaak men kiest. De ziektebeleving van de patiënt differentieert het meest voor het aantal huisartscontacten. Men zou daarom kunnen zeggen, dat deze indicator hier in ieder geval op subjectieve, bij de patiënt gelegen gronden een goede maatstaf is voor de ervaren noodzaak voor doktersconsulten. Het blijkt dan ook, dat patiënten met een slechte ziektebeleving - hulp of geen hulp - vaker naar de huisarts gaan, dan patiënten met een goede beleving. Toch valt op, dat binnen naar die ziektebeleving onderscheiden categorieën, personen met veel hulp meer huisartscontacten vertonen, dan personen, die geen lekenhulp krijgen.

Kijkt men naar het voorkomen van overige aandoeningen, dan blijken patiënten die hulp krijgen en nog overige aandoe-

Tabel 11.2. Consumptiegeneigdheid naarmate van verkregen hulp
(Mann-Whitney-toets, tweezijdig)

	veel hulp (N=10)	geen hulp (N=16)	z	sign.
<u>patiënt</u>				
vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)	11.8	14.6	.93	N.S.
attitude arts (positief → negatief)	13.1	13.8	.21	N.S.
ziekteopvattingen (onprofessioneel → professioneel)	12.6	14.1	.50	N.S.
ziektebeleving (slecht → goed)	11.1	15.0	1.50	N.S.
gedragsintentie (sterk → gering)	13.5	13.5	.00	N.S.
<u>eerste adviseur</u>				
vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)	12.5	14.1	.53	N.S.
attitude arts (positief → negatief)	10.7	11.3	.23	N.S.
ziekteopvattingen (onprofessioneel → professioneel)	14.0	13.2	.24	N.S.
ziektebeleving (slecht → goed)	6.9	17.0	(U=14.5)	p < .000
gedragsintentie (sterk → gering)	11.7	14.7	1.00	N.S.
<u>tweede adviseur</u>				
vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)	17.2	11.2	1.93	p < .05
attitude arts (positief → negatief)	12.1	11.1	.36	N.S.
ziekteopvattingen (onprofessioneel → professioneel)	14.2	13.1	.37	N.S.
ziektebeleving (slecht → goed)	10.0	15.7	1.87	N.S.
gedragsintentie (sterk → gering)	10.5	15.4	1.61	N.S.

Tabel 11.3. Gemiddeld aantal huisartscontacten naar ernst van de aandoening en hoeveelheid verkregen hulp ¹⁾

	wel hulp (N=21)	N	geen hulp (N=16)	N
ziektebeleving patiënt slecht	2.2	15	1.25	8
ziektebeleving patiënt goed	1.0	6	0.75	8
overige aandoeningen	2.2	14	0.9	10
geen overige aandoeningen	1.1	7	1.2	6
veel voorgeschreven controles	1.7	7	0.5	6
weinig voorgeschreven controles	1.9	14	1.3	10

1) Wij hebben - gezien de kleine aantallen - de netwerken met veel verleende hulp gevoegd bij de netwerken, waarin niet zoveel hulp wordt geboden hetgeen de duidelijkheid van de uitkomsten t.g.v. de betrouwbaarheid ervan doet afnemen: in alle gevallen vertonen namelijk de patiënten met de meeste hulp ook de meeste huisartscontacten.

ningen hebben, het meest naar de dokter te gaan, méér, dan patiënten met overige aandoeningen zonder hulp. Het al eerder genoemde voorgeschreven aantal controles - van de drie de meest "objectieve" indicator - differentieert minder voor het aantal huisartscontacten dan de mate van verleende hulp: ongeacht dit aantal controles gaan personen die veel hulp ontvangen, vaker naar de huisarts dan personen, die geen hulp ontvangen.

Alvorens aan deze bevinding - veel hulp gaat niet gepaard met weinig maar met veel medische consumptie - een nadere beschouwing te wijden, willen wij eerst nog een andere reactie van netwerkleden op de aandoening in relatie met consumptie-geneigdheid en medische consumptie bestuderen.

11.3. Expressieve functies van lekenadviseurs: emotionele steun bij de aandoening

Om te achterhalen op welke wijze netwerkleden de patiënt tegemoet treden en hem vermoedelijk al dan niet als patiënt

behandelen, vroegen wij in welke mate de lekenadviseurs de patiënt-respondent ziek achten. Een positief antwoord op deze vraag - "ik acht hem/haar met de aandoening gezond" - kan voor de patiënt echter verschillende functies hebben. Iemand, die zichzelf ziek acht, kan zich door zo'n houding van de netwerkleden miskend en geïsoleerd voelen. Aan de andere kant kan iemand daardoor juist gestimuleerd worden, om de patiëntenrol op adequate wijze te aanvaarden.

Wij achten het eerste in dit geval niet erg waarschijnlijk en wel om de volgende reden. In hoofdstuk 10 bleek een relatief grote mate van overeenstemming in consumptiegeeneigtheid tussen patiënt en lekenadviseurs te bestaan. Deze overeenstemming geldt het meest de wijze waarop de netwerkleden de chronische aandoening beleven. Bovendien blijken de beoordelingen van de aandoening door de patiënt en door de lekenadviseurs in sterke mate samen te hangen (tabel 11.4.). Discrepancie in denkbepelden is op dit punt dus niet sterk en hoeft zelfs dan nog niet tot isolatie van de patiënt te leiden. Wij zijn daarom van mening, dat de mate waarin netwerkleden de patiënt gezond achten, mede op grond van eerdere bevindingen in dit onderzoek tot de positief-expressieve functies van lekenadviseurs gerekend kan worden.

Wanneer wij nu de relatie tussen dit oordeel en de feitelijke medische consumptie van de patiënt bestuderen, moeten wij erop bedacht zijn, dat dit oordeel tot op zekere hoogte een afspiegeling zal zijn van de feitelijke ernst van de aandoening. Dit eenvoudig, omdat een ernstig zieke patiënt over het algemeen ook ziek en een minder ernstig zieke relatief gezond geacht zal worden. Een samengaan van een positief lekenoordeel met weinig consumptie van de patiënt zegt dan alleen iets over de geringe ernst van de aandoening en niet over de functie, die zo'n oordeel voor de patiënt in verband met zijn medische consumptie vervult.

Om enig inzicht te krijgen in de mate waarin de beoordeling van de aandoening door de lekenadviseurs overeenkomt met de objectieve ernst ervan, berekenden wij de samenhang (ρ) tussen het lekenoordeel en het oordeel van de arts over de ernst van de aandoening (tabel 11.4.).

Tabel 11.4. Samenhang tussen lekenoordeel en het oordeel van de arts over de ernst van de aandoening

oordeel van:	arts	patiënt	eerste adviseur	tweede adviseur
	(1)	(2)	(3)	(4)
(2)	.17			
(3)	.10	<input type="text" value=".37"/>		
(4)	<input type="text" value=".56"/>	<input type="text" value=".40"/>	<input type="text" value=".34"/>	

= $p < .05$

Het valt op, dat de overeenkomst in beoordeling van de ernst van de aandoening tussen arts, patiënt en eerste adviseur betrekkelijk gering is, en dat daarentegen deze overeenkomst tussen arts en tweede adviseur nogal sterk is. Hoewel wij niet verder op de achtergronden hiervan in kunnen gaan, is dit gegeven interessant genoeg om even bij stil te staan.

Wij menen, dat het als volgt geïnterpreteerd kan worden. De geringe overeenkomst tussen arts, patiënt en eerste lekenadviseur is vermoedelijk uitdrukking van een discrepantie, die inherent is aan de arts - patiënt - relatie (Persoon, 1975, p. 7, Freidson, 1975, hoofdstuk 14). De patiënt beoordeelt zijn aandoening met eigen maatstaven, die - zoals hier blijkt - niet altijd overeenkomen met medisch-professionele maatstaven. Dit geldt ook voor de meest-betrokken lekenadviseur. De vraag is dan, waarom de tweede adviseur het op dit punt wel met de arts eens is. Wij menen, dat een tweede adviseur de chronische aandoening van de patiënt wellicht afstandelijker beoordeelt en daarbij minder emotioneel betrokken is, dan de patiënt zelf en dan de meest-betrokkene.

Al met al zegt het oordeel van tenminste de eerste lekenadviseur meer over zijn eigen instelling ten aanzien van de aandoening, dan over de medische betekenis en daarmee over de "objectieve" consumptienoodzaak ervan.

Wij stellen nu de vraag, of en op welke wijze de beoordeling van ziekte door de eerste lekenadviseur samenhangt met (1) de consumptiegeneigdheid en met (2) de feitelijke medische consumptie van de patiënt. Wij verwachten, dat een positief oordeel over de aandoening met geringe geneigdheid tot consump-

tie zal samenhangen; en voorts, dat patiënten, die door hun adviseur gezond geacht worden, minder naar de dokter gaan, dan anderen. Dit laatste moet zoveel mogelijk onafhankelijk van de ernst van de aandoening worden bepaald.

Over het eerste deel van de vraag kunnen wij kort zijn. Vijftien Mann-Whitney-U toetsen - op verschillen in vijf geneigheidscomponenten van drie personen - tonen slechts één enkele significante uitkomst: de ziektebeleving van de eerste lekenadviseur is duidelijk ($p < .005$) slechter, als deze de patiënt ziek acht, dan wanneer hij hem gezond acht. Dat is wellicht vanzelfsprekend. Daarnaast valt echter op, dat de ziektebeleving van de patiënt zelf noch die van zijn tweede adviseur op dit punt significant verschillen. Wij moeten hiermee nu ook onze hypothese ten aanzien van de emotionele steun verwerpen. Emotionele steun van de meest-betrokkene, die tot uitdrukking komt in zijn benadering van de patiënt als redelijk gezond persoon ook al heeft deze een chronische ziekte, doet de consumptiegeneigdheid van de patiënt niet afnemen.

Tabel 11.5. gaat op het tweede deel van de vraag in: de samenhang met de feitelijke medische consumptie van de patiënt.

Tabel 11.5. Gemiddeld aantal huisartscontacten van de patiënt naar het oordeel van de eerste lekenadviseur over de aandoening

eerste lekenadviseur acht patiënt:

	gezond	N	ziek	N
slechte ziektebeleving van patiënt	0.87	23	2.08	13
goede ziektebeleving van patiënt	0.34	29	1.29	7
ziek volgens arts	1.10	10	0.75	4
niet zo ziek volgens arts	0.59	27	1.56	9
overige aandoeningen	0.66	29	1.75	16
geen overige aandoeningen	0.48	23	2.00	4
veel voorgeschreven controles	0.74	29	1.93	5
weinig voorgeschreven controles	0.45	23	1.40	15

Dit resultaat is echter duidelijker in overeenstemming met onze hypothese, dan wij konden verwachten. Het blijkt nl., dat patiënten die door hun lekenadviseur ziek worden geacht - ongeacht hun eigen ziektebeleving, ongeacht het aantal voorgeschreven controles en ongeacht andere aandoeningen, dat wil zeggen ongeacht een duidelijke mate van consumptienoodzaak - hun huisarts vaker raadplegen, dan patiënten die door hun adviseurs gezond worden geacht. De rechterkolom van de tabel telt - op één uitzondering na - voor alle categorieën meer huisartscontacten dan de linker. De uitzondering wijst erop, dat slechts één persoon de invloed van het lekenadviseur-oordeel op de consumptie van de patiënt kan "overstemmen". Dat is het oordeel van de arts. Als hij zegt "u bent ziek", dan brengt dat meer huisartscontacten met zich mee, dan wanneer de meest-betrokken lekenadviseur dat tot uitdrukking brengt. In alle andere gevallen manifesteert zich echter heel duidelijk de invloed van het lekenoordeel over de ernst van de aandoening op het aantal huisartscontacten van de patiënt.

11.4. Consumptiegeneigdheid van lekenadviseurs en medische consumptie van patiënt-respondenten

In deze paragraaf gaan wij na in welke mate lekenadviseurs - wellicht zonder dat zij dit zelf beseffen - de patiënt-respondent door hun eigen consumptiegeneigdheid bij de medische consumptie beïnvloeden. Wij verwachten dat patiënten vaker naar de huisarts zullen gaan, naarmate hun lekenadviseurs meer tot medische consumptie geneigd zijn. Wij zullen dit op twee manieren nagaan.

In de eerste plaats werd een stapsgewijze regressie-analyse uitgevoerd⁴⁾ met als afhankelijke variabele het aantal huisartscontacten van de patiënt. Als eerste stap werd de controlenoodzaak en als tweede de consumptiegeneigdheid van de patiënt in de analyse betrokken. Tot zover komt deze werkwijze overeen met die, welke wij in hoofdstuk 7, paragraaf 7.3 beschreven. Daar bleek, dat - na constant-houding van de controlenoodzaak - 20,8 % van de variantie in huisartsconsulten door de consumptiegeneigdheid van de patiënt wordt verklaard. Nu is

de vraag aan de orde, of de vijf geneigdheidscomponenten van lekenadviseurs dit percentage significant kunnen doen toenemen.

Wij zijn dit alleen voor de eerste lekenadviseur nagegaan ($N = \max. 72$). Voor de tweede adviseur beschikken wij immers slechts over maximaal 39 waarnemingen, ons inziens een te gering aantal om met elf onafhankelijke variabelen in een regressieanalyse te bezien. De resultaten zijn te vinden in tabel 11.6..

De uitkomst komt goed overeen met onze verwachting dienaangaande. Het blijkt, dat de consumptiegeneigdheid van de eerste adviseur nog eens 13,5 % toevoegt aan de variantieverklaring van het aantal huisartsconsulten. Dit is voor het overgrote deel te wijten aan de wijze waarop deze lekenadviseur de aandoening van de patiënt beleeft. Deze verklaart bijna 13 % variantie, méér dan de ziektebeleving van de patiënt zelf daartoe bijdraagt. De invloed van de overige variabelen is gering en niet significant.

De hier gevolgde werkwijze, om inzicht te krijgen in de invloed van de consumptiegeneigdheid van de meest-betrokkene op het aantal malen waarmee de patiënt zijn huisarts raadpleegt, laat eventuele discrepanties in attitudes en opvattingen tussen lekenadviseur en patiënt buiten beschouwing. Het is echter zeer wel denkbaar, dat meningsverschillen binnen het netwerk van invloed zijn op de medische consumptie van de patiënt.

De tweede manier om het aan de orde gestelde vraagstuk te benaderen, besteedt expliciet aandacht aan eventuele meningsverschillen tussen netwerkleiden. Hij biedt bovendien de mogelijkheid om de invloed van alle (drie de) leden op de medische consumptie van de patiënt te bestuderen. Daarvoor wordt het gemiddeld aantal huisartsconsulten berekend van patiënten, die deel uitmaken van - wat de consumptiegeneigdheid betreft - homogene en heterogene netwerken. Deze kwamen in hoofdstuk 10 al ter sprake. Tabel 11.7. laat de resultaten zien.

De gegevens tonen de invloed van de consumptiegeneigdheid binnen lekennetwerken duidelijk aan. Het feit dat dit gegeven voor alle drie de lekenadviseurs niet significant is, doet daaraan weinig af. Naarmate de consumptiegeneigdheid hoger is

Tabel 11.6. Mate waarin de vijf geneigheidscomponenten van de eerste lekenadviseur het aantal huisartsconsulten van de patiënt beïnvloedt (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor controlenoodzaak en consumptiegeneigdheden van de patiënt, N = 72) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	11.0	.14	1.57	N.S.
<u>cons.geneigdheden patiënt:</u>				
attitude t.a.v. arts positief $\rightarrow$ negatief	8.4	-.23	3.61	p < .001
gedragsintentie sterk $\rightarrow$ gering	5.1	-.23	4.38	p < .001
ziektebeleving slecht $\rightarrow$ goed	5.7	-.16	1.85	N.S.
vertrouwen in med.zorg veel $\rightarrow$ weinig vertr.	1.1	-.17	1.93	N.S.
opvattingen over ziekte onprof. $\rightarrow$ profession.	0.2	.05	0.20	N.S.
<u>cons.geneigdheden eerste adviseur:</u>				
ziektebeleving slecht $\rightarrow$ goed	12.9	-.41	12.92	p < .001
gedragsintentie sterk $\rightarrow$ gering	0.5	-.07	0.07	N.S.
attitude t.a.v. arts positief $\rightarrow$ negatief	0.1	-.03	0.44	N.S.
opvattingen over ziekte onprof. $\rightarrow$ profession.	0.0	-.01	-	N.S.
vertrouwen in med.zorg veel $\rightarrow$ weinig vertr.	-	.01	0.03	N.S.
verklaard door cons.geneigdh. 1e adv.: r^2	13.5 %		1.87	N.S.
totaal r^2	45.3 %		4.52	p < .001

1) zie bijlage 7 voor de matrix van product-moment correlaties

Tabel 11.7. Gemiddeld aantal huisartscontacten van patiënten in homogene en in heterogene netwerken (m.b.t. geneigdheid; eenweg-variantie-analyse)

(1)	homogeniteit bij patiënt en eerste lekenadviseur	<u>N</u>
	homogeen sterk	1.6
	heterogeen	0.8
	homogeen gering	0.2

$$F = 3.57 \quad P < .03$$

(2)	homogeniteit bij patiënt en beide lekenadviseurs	<u>N</u>
	homogeen sterk	1.75
	heterogeen	1.45
	homogeen gering	0.50

$$F = 1.1 \quad N.S.$$

en de leden het daarover in grote lijnen eens zijn, gaat de patiënt vaker naar de dokter dan wanneer deze lager is en daarover ook een redelijke overeenstemming binnen het netwerk bestaat. Heterogene netwerken nemen wat dit betreft een tussenpositie in.

Dat laatste ligt overigens niet zonder meer voor de hand. Heterogeniteit zou immers op spanningen binnen het netwerk kunnen wijzen of ook op onverschilligheid ten aanzien van attitudes over ziekte en zorg van bepaalde leden. Deze zaken zouden juist bij kunnen dragen tot een verhoogde medische consumptie van de patiënt, bijvoorbeeld ten gevolge van stress. (Mechanic, 1968, Shuval, 1972.). Onze gegevens wijzen daar echter niet op. Zij geven veeleer aanleiding tot de conclusie, dat weinig overeenstemming binnen het netwerk noch tot veel noch tot weinig consumptie leidt. Men kan de heterogeniteit van denkbeelden tot op zekere hoogte opvatten als een uitdrukking van een relatief geringe hechtheid van het netwerk. Relatief, omdat de door ons bestudeerde leden van primaire sociale netwerken per definitie hechte banden hebben. Zo bezien komen onze resultaten overeen met de veronderstellingen van Freidson (1975): minder hechte netwerken vertonen een middelmatige medische consumptie.

11.5. Tot besluit

De bevindingen uit de vorige paragrafen geven aanleiding tot de volgende conclusie. Lekenadviseurs van chronische patiënten oefenen een belangrijke invloed uit op de medische consumptie van die patiënten en wel op verschillende manieren.

In de eerste plaats - zo vonden wij - gaat allerlei hulpverlening in verband met de aandoening tot op zekere hoogte gepaard met een sterke consumptiegeneigdheid van de netwerkleden. Deze vindt zijn uitdrukking in relatief veel medische consumptie - in termen van huisartscontacten - van de patiënt, ten dele zelfs ongeacht de ernst van zijn aandoening.

In de tweede plaats werd een samenhang geconstateerd tussen de mate waarin de meest betrokken lekenadviseur de patiënt-respondent ziek acht en zijn hoeveelheid medische consumptie. Daarbij bleek dit lekenoordeel niet significant samen te hangen met het oordeel van de arts over de ernst van de aandoening van de patiënt, evenmin trouwens als het oordeel van de patiënt zelf daarover. In op één na alle gevallen, waarin de meest betrokkene de patiënt ziek acht, gaat deze vaker naar de huisarts dan wanneer hij gezond wordt genoemd. Dit ongeacht de - op verschillende manieren achterhaalde - mate van consumptienoodzaak.

In de derde plaats bleek de consumptiegeneigdheid van (één van de twee) lekenadviseurs een duidelijk extra bijdrage aan de verklaring van het aantal huisartscontacten van de patiënt te leveren, boven die van de patiënt zelf.

Tenslotte werd aangetoond, dat ook de consumptiegeneigdheid van alle drie netwerkleden tezamen zijn weerslag vindt in de medische consumptie van de patiënt.

Hoe kunnen deze bevindingen tegen het licht van onze onderzoekshypothesen worden geïnterpreteerd? Deze moesten immers gedeeltelijk worden verworpen: praktische hulp ging niet gepaard met weinig maar juist met veel huisartscontacten, emotionele steun hing niet duidelijk met de consumptiegeneigdheid van de patiënt maar wel met zijn medische consumptie samen. Alleen hypothese 4 ten aanzien van de invloed van consumptiegeneigdheid van lekenadviseurs kan worden gehandhaafd.

Het voorgaande maakt duidelijk, dat de hypothese aangaan-

de praktische en emotionele steun te ongenueanceerd gesteld is. Zij houdt onvoldoende rekening met het feit, dat een bepaalde mate van hulp en steun geen verlichting biedt voor de patiënt, maar deze juist in zijn patiëntenrol kan bevestigen. Deze komt zeer waarschijnlijk voort uit een zekere mate van overbezorgdheid van netwerkleden van chronisch zieken. Deze overbezorgdheid komt niet alleen tot uitdrukking in (te) veel hulp en steun maar tot op zekere hoogte ook in een verhoogde mate van consumptiegeneigdheid van lekenadviseurs. Wij herinneren hiervoor aan het steeds opnieuw gebleken belang van de ziektebeleving van ten minste de meest-betrokkene. Dit kan van betekenis zijn omdat onderlinge beïnvloeding van netwerkleden op het punt van consumptiegeneigdheid - anders dan op het punt van praktische hulpverlening - vermoedelijk nogal impliciet en door de leden onbewust plaats vindt.

Deze interpretatie wordt gesteund door bevindingen van Boeckhorst e.a. (1977), Kuyvenhoven en Touw-Otten (1978) en Smits (1978) voorzover deze betrekking hebben op overeenkomsten in ziektegedrag tussen gezinsleden. Voorts geven zij steun aan de veronderstellingen van Freidson (1975), die betrekking hebben op de medische consumptie van hechte, nl. primaire sociale netwerken en aan de theorie van sociale netwerken in het algemeen (Bott, 1957, Mitchell, 1969). Naarmate deze netwerken er attitudes en opvattingen op nahouden, die met professionele denkbeelden overeenstemmen, neemt hun medische consumptie toe.

Men kan tweeërlei opmerkingen bij het voorgaande plaatsen. Ten eerste hebben wij met onze operationalisering van functies van netwerkleden en met onze analyse van samenhangen tussen die functies en consumptie(geneigdheid) wel gepoogd, om aan de in de inleiding genoemde theoretische en methodische bezwaren tegemoet te komen. Dat neemt niet weg, dat dit soort bezwaren nooit geheel kunnen worden geëlimineerd. Zo kan men onze indicatoren voor consumptienoodzaak onvoldoende geldig achten⁵⁾ of onze operationalisering van een positief-expressieve functie van netwerkleden tautologisch. Wij menen evenwel, onze conclusies te mogen trekken, omdat wij deze baseren op een zekere hoeveelheid van verschillende informatie, verkregen door verschillende, afzonderlijk ondervraagde personen.

In de tweede plaats kan men zich afvragen in welke mate deze conclusie ook betrekking heeft op netwerken zonder chronisch zieke leden. Kan men op grond ervan ook beweren, dat netwerkleden vergelijkbare invloed op elkaars consumptie (geneigdheid) uitoefenen, ook als niemand van hen chronisch patiënt is? Wij kunnen hierop met ons materiaal uiteraard geen antwoord geven. In hoofdstuk 3 hebben wij dit punt al ter sprake gebracht en daar de mogelijkheid beschreven, dat verschillen tussen netwerken met en zonder chronische patiënten eerder graduëel dan wezenlijk zullen zijn. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen, of dat inderdaad het geval is.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 11

- 1) Namelijk bij huishoudelijke karweitjes (H), aanpassing van eigen eetgewoonten aan die van de patiënt (S) en hulp bij het zalven (P).
- 2) Dichotoom gecodeerd: wel - niet verleend, hierbij werd bijvoorbeeld genoemd "met de auto wegbrengen", "boodschappen voor hem/haar doen" (H), " 's nachts brood klaarmaken als dat nodig is", "huishoudelijk werk" (S), "de was doen", "ramen zemen" (i.v.m. hinder t.g.v. watercontact) (P).
- 3) Zie ook bijlage 11 voor enkele achtergronden.
- 4) Voor onze overwegingen, om deze parametrische techniek toe te passen, ook al voldoen onze gegevens niet aan de eisen die zij stelt, zij verwezen naar hoofdstuk 7.
- 5) Verhaak (1981) toonde bijv. aan, dat het oordeel van verschillende artsen over de mate waarin klachten van hun patiënten psychisch van aard waren, meer zegt over de arts die het oordeel uitspreekt, dan over de mate waarin de klacht inderdaad psychische achtergronden had. Het oordeel, dat wij aan de arts vroegen, had echter betrekking op betrekkelijk objectief vastgestelde kenmerken van het hartinfarct, de diabetes en de psoriasis.

Hoofdstuk 12. Samenvatting en discussie

In deel III van deze studie stond het lekennetwerk centraal. In hoofdstuk 9 werden vooral zijn structurele kenmerken beschreven, in hoofdstuk 10 kwamen de opvattingen en attituden ten aanzien van ziekte en zorg van de netwerkleden aan de orde. Hoofdstuk 11 besteedde tenslotte aandacht aan verschillende functies, die lekenadviseurs voor een chronisch ziek netwerk-lid kunnen vervullen.

Wij willen de lezer van dit hoofdstuk niet vermoeien met een opsomming van alle bevindingen uit deze hoofdstukken. Daarvoor zij hij verwezen naar het slot van paragraaf 9.4. en naar paragraaf 11.5.. Volledigheidshalve zullen wij wel de resultaten met betrekking tot de onderzoekshypothesen herhalen. (Zie hoofdstuk 3, par. 3.3.). Hypothese

- 3.1. met betrekking tot verschillen in consumptiegeneigdheden tussen lekenadviseurs van de drie patiëntengroepen moest worden verworpen; wij vonden slechts één verschil (van de tien mogelijke), nl. dat meestbetrokken lekenadviseurs van hartinfarctpatiënten de aandoening van de patiënt slechter beleven dan adviseurs van diabetici en deze weer slechter dan de netwerkleden van psoriasispatiënten;
- 3.2. met betrekking tot een veronderstelde geringe consumptiegeneigdheden bij (in feite ten gevolge van) hulp en steun, verleend door netwerkleden moest eveneens worden verworpen; wij vonden ten aanzien van de hulp eerder het tegenovergestelde, nl. dat veel verleende hulp in zwakke mate met veel consumptiegeneigdheden gepaard gaat. Wel bleek steun in termen van een benadering van de chronisch-patiënt als relatief gezond persoon met weinig feitelijke medische consumptie samen te hangen. Veel hulp tenslotte, ging daarentegen gepaard met veel medische consumptie.
4. met betrekking tot de invloed van de consumptiegeneigdheden van lekenadviseurs op de feitelijke medische consumptie van de patiënt werd in meer dan één opzicht bevestigd.

Alvorens op de bevindingen uit dit deel nader in te gaan, willen wij deze op overzichtelijke wijze samenvatten. Daarvoor betrekken wij de belangrijke kenmerken van het netwerk, die dit deel aan het licht bracht, tezamen in een regressie-analyse, waarbij wij het aantal huisartscontacten van de patiënt als afhankelijke variabele beschouwen. Voorts controleren wij voor het aantal voorgeschreven controle-consulten en voor (de belangrijkste componenten van) de consumptiegeneigdheid van de patiënt door deze als eerste stappen in de analyse op te nemen. Wij kozen de volgende netwerkkenmerken als onafhankelijke variabelen:

- omvang van het partiële netwerk (zie hoofdstuk 9, paragrafen 9.2 en 9.4.)
- de ziektebeleving van de meest-betrokken lekenadviseur (zie hoofdstuk 10, paragraaf 10.2. en hoofdstuk 11, paragraaf 11.4.)
- het oordeel van de meest-betrokken lekenadviseur over de aandoening van de patiënt als (bijna) gezond of als (ernstig) ziek (zie hoofdstuk 11, paragraaf 11.3.)
- de mate van consumptiegeneigdheid tussen patiënt en zijn eerste lekenadviseur (zie hoofdstuk 10, paragraaf 10.4. en hoofdstuk 11, paragraaf 11.4.).

Tabel 12.1. laat de resultaten zien.

Uit de gegevens blijkt heel duidelijk de additionele bijdrage, die verschillende netwerkkenmerken aan de verklaring van medische consumptie toevoegen. Daarbij is de invloed van de omvang van het hele netwerk alsmede die van de emotionele steun onbeduidend, de overige kenmerken daarentegen hebben een zelfstandige en sterke invloed. Tezamen verklaren de netwerkkenmerken 13.9 % variantie, nadat de controlenoodzaak en de consumptiegeneigdheid van de patiënt (zijn ziektebeleving en zijn attitude ten aanzien van de eigen arts) zijn ingevoerd. Dit resultaat is significant.

Welke betekenis kan men aan deze resultaten toekennen? Wij hebben daarover in het voorgaande al het een en ander gezegd (in hoofdstuk 9 paragraaf 9.4. en in hoofdstuk 11 paragraaf 11.5.). De belangrijkste conclusie is ons inziens, dat personen in de nabijheid van een (chronische) patiënt deze

Tabel 12.1. Mate waarin enkele netwerken het aantal huisartsconsulten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor controlenoodzaak en enkele geneigheidscomponenten van de patiënt, N = max. 74) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	percentage toegevoegde verklaarde variantie	multiple regr. coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak weinig + veel	11.0	.12	1.07	N.S.
attitude patiënt t.a.v. arts positief + negatief	8.4	-.23	4.47	p<.001
ziektebeleving patiënt slecht + goed	4.9	-.09	.56	N.S.

ziektebeleving eerste adviseur slecht + goed	10.5	-.34	8.67	p<.001
mate van geneigtheid veel + weinig	2.3	-.19	2.85	p<.01
oordeel eerste adviseur over ziekte gezond + ziek	1.1	.12	1.13	N.S.
omvang netwerk klein + groot	.	.00	-	N.S.

totaal r^2 door netwerk- kenmerken	13.9 %		2.67	p<.05

totaal r^2	38.3 %		5.85	p<.001

1) bijlage 7 bevat de matrix van product-moment correlaties

blijkbaar op verschillende manieren en nogal sterk in zijn consumptie(geneigtheid) beïnvloeden. Dit geldt sterker naar mate de aandoening ernstiger is. Dan namelijk worden er meer mensen bij het doen en laten van de patiënt betrokken (hoofdstuk 9, paragraaf 9.2. en paragraaf 9.4.), die allen hun invloed zullen doen gelden.

Men kan deze algemene bevinding op grond van onze gegevens nog iets nuanceren. Het bleek dat vooral de meest-betrokken lekenadviseur zijn of haar invloed doet gelden.

Deze beleeft de aandoening in kwestie slechter, naarmate deze ernstiger is, niet - of althans in veel mindere en niet significante mate - de patiënt zelf en niet zijn tweede lekenadviseur. Wij veronderstelden, dat deze tweede lekenadviseur over het algemeen iets afstandelijker tegenover de aandoening staat (hoofdstuk 10, paragraaf 10.3. en hoofdstuk 11, paragraaf 11.3.)

Wij hebben voorts gezien, dat patiënten in homogene netwerken, waarin ten aanzien van een sterke consumptiegeneigdheid overeenstemming bestaat, ook inderdaad veel medische consumptie vertonen. In tabel 12.1. verklaart deze mate van consumptiegeneigdheid alleen 2,3 % variantie nadat een belangrijk deel van de consumptiegeneigdheid van patiënt en eerste lekenadviseur in de analyse zijn ingevoerd.

Al met al zal de invloed van netwerkliden op den duur bepalend zijn voor de verwachtingen, die lekenadviseurs hebben ten aanzien van het gedrag van de patiënt en voor de normen, waaraan de netwerkliden in verband met de aandoening moeten voldoen. Zij zullen elkaar op de naleving ervan controleren. Naarmate de overeenstemming ten aanzien van die normen en verwachtingen binnen het netwerk toeneemt, neemt het aantal gedragsalternatieven - waaronder het wel of niet raadplegen van de arts - voor de netwerkliden vermoedelijk af.

De resultaten van dit deel komen - zoals reeds opgemerkt - met veronderstellingen en bevindingen uit de theorie van sociale netwerken overeen. Voorts tonen zij aan, dat de mate waarin functies van netwerkliden in verband met (chronische) ziekte probleemoplossend kunnen zijn - in die zin, dat zij de (geneigdheid tot) medische consumptie doen afnemen - moeilijk te bepalen is. De kans is groot, dat goedbedoelde vormen van "probleemoplossing" juist het tegenovergestelde bewerkstelligen. Somatische fixatie en bestendiging van de patiëntenrol (in de engere betekenis, zie hoofdstuk 3) zijn dan het gevolg.

DEEL IV

HET PROFESSIONELE SYSTEEM

Hoofdstuk 13. Verschillen tussen huisarts- en specialist-patiënten

13.1. Inleiding

In hoofdstuk 4 en ook in hoofdstuk 7 kwam al ter sprake, dat 44 van onze respondenten opgaven, hun specialist te zullen raadplegen, als zij voor het hartinfarct, diabetes of psoriasis behandeld willen worden. Dertig respondenten noemden in dit verband de huisarts. De aard van de aandoening was daarbij niet van belang: het aantal huisarts- en specialistpatiënten is in de drie patiëntencategorieën ongeveer even groot (zie tabel 4.6.). In dit hoofdstuk willen wij nagaan, in elke mate de twee groepen op andere punten verschillen: zijn specialistpatiënten "zieker" dan huisartspatiënten, verschillen zij in bepaalde persoonskenmerken van elkaar? En natuurlijk stellen wij de vraag: onderscheiden de twee groepen zich naar hun consumptiegeneigdheid? Bij de beantwoording ervan zullen wij bijzondere aandacht besteden aan de attitudes ten aanzien van de eigen arts.

13.2. Kenmerken van de aandoeningen

Men kan veronderstellen, dat controle of behandeling door specialisten eerder voorkomt bij patiënten die om bepaalde redenen ernstiger ziek zijn, dan bij minder ernstig zieke patiënten. Nu is het niet mogelijk, om met behulp van enquêtegegevens aan te geven in welke mate specialistenbehandeling noodzakelijk is. Ons materiaal bevat echter verschillende indicaties voor de "ernst" van de aandoening, die allen tezamen hierin, zij het een globaal maar toch een redelijk inzicht kunnen geven.

Wij introduceren hiervoor de volgende variabelen.

1. Heeft de patiënt behalve de aandoening in kwestie nog andere aandoeningen of ziekten (volgens opgave patiënt).
2. De ernst van de aandoening volgens opgave van de arts; het nadeel van deze variabele is de onvolledige informatie: van 21 respondenten is dit gegeven niet beschikbaar (zie bijlage 16).

3. De frequentie waarmee men hinder van bepaalde ziekte-symptomen ondervindt (zie bijlage 4).

4. Het aantal gedragsadviezen, dat men van de dokter gekregen heeft (zie bijlage 4).

In tabel 13.1. zijn deze gegevens voor huisarts- en specialist-patiënten afzonderlijk weergegeven.

Tabel 13.1. Enkele indicaties voor de ernst van de aandoening naar behandelend arts (absolute aantallen resp. ranggemiddelden)

	huisarts- patiënten (N=30)	specialist- patiënten (N=44)	significantie
<u>1. Overige aandoeningen</u>			
ja	18	29	$\chi^2 = 0.27$
neen	12	15	N.S.
<u>2. Ernst van de aandoening</u>			
<u>volgens arts</u>			
licht	6	2	
licht noch ernstig	10	20	$\chi^2 = 4.55$
ernstig	7	8	N.S.
<u>3. Frequentie optreden</u>			
<u>ziektesymptomen</u>			
ranggemiddelden			
o.g.v. Mann-Whitney-toets			(eenzijdig)
3.1. hartinfarctpatiënten	11.0	14.33	$z = 1.11$ N.S.
3.2. diabetici	16.09	10.57	$z = 1.88$ $p < .03$
3.3. psoriasispatiënten	10.39	13.77	$z = 1.15$ N.S.
<u>4. Aantal gedragsadviezen</u>			
(als bij 3)			
4.1. hartinfarctpatiënten	12.4	13.4	$z = 0.34$ N.S.
4.2. diabetici	10.27	15.14	$z = 1.73$ $p < .05$
4.3. psoriasispatiënten	10.83	13.5	$z = 1.19$ N.S.

De afzonderlijke uitkomsten wijzen er niet op, dat specialistpatiënten ernstiger ziek zijn, dan huisartspatiënten. Slechts in één geval is de uitkomst significant in de veronderstelde richting: diabetici, die onder behandeling van de

specialist zijn, hebben gemiddeld meer gedragsregels, dan diabetici onder huisartsbehandeling. Daarbij is de waarde van deze indicator (aantal gedragsregels) voor het te indiceren verschijnsel (ernst van de aandoening) overigens vergeleken met de overige indicaties het meest voor discussie vatbaar.

Op één uitkomst na (frequentie waarmee ziektesymptomen bij diabetici optreden) wijzen echter alle resultaten in de veronderstelde richting. Wij concluderen daarom, dat specialistpatiënten wel wat "ernstiger ziek" zijn dan huisartspatiënten, maar dat de verschillen in deze tegen de verwachting in erg gering zijn.

Of een patiënt zich voor behandeling tot een specialist dan wel tot de huisarts zou richten, hangt veelal van de duur van de aandoening af. De specialist treedt meestal in de beginperiode op. Hij stelt of bevestigt de diagnose en schrijft een bepaalde behandeling voor. Als er verder geen complicaties optreden, kan de huisarts in veel gevallen de begeleiding van de patiënt overnemen.

Zijn de door ons ondervraagde huisartspatiënten langer ziek dan de specialistpatiënten? Tabel 13.2. laat zien, dat dat niet het geval is.

Tabel 13.2. Duur van de aandoening naar behandelend arts

	huisartspatiënten (N=30)	specialistpatiënten (N=44)
< 5 jaar	19	27
> 5 jaar	10	15
onbekend	1	2

$$\chi^2 = .02 \quad \text{N.S.}$$

De Melker heeft erop gewezen, dat het voor huisartsen in vele gevallen moeilijk is om te beslissen, of een patiënt wel of niet naar de specialist moet worden verwezen. De criteria zijn hiervoor vaak niet hard of spreken elkaar tegen. (De Melker, 1979, p. 83.) Onze resultaten sluiten hierbij aan. De vraag, of een chronische patiënt door de huisarts dan wel door de specialist behandeld moet worden is - gezien deze bevindingen en daardoor uiteraard met enig voorbehoud - blijkbaar ook niet altijd gemakkelijk te beantwoorden.

13.3. Kenmerken van de patiënt

Wat kan men veronderstellen over de samenhang van persoonskenmerken en de vraag of zij huisarts- of specialistpatiënt zijn? Men kan hierover slechts veronderstellingen formuleren op grond van gegevens over aantallen verwijzingen naar en contacten met specialisten. Het aantal contacten - de medische consumptie van huisarts- en specialistpatiënten - komt in paragraaf 5.3. van dit hoofdstuk aan de orde. Uit de literatuur is bekend, dat huisartsen in gebieden, die door een hoge urbanisatiegraad gekenmerkt worden, meer naar specialisten verwijzen, dan huisartsen in minder geurbaniseerde gebieden (Hoeksma, 1979). Voorts zijn er aanwijzingen, dat ziekenfondspatiënten vaker naar de specialist worden verwezen, dan particulier-verzekerden (Van de Ven e.a., 1981). Op grond daarvan zou men van specialistpatiënten kunnen verwachten, dat zij een relatief laag opleidingsniveau hebben bereikt. Voor de persoonskenmerken leeftijd en geslacht verwachten wij geen duidelijke samenhang met de specialisatie van de arts. Tabel 13.3. geeft een overzicht van een vergelijking van huisarts- en specialistpatiënten op een aantal kenmerken.

Er zijn geen verschillen tussen de door ons ondervraagde huisarts- en specialistpatiënten voor wat betreft hun leeftijd, geslacht, de urbanisatiegraad van hun gemeente en hun verzekeringsvorm. Er is wel een zwakke aanwijzing voor het feit, dat patiënten, die voor hun aandoening door de specialist behandeld worden - tegen de verwachting in - hoger zijn opgeleid dan huisartspatiënten. Het is niet onwaarschijnlijk, dat het hierbij gaat om mondige patiënten, die met een in hun ogen mogelijk eenvoudige huisartsenzorg geen genoegen nemen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen, of deze veronderstelling kan worden onderbouwd. Onze resultaten bevestigen in ieder geval niet het vermoeden, dat mondige patiënten aandringen op meer doelmatige medische hulp en op een kortere behandelingsduur. (Van de Ven e.a., 1981.)

Tabel 13.3. Verschillen in persoonskenmerken tussen huisarts- en specialistpatiënten (absolute aantallen resp. rang-gemiddelden)

	huisartspatiënten (N=30)	specialistpatiënten (N=44)	significantie
leeftijd	37.4	37.6	$z = .03$ N.S.
geslacht: man	16	27	
vrouw	14	17	$\chi^2 = 0.47$ N.S.
opleiding	32.3	41.0	$z = 1.77$ $p < .04$ (eenzijdig)
urbanisatiegraad (indeling C.B.S.)			
A en B	14	21	
C ₁₋₄	10	14	$\chi^2 = 0.02$ N.S.
C ₅	6	9	
verzekeringsvorm ¹⁾			
fonds	23	29	$\chi^2 = 0.99$ N.S.
particulier	7	15	
totaal	30	44	

1) zie hoofdstuk 14 paragraaf 3.

13.4. Consumptiegeneigdheid van huisarts- en specialist-patiënten

In deze paragraaf vragen wij ons af, of huisarts- en specialistpatiënten in hun consumptiegeneigdheid van elkaar verschillen. Wij willen dit weten in verband met onze tweede onderzoekshypothese betreffende de invloed van consumptie-geneigdheid op iemands feitelijke medische consumptie. In de volgende paragraaf gaan wij daarop nader in, door deze apart voor huisarts- en specialistpatiënten aan de orde te stellen.

Maar nu eerst de vraag: zijn huisartspatiënten eerder tot medische consumptie geneigd dan patiënten van specialis-

ten, of is het omgekeerde het geval? En doen zich daarbij dan nog belangrijke verschillen voor de vijf afzonderlijke geneigheidscomponenten voor? Tabel 13.4. bevat hierop het antwoord.

Tabel 13.4. Verschillen in vijf geneigheidscomponenten tussen huisarts- en specialistpatiënten (Mann-Whitney-U-toets, tweezijdig)

consumptie- geneigheids- componenten	huisarts- patiënten (N=30) ranggem.	specialist- patiënten (N=44) ranggem.	z	sign.
vertrouwen in medische zorg veel → weinig	33.00	40.57	1.49	N.S.
tevredenheid met arts positief → negatief	31.60	41.52	1.95	p < .06
opvattingen over ziekte onprofes. → profession.	34.40	39.61	1.02	N.S.
ziektebeleving slecht → goed)	40.53	35.43	1.01	N.S.
gedragsintentie sterk → gering	36.22	38.32	0.42	N.S.

Over het algemeen zijn er geen significante verschillen tussen huisarts- en specialistpatiënten te vinden met betrekking tot hun consumptiegeneigtheid. Zij verschillen in zwakke mate in één component: huisartspatiënten staan positiever tegenover hun (huis-)arts, dan specialistpatiënten tegenover hun specialist. Deze bevinding geeft aanleiding om hierop wat dieper in te gaan.

Wij herinneren eraan dat de geneigheidscomponent attitude ten aanzien van de eigen arts uit twee delen is samengesteld. Ten eerste bevat hij een schaal met uitspraken over gedragingen van artsen tegenover te behandelen patiënten en ten tweede bevat hij een uiting van algemene (on)tevredenheid met de behandeling, die men van de eigen arts voor de hartaandoening, de suikerziekte of de psoriasis krijgt. In tabel 13.5. is deze algemene uiting van (on)tevredenheid voor huisarts- en specialistpatiënten apart weergegeven.

Het verschil tussen de twee groepen blijkt op grond van deze algemene satisfactie niet significant te zijn. Wel blijkt,

Tabel 13.5. Mate van tevredenheid met behandelend arts, apart voor huisarts- en specialistpatiënten (absolute aantallen, toets van Wilcoxon)

	huisarts- patiënten (N=30)	specialist- patiënten (N=44)
buitengewoon tevreden	8	14
zeer tevreden	9	13
tevreden	12	8
tamelijk tevreden	1	3
niet zo tevreden	0	6
gemiddeld	2.2	2.4
st. deviatie	0.9	1.4

$$w = -.1 \text{ N.S.}$$

dat de specialistpatiënten verdeeld zijn in hun mening over de arts, meer dan dat bij huisartspatiënten het geval is.

Valt er meer te zeggen over de redenen tot ontevredenheid van specialist-patiënten? In hoofdstuk 6 is uiteengezet, dat de onderscheiden componenten van consumptiegeenheid nogal globale maten aangeven voor bepaalde opvattingen, attituden en gedragsintenties. Eventueel te onderscheiden dimensies binnen die opvattingen en attituden zijn buiten beschouwing gelaten. Nu wij verschillen tussen huisarts- en specialist-patiënten bezien is het echter interessant, om deze dimensies binnen de attitude ten aanzien van de arts nader te onderzoeken. Men kan dan een preciezer beeld verkrijgen van de wijze waarop patiënten tegen hun huisarts resp. hun specialist aanlijken.

Welke dimensies zijn binnen de attitude ten aanzien van de eigen arts te onderscheiden? Om hierin inzicht te krijgen zijn de twaalf uitspraken over het gedrag van de eigen arts aan één factoranalyse onderworpen (zie bijlage 12). De gerooteerde structuur levert vier duidelijk van elkaar te onderscheiden en goed te interpreteren factoren op, samengesteld uit onderstaande items. Daarbij is de interpretatie mede gebaseerd op de bevindingen van Cassee (1973), Nievaard (1976) en Van Loon en Schmidt (1977).

Factor 1: communicatief optreden

mijn (huis)arts

- stelt je op je gemak als je met hem praat
- behandelt me niet als nummer
- heeft tijd voor me als ik hem raadpleeg
- is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren

De vier uitspraken wijzen op een door de patiënt-respondent gepercipieerde ontspannen sfeer tijdens het doktersconsult. Cassee (1973) spreekt in dit verband van "het aanmoedigen van een open communicatie met de (huis)arts, die uit het gedrag blijkt" (p. 32).

Factor 2: informatief optreden

mijn (huis)arts

- vertelt me precies hoe ernstig het is
- praat met me over andere dingen dan over mijn ziekte alleen
- legt me uit waarom hij iets op een bepaalde manier doet
- praat met me over andere dan medische problemen

Deze factor bevat items die aangeven, dat de arts informatie van verschillende aard met de patiënt uitwisselt. Volgens de resultaten van Van Loon en Schmidt (1977) kwam deze dimensie als de belangrijkste van de arts - patiënt relatie naar voren. De betekenis ervan ligt dicht bij de dimensie "cognitief optreden" (vooral gezien de formulering van de items 7 en 10 en de relatief hoge factorladingen van de items 4 en 9 ook op deze factor), maar is daarvan toch duidelijk te onderscheiden.

Factor 3: instrumenteel optreden

mijn (huis)arts

- staat erop, dat je precies doet wat hij zegt
- schrijft je nauwkeurig voor wat je moet doen

Evenals de hieronder te bespreken factor 4 is deze factor met slechts twee items in feite ontoereikend om als aparte dimensie van de attitude tegenover de eigen arts in aanmerking te

komen. Daartegenover staat, dat de twee items zich door hun hoge lading op alleen deze factor duidelijk van alle andere items onderscheiden en dat zij goed interpreteerbaar zijn. Zij wijzen op "de zekerheid waarmee de arts ... optreedt. Duidelijk en beslist aangeven wat de patiënt moet doen, zonder daarbij enige aarzeling te tonen" (Cassee, 1973, p. 33).

Factor 4: afwerend optreden

mijn (huis)arts

- is nogal onzeker in zijn optreden
- is nogal zakelijk

De twee items van deze factor geven een gepercipieerde sociale afstand ten opzichte van de arts aan. Cassee noemt het gedrag van de arts, dat hiermee wordt gekenmerkt "afwerend optreden". Vooral ten aanzien van deze dimensie is bij de interpretatie grote voorzichtigheid geboden. Tabel 6.3. laat zien, dat de items nauwelijks discrimineren en een scheve verdeling van antwoorden opleverden.

Zien huisartspatiënten het optreden van hun arts in termen van communicatie, informatie-uitwisseling, duidelijkheid (meer instrumenteel) en ervaren afwerend optreden nu anders dan specialistpatiënten hun arts zien? Uit tabel 13.6. blijkt, dat de beide groepen slechts één van de vier onderscheiden dimensies verschillend ervaren: huisartsen worden door hun patiënten als informatiever gekarakteriseerd dan specialisten. Ten aanzien van het instrumentele, het communicatieve en het afwerend optreden bestaat er geen significant onderscheid.

Tabel 13.6. Verschillen tussen huisarts- en specialistpatiënten in de wijze waarop zij het optreden van hun arts ervaren (Mann-Whitney-toets, tweezijdig)

	huisarts- patiënten (gem.rang. nr; N=30)	specialist- patiënten (gem.rang- nr; N=44)	z	sign.
communicatief	33.15	40.47	1.45	N.S.
informatief	31.13	41.84	2.11	p < .03
instrumenteel	32.00	41.25	1.83	N.S.
afwerend	37.73	37.34	0.08	N.S.

Toch wijzen drie van de vier resultaten in de richting van een relatief negatieve waardering geuit door specialist-patiënten. Zij zien het gedrag van hun arts-specialist als minder communicatief, minder informatief en minder instrumenteel dan huisartspatiënten dat zien. Deze op zichzelf niet significante verschillen leiden gezamenlijk tot de relatief negatieve attitude ten aanzien van specialisten.

Met andere woorden: de relatief negatieve attitude ten aanzien van specialisten komt niet voort uit specifieke kritiek van de patiënten met betrekking tot één bepaald kenmerk van hun gedrag. Deze weerspiegelt veeleer een negatieve beoordeling van het algemene optreden van de specialisten tegenover de hier onderzochte chronische patiënten. Wanneer men in aanmerking neemt, dat de meeste patiënten gezien hun ziekte duur hun behandelend specialist al vrij lang kennen, dan mag men aannemen, dat dit oordeel op meer berust dan op een vluchtige indruk. Als men deze conclusie beziet tegen de achtergrond van onze bevinding, dat specialistpatiënten niet ernstiger ziek zijn dan huisartspatiënten, dan geeft zij steun aan de pleidooien ten gunste van de niet-specialistische eerstelijns-zorg.

13.5. Medische consumptie, consumptiegeneigdheid en het lekennetwerk van huisarts- en specialistpatiënten

13.5.1. Inleiding

In hoofdstuk 7, paragraaf 7.2. werd voor alle respondenten tezamen bezien, welke invloed hun consumptiegeneigdheid heeft op het aantal malen dat zij hun huisarts consulteren. De conclusie luidde, dat 20,8 % variantie van de raadpleegfrequentie kon worden verklaard, nadat de invloed van het aantal voorgeschreven controles was geëlimineerd. In het geval waarin geen rekening werd gehouden met de controlenoodzaak, steeg dit percentage tot 27,8 %.

Wij willen nu weten, hoe dit beeld er apart voor huisarts- en specialistpatiënten uit komt te zien. Dit om de relatie tussen consumptiegeneigdheid en medische consumptie wat meer in detail te achterhalen. Alvorens daarop in te gaan zul-

len wij echter de samenhang tussen voorgeschreven controles en feitelijke medische consumptie van huisarts- en specialistpatiënten wat meer uitdiepen. In paragraaf 13.5.3. besteden wij dan nog in het kort aandacht aan de rol die persoonskenmerken bij de medische consumptie spelen. In paragraaf 13.5.4. en 13.5.5. komt ten slotte de eigenlijke probleemstelling van deze paragraaf aan de orde. Wij vragen ons daarin af: welke variantie in het aantal specialistconsulten kan voor specialistpatiënten door hun consumptiegeneigdheid worden verklaard? Is de invloed van de consumptiegeneigdheid van deze patiënten even groot, als deze hun huisarts raadplegen? En tenslotte: In welke mate worden huisartspatiënten door hun consumptiegeneigdheid beïnvloed, als zij hun huisarts consulteren?

13.5.2. Voorgeschreven controles en medische consumptie

In het voorgaande is de invloed van consumptiegeneigdheid op het raadplegen van de arts telkens (mede) gezien met uitschakeling van het aantal voorgeschreven controleconsulten. Daarbij merkten wij op, dat deze werkwijze in ons nadeel werkt als wij de huisartsconsulten van alle respondenten bezien, omdat controles veelal door de specialist zullen worden uitgevoerd. Nu wij huisarts- en specialistpatiënten afzonderlijk bestuderen is het zinvol, de relaties tussen medische consumptie en voorgeschreven controlefrequenties voor beide groepen apart preciezer te achterhalen. Wij stellen hiermee de vraag naar de beslissingsvrijheid aan de orde: in welke mate is de patiënt vrij om zelf zijn aantal huisarts- of specialistconsulten te bepalen; laat de controlenoodzaak hem hiervoor nog wel de ruimte? Wij gaan er hierbij vanuit, dat de patiënt voorgeschreven controles inderdaad laat uitvoeren. De antwoorden op de desbetreffende vraag in de interviews rechtvaardigen deze aanname voor het merendeel van de respondenten: slechts zeven van hen (drie psoriasis- en vier suikerpatiënten) zeggen de controle wel eens over te slaan.

In bijlage 13 zijn drie tabellen opgenomen waarin het aantal huisarts- resp. specialistconsulten van de twee groepen per voorgeschreven controlefrequentie is weergegeven. De samenhang ertussen is duidelijk, maar is deze zo sterk, dat van

beslissingsvrijheid geen sprake meer kan zijn? En zijn er wat dat betreft nog verschillen tussen huisarts- en specialistpatiënten?

De correlatiecoëfficiënten¹⁾ tussen beide variabelen laten de volgende conclusies toe (tabel 13.7.): de samenhang tussen controlenoodzaak en feitelijke medische consumptie is niet zo groot, dat daardoor de beslissingsvrijheid volledig afwezig is.

Tabel 13.7. Samenhang tussen controlenoodzaak en feitelijke raadpleegfrequentie (product-moment correlatie; zie noot 1)

	r	sign.
specialistpatiënten: aantal specialistconsulten	.38	p < .01
specialistpatiënten: aantal huisartscontacten	.37	p < .01
huisartspatiënten : aantal huisartscontacten	.30	p < .05

Voorts blijkt dat de verschillen tussen de drie groepen niet spectaculair zijn. De correlatie tussen huisartscontacten en controlenoodzaak bij specialistpatiënten roept de vraag op of deze patiënten voor een specialistconsult i.v.m. de aandoening over een verwijsbrief van de huisarts moet beschikken. Om hierin enig inzicht te krijgen is nagegaan, waarom specialistpatiënten de huisarts consulteren. Als dit voor het merendeel der gevallen in verband met de aandoening in kwestie is, dan is het aannemelijk, dat een deel van deze consulten in een verwijzing resulteert. Als daarentegen een andere reden wordt genoemd, dan is dit waarschijnlijk niet of minder het geval. Van de 17 specialistpatiënten, die in drie maanden minstens eenmaal bij de huisarts waren geweest, gaven 12 te kennen, dat niet in verband met het hartinfarct, de diabetes of psoriasis gedaan te hebben. Hun beslissingsvrijheid bij een bezoek aan de huisarts is dus groter dan uit tabel 13.7. blijkt.

De bevindingen uit deze paragraaf zijn voor de verdere analyse van tweeërlei betekenis. In de eerste plaats moet men bedenken, dat de controlenoodzaak hooguit 15 % variantie van de raadpleegfrequentie bij de hier onderscheiden patiënten verklaart. In de tweede plaats lijkt het zinvol, om naast de

specialistconsulten ook de huisartsconsulten van specialistpatiënten in de beschouwing te betrekken. Het is niet aanneemelijk, dat deze direct in elkaars verlengde liggen. Zij hebben vermoedelijk betrekking op verschillende klachten en zijn het gevolg van verschillende beslissingsprocessen van de patiënt.

13.5.3. Medische consumptie en persoonskenmerken

Wij hebben nu wat meer zicht op de relatie tussen voorgeschreven controlefrequenties en medische consumptie. Alvorens de invloed van de consumptiegeneigdheid op het raadpleeggedrag van huisarts- en specialistpatiënten te bezien, besteden wij eerst in het kort aandacht aan het verband tussen persoonskenmerken van de patiënt en zijn bezoeken aan de arts. Dit heeft in hoofdzaak een statistische reden. In hoofdstuk 7 en in hoofdstuk 11 werd er al op gewezen, dat ons materiaal in feite niet voldoet aan de eisen, die toepassing van geavanceerde parametrische technieken eraan stellen. Onze overwegingen, om de invloed van consumptiegeneigdheid op medische consumptie ondanks dit bezwaar toch mede met behulp van regressie-analyses na te gaan, hebben wij daar uiteen gezet.

De vraagstelling die nu aan de orde is, plaatst ons voor een extra probleem. Wij moeten niet alleen slechts een deel van onze steekproef in de analyse betrekken, maar wij willen tevens een zo zuiver mogelijk beeld krijgen van de invloed van consumptiegeneigdheid op twee vormen van medische consumptie. Hiervoor zal men ook bepaalde persoonskenmerken in beschouwing willen nemen, alvorens conclusies ten aanzien van de rol van consumptiegeneigdheid te trekken. Dit omdat bekend is, dat leeftijd, geslacht en opleiding belangrijke determinanten van medische consumptie zijn. Naarmate men echter meer variabelen in de regressie-analyse betreft, worden de uitkomsten bij een klein aantal onderzoekseenheden al snel onbetrouwbaar.

Wij berekenden daarom eerst voor huisarts- en specialistpatiënten apart nulde-orde correlaties tussen indicaties voor medische consumptie en enkele relevant te achten persoonskenmerken. Kenmerken, die significant met medische consumptie

samenhangen zullen in de regressieanalyse worden opgenomen. De overige persoonskenmerken blijven daarbij dan verder buiten beschouwing.

Tabel 13.8. Correlaties (rho's) tussen persoonskenmerken en vormen van medische consumptie

huisartspatiënten (N=30)				specialistpatiënten (N=44)			
raadplegen huisarts				raadplegen huisarts		raadplegen specialist	
		sign.			sign.		sign.
leeftijd (→ oud)	.23	N.S.		.03	N.S.	-.07	N.S.
geslacht (→ vrouw)	.12	N.S.		.04	N.S.	-.01	N.S.
opleiding (→ hoog)	-.05	N.S.		.03	N.S.	.17	N.S.
urbanisatiegraad							
(→ hoog)	-.10	N.S.		.08	N.S.	.18	N.S.

Tabel 13.8. toont aan, dat geen van de onderzochte samenhangen significant is. Deze uitkomsten geven aanleiding, om de volgende analysefase zonder persoonskenmerken uit te voeren.

13.5.4. Medische consumptie van specialistpatiënten

Wij stellen dus nu de vraag: welke rol speelt de consumptiegeneigdheid van specialistpatiënten bij hun medische consumptie? Daarbij zal de rol van de voorgeschreven controles telkens worden geëlimineerd. Tabel 13.9. geeft een antwoord voor het aantal specialist-consulten.

Het resultaat is interessant: de vijf consumptiegeneigheidscomponenten verklaren slechts 7 à 8 % variantie in de frequentie, waarmee men de specialist consulteert (zonder dat dit waarschijnlijk voorgeschreven consulten betrof). Dit percentage is veel lager dan het percentage dat de geneigheidscomponenten in het aantal huisartscontacten van alle respondenten verklaarde (vergelijke tabel 7.5.). Het is bovendien niet significant, evenmin als het totale percentage van 22, dat door geneigdheid en controlenoodzaak wordt verklaard. Met andere woorden: noch de controlenoodzaak, noch de consumptiegeneigdheid, zijn voldoende om ook maar een significant

Tabel 13.9. De mate waarin de vijf geneigdheidscomponenten het aantal specialistconsulten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor voorgeschreven controles, specialistpatiënten: N = 44) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	14.6	.33	3.5	p < .05
gedragsintentie (sterk → gering)	5.9	.25	2.67	p < .05
vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)	1.7	-.12	0.48	N.S.
attitude t.a.v. arts (pos. → neg.)	0.1	-.04	0.07	N.S.
opvattingen over ziekte (onprofess. → professioneel)	0.0	.02	0.02	N.S.
ziektebeleving (slecht → goed)	-	-.02	0.01	N.S.
totaal r^2 door cons.geneigdheid	7.8 %		0.63	N.S.
totaal r^2	22.4 %		1.79	N.S.

1) Bijlage 14 bevat de matrix van product-moment correlaties

deel van het aantal specialistconsulten van specialistpatiënten te verklaren.

Voorts valt op, dat juist een geringe gedragsintentie significant tot deze verklaring bijdraagt. De in het voorgaande zo belangrijk gebleken ziektebeleving speelt daarentegen een volledig ondergeschikte rol. Dit is moeilijk in te zien. Men moet hieruit waarschijnlijk de conclusie trekken, dat het raadplegen van de (eigen) specialist het gevolg is van een geheel andersoortig beslissingsproces, dan het raadplegen van de huisarts.

Hebben kenmerken van het lekennetwerk daarbij nog een bepaalde invloed? Wij kozen voor de beantwoording van deze vraag enkele kenmerken, die in hoofdstuk 12 op de medische consumptie van invloed bleken te zijn, onder toevoeging van

de attitude, die de meest-betrokkene er ten aanzien van de specialist op nahoudt. Hiervóór kwam de overeenkomstige attitude van de patiënt in dit verband als belangrijk naar voren, reden waarom wij nu nagaan, of die attitude van de lekenadviseur het aantal specialistcontacten beïnvloedt.

Tabel 13.10. laat zien, dat dat inderdaad het geval is, maar dan wel in een onverwachte richting: een positieve attitude van de eerste lekenadviseur ten aanzien van de specialist hangt samen met relatief weinig specialistconsulten van de patiënt. Wij kunnen hiervoor geen bevredigende interpretatie aandragen.

De overige netwerkkenmerken spelen een ondergeschikte (niet-significante) rol en het totaalresultaat is niet significant. Wij concluderen derhalve, dat de consumptiegeneigd-

Tabel 13.10. De mate waarin bepaalde netwerkkenmerken het aantal specialistconsulten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, specialistpatiënten: N = 44) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controleenoodzaak weinig → veel	14.6	.19	1.16	N.S.
attitude arts pat. positief → negatief	0.6	-.14	0.77	N.S.
ziektebeleving pat. slecht → goed	0.1	.02	0.02	N.S.
attitude arts 1 ^e adv. positief → negatief	11.9	.38	5.54	p < .001
mate van geneigdheid sterk → gering	1.2	-.14	0.73	N.S.
oordeel 1 ^e adv. over ziekte gezond → ziek	0.8	.10	0.38	N.S.
ziektebeleving 1 ^e adv. slecht → goed	-	-.03	0.03	N.S.
r ² door netwerk- kenmerken	14.0 %		1.46	N.S.
totaal r ²	29.3 %		2.13	N.S.

1) bijlage 14 bevat de matrix van product-moment correlaties

heid van specialistpatiënten en hun lekenadviseurs een voor ons moeilijk te begrijpen maar overigens niet significante rol speelt, als deze hun specialist consulteren.

Kunnen wij meer zeggen over de invloed van consumptie-geneigdheid van specialistpatiënten bij hun huisartsconsulten? In tabel 13.11. is een antwoord op deze vraag te vinden. Na de controlenoodzaak voegen de vijf geneigheidscomponenten tezamen 14 % verklaarde variantie toe in het raadplegen van de huisarts. Daarbij speelt de ziektebeleving van de patiënt weer wel een rol.

Dit is verbazend omdat uit paragraaf 13.5.2. bleek, dat een deel van deze consulten betrekking heeft op iets anders dan de aandoening in kwestie. En toch heeft juist de wijze waarop men het hebben van een hartinfarct, suikerziekte resp. psoriasis beleeft, de grootste invloed bij het raadplegen van de huisarts?

Tabel 13.11. De mate waarin de vijf geneigheidscomponenten het aantal huisartsconsulten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor voorgeschreven controles, specialistpatiënten: N = 44) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl. variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	13.9	.18	1.13	N.S.
attitude t.a.v. arts (positief $\rightarrow$ negatief)	4.5	-.18	1.32	N.S.
ziektebeleving (slecht $\rightarrow$ goed)	6.3	-.34	4.27	p < .01
vertrouwen in med. zorg (veel $\rightarrow$ weinig)	2.9	-.20	1.49	N.S.
gedragsintentie (sterk $\rightarrow$ gering)	0.2	-.04	0.08	N.S.
opvattingen over ziekte (onprofess. $\rightarrow$ profession.)	0.1	-.03	0.04	N.S.
totaal r^2 door cons. geneigdheid	14.1 %		1.21	N.S.
totaal r^2	28.0 %		2.87	p < .05

1) bijlage 14 bevat de matrix van product-moment correlaties

Hiervoor zijn vermoedelijk twee redenen aan te voeren. In de eerste plaats is het mogelijk, dat de in de interviews gegeven reden voor het huisartsenconsult niet geheel juist was. Men zei weliswaar, de huisarts voor iets anders te hebben geraadpleegd (men is immers "specialist-patiënt"), maar dit consult had toch het - mogelijk onderliggende en niet bewuste - doel, de aandoening in kwestie ter sprake te brengen. In de tweede plaats is het niet onwaarschijnlijk, dat de variabele "ziektebeleving" meer indiceert, dan de beleving van de aandoening in kwestie. Het zich ongerust maken over deze ziekte, het zich ziek vinden etc. zou op een nogal algemene attitude ten aanzien van ziekte en gezondheid kunnen wijzen. De in hoofdstuk 6 en 7 onderzochte maar niet gevonden verschillen in ziektebeleving tussen de drie patiëntencategorieën ondersteunen dit vermoeden.

Hoe het ook zij, de vijf geneigheidscomponenten van specialistpatiënten spelen samen een relatief geringe rol bij hun beslissing, de huisarts te raadplegen. De uitkomst ($r^2 = 14,1 \%$) is niet significant, ook al is zij bevredigender dan het hiervoor beschreven resultaat ($r^2 = 7,8 \%$) bij specialistconsulten.

Wat valt er over de invloed van netwerkenmerken hierbij te zeggen? Tabel 13.12. geeft een overzicht. Het valt op, dat de ziektebeleving van de eerste lekenadviseur deze invloed voor een groot deel bepaalt: deze voegt - nadat de ziektebeleving van de patiënt is ingevoerd - nog eens 10 % verklaring van de variantie in het aantal huisartscontacten toe. De invloed van alle netwerkenmerken tezamen is niet significant maar het totaalresultaat ($r^2 = 39,2 \%$) is bevredigend te noemen.

13.5.5. Medische consumptie van huisartspatiënten

Uit het voorgaande is gebleken, dat de beslissingsvrijheid om de huisarts te raadplegen - gezien de samenhang tussen de voorgeschreven controlefrequentie en het feitelijk aantal consulten - van huisartspatiënten nogal groot is. Voorts is bekend, dat de invloed van bepaalde persoonskenmerken op het raadplegen van de huisarts ook voor deze groep

Tabel 13.12. De mate waarin bepaalde netwerkkenmerken het aantal huisartscontacten van specialistpatiënten verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, N = 44) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl. variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak weinig → veel	13.9	.12	0.59	N.S.
attitude arts pat. positief → negatief	4.5	-.15	0.95	N.S.
ziektebeleving pat. slecht → goed	6.3	-.08	0.23	N.S.
ziektebel. 1 ^e adv. slecht → goed	10.2	-.36	5.17	p < .001
oordeel 1 ^e adv. over ziekte gezond → ziek	2.2	.19	1.68	N.S.
mate van geneigd- heid → sterk gering	1.7	-.14	0.86	N.S.
attitude arts 1 ^e adv. positief → negatief	0.3	-.07	0.19	N.S.
r ² door netwerk- kenmerken	15.4 %		1.64	N.S.
totaal r ²	39.2 %		3.32	p < .01

1) bijlage 14 bevat de matrix van product-moment correlaties

verwaarloosbaar klein is. Welke rol speelt nu de consumptie-geneigdheid van de patiënt en welke die van zijn leken-adviseurs?

Tabel 13.13. laat zien, dat de vijf geneigheidscomponen-ten van de patiënt samen 48 % variantie verklaren in het aantal huisartscontacten van huisartspatiënten. Daarbij is de invloed van de controlenoodzaak wederom geëlimineerd. Dit re-sultaat is duidelijk significant. Ook de bijdragen van de afzonderlijke componenten zijn duidelijker, dan bij de voor-gaande analyses. Drie van de vijf componenten hebben een sig-nificante invloed. Het valt op, dat vooral een sterke gedrags-intentie en een positieve attutude ten aanzien van de arts belangrijk zijn in deze. Controlenoodzaak en consumptiegeneigdheid verklaren samen 57 % variantie!

Tabel 13.13. De mate waarin de vijf geneigheidscomponenten het aantal huisartsconsulten van huisartspatiënten (N = 30) verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor controle-noodzaak) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl. variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	9.0	.28	3.24	p < .05
gedragsintentie (sterk → gering)	22.7	-.54	14.33	p < .001
attitude t.a.v. arts (pos. → neg.)	16.9	-.55	10.67	p < .001
ziektebeleving (slecht → goed)	7.7	-.31	3.59	p < .05
vertrouwen in medische zorg (veel → weinig)	0.4	.06	0.15	N.S.
opvattingen over ziekte (onprofess. → profess.)	0.2	.06	0.15	N.S.
totaal r^2 door cons.geneigtheid	48.0 %		4.43	p < .01
totaal r^2	57.0 %		5.09	p < .01

1) bijlage 14 bevat de matrix van product-moment correlaties

Tabel 13.14. toont aan, dat ook hier de ziektebeleving van de eerste adviseur een relatief grote maar toch geen significante additionele rol speelt. De hier bestudeerde netwerkkenmerken voegen boven de controlenoodzaak en twee belangrijke geneigheidscomponenten van de patiënt ruim 16 % variantieverklaring toe. Dit resultaat is niet significant. Wij moeten op dit punt concluderen, dat de invloed van de consumptie-geneigtheid van huisartspatiënten op hun medische consumptie belangrijker is dan die van de netwerkkenmerken.

13.6. Tot besluit

In dit hoofdstuk hebben wij onderzocht op welke punten en in welke mate de bij dit onderzoek betrokken huisarts- en specialistpatiënten van elkaar verschillen (paragrafen 13.2.,

Tabel 13.14. De mate waarin bepaalde netwerkkenmerken het aantal huisartsconsulten van huisartspatiënten (N = 30) verklaren (stapsgewijze regressie-analyse) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak weinig + veel	9	.09	0.20	N.S.
attitude arts pat. positief + negatief	14.5	-.21	0.31	N.S.
ziektebeleving pat. slecht + goed	6.1	-.11	0.96	N.S.
ziektebeleving 1 ^e adv. slecht + goed	18.9	-.25	1.66	N.S.
attitude arts 1 ^e adv. positief + negatief	4.8	-.22	0.97	N.S.
mate van geneigdheid sterk + gering	1.5	-.19	0.79	N.S.
oordeel 1 ^e adv. over ziekte gezond + ziek	1.2	.14	0.49	N.S.
r ² door netwerkkenmerken	16.4 %		1.08	N.S.
totaal r ²	46.1 %		4.70	p < .001

1) bijlage 14 bevat de matrix van product-moment correlaties

13.3. en 13.4.). Tegen de verwachting in vonden wij slechts een beperkt aantal verschilpunten.

Vervolgens gingen wij na, welke rol de consumptiegeneigdheid speelt bij de feitelijke medische consumptie van beide groepen (paragraaf 13.5.). Om hiervan een zo zuiver mogelijk beeld te krijgen, onderzochten wij eerst de betekenis van het aantal voorgeschreven controles en van enkele persoonskenmerken voor die medische consumptie. Met de resultaten van de eigenlijke analyse (paragrafen 13.5.4. en 13.5.5.) kunnen wij nu de bevindingen uit hoofdstuk 7 nader specificeren.

Consumptiegeneigdheid speelt niet bij alle vormen van medische consumptie een even grote rol. De rol is verwaarloosbaar klein bij de frequentie waarmee specialistpatiënten hun specialist raadplegen. Ook de netwerkkenmerken spelen daarbij een ondergeschikte rol. Wij concludeerden dat het raadplegen

van de specialist vermoedelijk het gevolg is van een nogal moeilijk te begrijpen beslissingsproces.

De rol van de consumptiegeneigdheid wordt groter bij het aantal huisartsconsulten van specialistpatiënten. Daarbij kon bovendien een additionele invloed van een netwerkkenmerk - nl. de ziektebeleving van de eerste adviseur - worden geconstateerd.

De meest duidelijke invloed van consumptiegeneigdheid is echter te vinden bij huisartspatiënten en hun bezoeken aan de huisarts. Een groot deel ($r^2 = 48\%$) van de variantie in deze vorm van medische consumptie wordt daar door de consumptiegeneigdheid van de patiënt verklaard. Ook hierbij speelt de ziektebeleving van de eerste adviseur een rol, echter nu zonder dat deze invloed een bevredigend significantieniveau bereikt.

Deze uitkomsten zijn waarschijnlijk te interpreteren tegen de achtergrond van de sociale afstand tussen lekensystemen en professioneel systeem (Freidson, 1961). Men mag veronderstellen, dat patiënten en hun lekenadviseurs de sociale afstand ten opzichte van een medisch specialist groter ervaren dan ten opzichte van de huisarts. Dit geldt te meer voor patiënten, die zelf zeggen door de aandoening door de huisarts behandeld te willen worden. De huisarts is tegelijk arts van andere leden van het netwerk, de drempel om zijn hulp in te roepen is doorgaans geringer, dan de drempel die bij het consulteren van de specialist overwonnen moet worden. Onze uitkomsten wijzen erop, dat de geneigdheid tot het inroepen van medische hulp afneemt, naarmate de gepercipieerde sociale afstand ten opzichte van de arts groter is. De centrale rol, die de huisarts in de eerstelijns-gezondheidszorg in Nederland speelt brengt met zich mee, dat de invloed van consumptiegeneigdheid op het inroepen van zijn hulp relatief groot is.

NOOT BIJ HOOFDSTUK 13

- 1) Beide variabelen bevatten vele gelijke waarnemingen ("ties"). Rangcorrelaties zijn hiervoor erg gevoelig. Wij kozen in dit geval derhalve voor de (parametrische) product moment correlatie-coëfficiënt, om de mate van samenhang te bepalen.

Hoofdstuk 14. Consumptiegeneigdheid en overige vormen van medische consumptie

14.1. Veel gebruik van (verschillende) gezondheidszorgvoorzieningen

Voorals chronische patiënten kunnen met verschillende gezondheidszorgvoorzieningen in contact komen. Psoriasispatiënten maken bijvoorbeeld soms gebruik van een zonnebank, hartinfarctpatiënten moeten veelal een tijd lang naar de trombose-dienst en diabetici bezoeken wellicht wel eens een diëtiste. Deze en andere vormen van medische consumptie kwamen tijdens het interview ter sprake.¹⁾ Nu verschillen de genoemde voorzieningen uiteraard per patiëntencategorie terwijl er binnen elke patiëntencategorie telkens maar enkele mensen zijn, die ervan gebruik maakten. Dit bemoeilijkt de analyse.

Om toch enig inzicht te krijgen in de invloed van de consumptiegeneigdheid op het gebruik van andere voorzieningen dan huisarts en specialist, besloten wij onze aandacht te richten op veel contacten met verschillende voorzieningen tegelijk. Daarbij veronderstellen wij het volgende. Voor elk contact met de besproken verschillende vormen van zorg is waarschijnlijk wel een duidelijke reden aan te geven. Als echter blijkt, dat iemand veel instanties raadpleegt, dan kan dat een achterliggende oorzaak hebben. Het is mogelijk, dat hij "van het kastje naar de muur wordt gestuurd" maar ook, dat hij zelf geneigd is, om alle mogelijke manieren voor hulp of verlichting aan te wenden. Als dit laatste het geval is, dan kan men aannemen, dat de vijf geneigheidscomponenten een belangrijke rol spelen bij het vaak raadplegen van verschillende voorzieningen.

Per patiëntencategorie werd de raadpleegfrequentie van patiënten met alle in aanmerking komende personen of instanties gesommeerd. De aldus verkregen score voor het "veel gebruik van verschillende voorzieningen"¹⁾ werd gecorrigeerd met waarden van geneigheidscomponenten alsmede met het aantal voorgeschreven controles (als indicaties voor de noodzaak voor veel consumptie). In tabel 14.1. zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 14.1. Relatie tussen veel gebruik van verschillende gezondheidszorgvoorzieningen, controlenoodzaak en consumptiegeneigdheid per patiëntencategorie (rho's, N = driemaal 25)

veel consumptie van	hartinfarct- patiënten	diabetici	psoriasis- patiënten
vertrouwen in medische zorg (veel + weinig)	.06	-.05	-.37
attitude t.a.v. arts (positief + negatief)	.05	-.20	-.13
ziekteopvattingen (onprof. + profession.)	.14	.35	-.24
ziektebeleving (slecht + goed)	-.47	-.29	.00
gedragsintentie (sterk + gering)	-.09	.10	.22
controlenoodzaak (weinig + veel)	.42	.50	.54

 = significant ($p < .05$)

In de eerste plaats is duidelijk, dat de controlenoodzaak in alle drie patiëntencategorieën een grote - bij diabetici en psoriasispatiënten zelfs de grootste - samenhang met veel gebruik van verschillende voorzieningen vertoont. De samenhang met de consumptiegeneigdheid is daarbij gering. Dit is waarschijnlijk mede te begrijpen tegen de achtergrond van de aard der hier bestudeerde gezondheidszorgvoorzieningen. Als een diabeet bijvoorbeeld vaak bij het laboratorium en vaak bij de diëtiste komt, zal hij vermoedelijk ook veel controles moeten laten uitvoeren. Voor de andere patiëntencategorieën en voorzieningen geldt dit eveneens.

In de tweede plaats valt echter op, dat voor hartinfarctpatiënten de meer emotionele ziektebeleving een rol speelt, terwijl bij de andere twee patiëntencategorieën de tot dusver minder invloedrijk gebleken zorg- en ziekteopvattingen significant met het gebruik van veel voorzieningen correleren. Dit wijst er wellicht op, dat veel hulp zoeken bij verschillende instanties - afgezien van de voorgeschreven controles - zowel gevolg kan zijn van psychisch-emotionele als van meer rationele invloeden.

Kan men iets zeggen over de invloed van de consumptie-geneigdheid op de veelvuldige consumptie van alle patiënten tezamen? Dit is - gezien de gevarieerdheid van te analyseren voorzieningen - slechts in beperkte mate mogelijk. Veelvuldig gebruik kan voor alle respondenten slechts zinvol geoperationaliseerd worden door het aantal huisarts-, eigen specialist- en overig specialistenconsulten bij elkaar te tellen.

Deze somscore is als afhankelijke variabele in een stapsgewijze regressie-analyse opgenomen met de consumptie-geneigheidscomponenten (en de controlenoodzaak) als onafhankelijken. Tabel 14.2. geeft een overzicht van de uitkomsten. Zij wijzen erop, dat de consumptiegeneigdheid slechts een geringe (en niet significante) rol speelt bij veelvuldig gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Alleen de ziektebeleving be-

Tabel 14.2. De mate waarin de vijf geneigheidscomponenten veel gebruik van verschillende gezondheidszorgvoorzieningen verklaart (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor controle-noodzaak, N = 75) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	% toegevoegd verkl. variantie	partiële regr.- coëfficiënt (β)	F	sign.
controlenoodzaak	26.6.	.42	14.4	p < .001
attitude t.a.v. arts positief → negatief	2.9	.16	2.09	N.S.
ziektebeleving slecht → goed	3.5	-.24	4.55	p < .001
vertrouwen in medische zorg veel → weinig	1.2	-.13	1.19	N.S.
gedragsintentie sterk → gering	0.2	-.04	0.15	N.S.
opvattingen over ziekte onprofes. → profession.	0.1	-.02	0.06	N.S.
totaal r^2 door cons. geneigdheid	7.9 %		1.19	N.S.
totaal r^2	34.5 %		6.06	p < .001

1) zie bijlage 7 voor de matrix van product-moment correlaties

reikt een significant niveau, terwijl de overige componenten een verwaarloosbaar kleine invloed uitoefenen. De controle-noodzaak is hierbij verreweg de belangrijkste factor.

Wat kan er over de invloed van netwerkkenmerken worden opgemerkt? (tabel 14.3.)

Tabel 14.3. De mate waarin bepaalde netwerkkenmerken veel gebruik van verschillende gezondheidszorgvoorzieningen verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, gezuiverd voor controle-noodzaak, attitude t.a.v. arts en ziektebeleving van de patiënt, N = max. 75) 1)

onafhankelijke variabelen	% toegevoegde verkl.variantie	partiële regr.-coëfficiënt (β)	F	sign.
controle-noodzaak weinig + veel	26.6	.31	8.72	p < .001
attitude arts patiënt positief + negatief	3.0	-.13	1.60	N.S.
ziektebeleving patiënt slecht + goed	3.5	-.03	0.05	N.S.
ziektebeleving 1e adv. slecht + goed	9.7	-.31	8.37	p < .001
oordeel 1e adv. over ziekte gezond + ziek	3.4	.22	1.08	N.S.
mate van geneigdheid sterk + gering	0.9	-.11	4.81	p < .001
r^2 door netwerkkenmerken	14.0 %		3.53	p < .001
totaal r^2	47.0 %		9.61	p < .001

1) bijlage 7 bevat de matrix van product-moment correlaties

De invloed van netwerkkenmerken op het raadplegen van veel verschillende artsen is relatief groot. Tabel 14.3. toont aan, dat netwerkleiden een belangrijke drijfveer zijn bij deze vorm(en) van medische consumptie. Waarschijnlijk blijkt hieruit opnieuw, dat angst en bezorgdheid van meest-betrokkenen iemands patiëntenrolgedrag - hier in termen van het veel (en overal) zoeken van genezing - mede bepalen.

14.2. Het raadplegen van alternatieve genezers

In de afgelopen jaren is de belangstelling voor niet-universitaire geneeswijzen sterk toegenomen. Het raadplegen van alternatieve genezers ligt niet langer in de taboesfeer, nu er officiële adviezen op dit gebied zijn uitgebracht (Commissie Alternatieve Geneeswijzen, 1981) en verzekeringsmaatschappijen ertoe overgaan, bepaalde niet-universitaire behandelingen in hun verzekeringspakket op te nemen. Uit Cassee's onderzoek in 1967 bleek, dat "bij een minderheid der onder-vraagden de mening leeft, dat kruidendokters en magnetiseurs een gevaar voor de maatschappij vormen, waartegen de politie streng behoort op te treden" (Cassee, 1973, p. 112). Uit verschillende onderzoeken is inmiddels gebleken, dat de houding ten aanzien van alternatieve genezers positiever is geworden. (Sociaal en Cultureel Planbureau, 1978, Ooijendijk e.a. 1980).

Over de omvang van het gebruik van alternatieve genezers in Nederland zijn slechts schattingen bekend. Men kan aannemen, dat het om 7 à 8 miljoen contacten tussen patiënten en genezers per jaar gaat (Van Dijk, 1976, Ooijendijk e.a., 1980). Waarom raadplegen mensen niet-universitaire genezers? Over het algemeen zijn deze consulten te zien als aanvulling op en niet als een alternatief voor "gewone" geneeskundige hulp. Veelal biedt een reguliere behandeling onvoldoende verlichting of bevrediging voor de patiënt, die daarom op een gegeven moment zijn heil elders gaat zoeken. Van Es merkt hierover op: "Naar analogie van de relatie tussen kerk en secten zou men vele niet-officiële geneeswijzen als onbetaalde rekeningen van de officiële geneeswijzen kunnen beschouwen" (Van Es, 1976, p. 7). Dit impliceert, dat men niet voor alle klachten bij alternatieve genezers aanklopt. Klachten, die door de officiële geneeskunde minder makkelijk of helemaal niet verholpen kunnen worden komen hiervoor eerder in aanmerking. Cassee noemt in dit verband psychosen, aandoeningen van zenuwstelsel, zintuigen en van het bewegingsapparaat, dat wil zeggen vooral klachten van chronische aard (Cassee, 1973, p.121).

Men kan dus verwachten, dat er onder de bij ons onderzoek betrokken patiënten gezien hun chronische aandoening personen zijn, die contact met alternatieve genezers gehad hebben. Dat

is inderdaad het geval: acht respondenten hebben minsten eenmaal een van hen geraadpleegd. Dat is - gezien de hiervoor genoemde schattingen - niet veel; zeker niet meer, dan voor alle, ook niet chronisch-zieke Nederlanders wordt vermeld. Maar de aard van de aandoening speelt daarbij natuurlijk een rol: van deze acht personen heeft er één een hartinfarct gehad, en twee van hen zijn diabeet. De overige vijf personen hebben psoriasis. Gezien de kans op genezing via officiële behandeling is deze uitkomst alleszins begrijpelijk. Van Veen-Viëtor (1980) wijst expliciet op de mogelijkheden, die alternatieve geneeswijzen voor psoriasispatiënten bieden.

Aan de respondenten is ook gevraagd, of zij er wel eens aan gedacht hebben, om een of meer van zeven met name genoemde alternatieve genezers voor hun aandoening te raadplegen. Onder hen, die hierop positief reageerden, bevinden zich vijf mensen waarbij deze overweging niet in een feitelijk consult resulteerde. Wij gaan ervan uit, dat zij een relatief positieve houding ten aanzien van niet-universitaire geneeswijzen hebben. Wij construeerden een schaal, die de mate weergeeft, waarin men geneigd is, alternatieve genezers te raadplegen.

Speelt de consumptiegeneigdheid een rol bij het raadplegen van alternatieve genezers? Gezien de resultaten van Cassee kan men in ieder geval een samenhang tussen "het hebben van onprofessionele ziekteopvattingen" en onze schaalwaarde verwachten (Cassee, 1973, p. 113). Het is bovendien aannemelijk, dat mensen, die over een consult aan een niet-officiële genezer denken, of die zo iemand ook echt raadplegen, hun eigen arts relatief negatief beoordelen en bovendien niet gauw geneigd zijn, om met lichamelijke klachten de dokter te consulteren (geringe gedragsintentie). Voorts is het waarschijnlijk, dat zij vrij weinig vertrouwen in de medische zorg zullen hebben.²⁾ Mensen met een relatief slechte ziektebeleving tenslotte, zullen hun heil eerder bij alternatieve genezers zoeken, dan mensen die hun aandoening tot op zekere hoogte hebben aanvaard.

Onze verwachtingen komen maar zeer ten dele overeen met de werkelijkheid, zoals die uit ons onderzoek blijkt. (tabel 14.4.)

De consumptiegeneigdheid verklaart ruim 18 % variantie in

Tabel 14.4. De mate waarin vijf geneigheidscomponenten het (eventuele) raadplegen van alternatieve genezers verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, N = 73) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	perc. toegevoegde verkl. variantie	partiële regr.- coëfficiënt (β)	F	sign.
vertrouwen med. zorg (veel → weinig)	8.1	.37	8.79	p < .001
attitude t.a.v. arts (positief → negatief)	6.0	-.31	6.23	p < .001
ziektebeleving (slecht → goed)	4.2	-.21	3.46	p < .01
gedragsintentie (sterk → gering)	-	.03	0.07	N.S.
ziekteopvattingen (onprof. → profession.)	-	-.02	0.04	N.S.
totaal r^2	18.3 %		3.09	p < .01

1) van twee respondenten is niet bekend, of zij (eventueel) alternatieve genezers raadplegen; zie bijlage 7 voor de matrix van product-moment correlaties.

het (eventueel) raadplegen van alternatieve genezers. Dat is een bevredigend resultaat, dat in z'n geheel de gedragsvoorspellende waarde van de hier onderscheiden consumptiegeneigheidscomponenten ook in verband met het gebruik van alternatieve gezondheidszorgvoorzieningen onderstreept.

Bekijkt men de invloed van de afzonderlijke componenten, dan vinden wij twee uitkomsten, die zeer wel begrijpelijk zijn, maar ook twee uitkomsten, die met hetgeen wij verwachtten volstrekt in tegenspraak zijn. Om met het eerste te beginnen: de belangrijkste determinant van het (eventueel) raadplegen van alternatieve genezers is een gering vertrouwen in de traditionele medische zorg. Bovendien komt het (overwogen) bezoek aan deze genezers voort uit een relatief slechte ziektebeleving. Dit is alleszins plausibel en behoeft geen verder commentaar. In de tweede plaats blijken (on)professionele ziekteopvattingen tegen onze verwachting in in deze geen invloed uit te oefenen en - wat bijna verbazingwekkend is - blijkt niet een negatieve doch een uitgesproken positieve attitude ten aanzien van de eigen arts van invloed te zijn op het (voorgenomen) bezoek aan alternatieve genezers.

De ontbrekende invloed van de ziekteopvattingen bleek reeds

eerder (zie hoofdstuk 7). Wij schreven deze voornamelijk toe aan vermoedelijk veranderde opvattingen over ziekte bij het Nederlandse publiek vergeleken met ruim tien jaar geleden, toen Cassee zijn onderzoek deed alsmede aan een andere steekproefsamenstelling dan die van Cassee. Waarom hebben personen, die (eventueel) alternatieve genezers raadplegen echter zo'n positieve attitude ten aanzien van hun arts? Dat men zijn heil elders zoekt, komt duidelijk niet voort uit ontevredenheid met de behandelend arts.

De uitkomst kan vermoedelijk als volgt worden geïnterpreteerd. Personen, die overwegen, om alternatieve genezers op te zoeken of die dat inderdaad doen, zijn waarschijnlijk zelf tot de conclusie gekomen, dat de traditionele medische zorg op bepaalde punten niet in hun behoefte kan voorzien. Hun geringe vertrouwen in de medische zorg wijst daar op. Zij verwijten echter hun eigen arts op dit punt niets, integendeel: "... hij is steeds geneigd alles te proberen, wat eraan te doen is ...", "... hij is eerlijk, maar meer kan hij ook niet voor me doen...", "...hij probeert je altijd op je gemak te stellen en heeft alle begrip voor me..." aldus enkele reacties van respondenten.

Dit sluit aan bij de constatering van Van Es (In: Van Dijk, 1976, p. 7). Hij zegt, dat ... "de arts ... meer dan vroeger ervan op de hoogte wordt gesteld als patiënten hulp bij een ander gaan zoeken" en dat "in een dergelijke situatie de huisarts ook wel eens om advies wordt gevraagd." Dit zou waarschijnlijk niet gebeuren, als men over zijn arts ontevreden was. Overigens blijkt er geen samenhang tussen het (mogelijk) raadplegen van alternatieve genezers en het aantal huisartsconsulten ($\rho = .05$, N.S.).³⁾

Wij onderzochten ook, of mensen, die hun heil (ook) buiten de officiële kanalen zoeken in opleiding en leeftijd van anderen verschillen. Daarbij bleek, dat zij wel jonger ($\rho = -.22$, $p < .03$) maar niet duidelijk hoger of minder hoog opgeleid zijn ($\rho = .18$, N.S.) dan personen, die nooit aan een "alternatief consult" gedacht hebben. Dit is aannemelijk, aangezien psoriasispatiënten in onze steekproef relatief jong zijn en zij de meeste consulten met niet officiële genezers voor hun rekening nemen.

Spelen bepaalde netwerkkenmerken nog een rol bij het raadplegen van alternatieve genezers? Het lijkt zinvol, om voor het antwoord op deze vraag ook het vertrouwen, dat de lekenadviseur in de medische zorg stelt, in de beschouwing te betrekken. (tabel 14.5.)

Tabel 14.5. Mate waarin bepaalde netwerkkenmerken het raadplegen van alternatieve genezers verklaren (stapsgewijze regressie-analyse, N = max. 73) ¹⁾

onafhankelijke variabelen	perc. toegevoegde verkl. variantie	partiële regr.- coëfficiënt (β)	F	sign.
ziektebeleving patiënt slecht $\rightarrow$ goed	5.2	-.26	3.70	p < .01
vertrouwen med. zorg patiënt veel $\rightarrow$ weinig	5.5	.16	1.43	N.S.
vertrouwen med. zorg 1e adv. veel $\rightarrow$ weinig	4.2	.27	4.12	p < .001
oordeel 1e adv. ov. ziekte gezond $\rightarrow$ ziek	2.6	-.14	1.12	N.S.
mate van geneigdheid sterk $\rightarrow$ gering	0.8	-.13	0.86	N.S.
ziektebeleving 1e adv. slecht $\rightarrow$ goed	0.8	.11	0.67	N.S.
r^2 door netwerkkenmerken	8.3 %		1.47	N.S.
totaal r^2	19.1 %		2.56	p < .05

1) bijlage 7 bevat de matrix van product-moment correlaties; zie ook noot bij tabel 14.4.

De invloed van lekenadviseurs op het raadplegen van alternatieve genezers is gering, maar het vertrouwen van de meest-betrokkene in de medische zorg is daarop wel (significant) van invloed. Ook hier blijkt weer, dat netwerkkenmerken op het ziektegedrag van de patiënt van invloed zijn, naast de rol die zijn eigen consumptiegeneigdheid daarbij speelt.

14.3. Consumptiegeneigdheid en verzekeringsvorm

14.3.1. Inleiding

Naarmate het vraagstuk van de financieringswijzen van gezondheidszorgvoorzieningen meer aandacht krijgt, neemt ook de

belangstelling voor de invloed van de verzekeringsvorm op medische consumptie toe. In 1980 is over dit onderwerp een onderzoekersoverleg gestart (Ministerie van V. en M., 1980). Uit een door vier leden van deze groep samengesteld overzicht van relevante studies op dit gebied blijkt onder meer, dat ziekenfonds-verzekerden meer gebruik maken van geneeskundige hulp. Daarbij is vooral het verschil in gebruik van ziekenhuisbedden opvallend. De groep van onderzoekers heeft zich ook gebogen over de eventuele oorzaken van deze verschillen. Wij willen hierop in dit kader niet uitgebreid ingaan en verwijzen ervoor naar Van de Ven e.a. (1981).

Over de rol, die de consumptiegeneigdheid hierbij speelt is tot dusver weinig onderzoek gedaan. Zijn fondspatiënten eerder geneigd medische hulp in te roepen dan met hen op andere punten vergelijkbare particulier verzekerden? Deze studie biedt de mogelijkheid om hierin meer inzicht te krijgen. 53 Respondenten zijn lid van het ziekenfonds, twee particulierverzekerden zijn tegen alle kosten van de huisarts verzekerd, terwijl negen van hen hiervoor een bepaald eigen risico dragen. De overige elf particulier verzekerden moeten de kosten voor de huisarts zelf betalen. In het volgende vergelijken wij de eerste twee groepen (55) met de overigen.

De ondervraagde personen hebben allen een chronische aandoening en zijn daardoor - uiteraard globaal en maar tot op zekere hoogte - vergelijkbaar op het punt van hun gezondheidstoestand. Wij gaan daarop nog nader in. Onder hen bevinden zich bovendien weinig zeer oude mensen, die het beeld kunnen verstoren, doordat zij fondslid zijn en bovendien voor allerlei ouderdomskwalen de dokter consulteren.

14.3.2. Enkele verschillen tussen fondsleden en particulier verzekerden nader onderzocht

Alvorens de relatie tussen verzekeringsvorm en consumptiegeneigdheid aan de orde te stellen, willen wij eerst wat preciezer nagaan, op welke punten de fondsleden wel en op welke punten zij niet met particulier verzekerden vergelijkbaar zijn. Daarbij is het in eerste instantie van belang, in welke mate hun gezondheidstoestand overeenkomt. De verdeling over patiën-

tencategorieën wijst niet op duidelijke verschillen (zie bijlage 1), maar er zijn wel aanwijzingen voor het feit, dat fondspatiënten "ernstiger" ziek zijn dan particulier verzekerden. (tabel 14.6.)

Tabel 14.6. Verschillen tussen fondspatiënten en particulier verzekerden in "gezondheidstoestand" 1) (Mann-Whitney-toets, eenzijdig)

	fonds- patiënten (N=55)	particuliere patiënten (N=20)	z	sign.
overige aandoeningen	40.75	30.42	1.97	p < .02
ernst aandoening vlg. opgave van de arts	29.42	21.88	1.86	p < .03

1) fondspatiënten incl. volledig voor huisartsenhulp verzekerden

Dit is op zichzelf verrassend, omdat wij niet verwachtten, dit door anderen geconstateerde verschil (Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1978, Mootz, 1980) nog binnen een betrekkelijk kleine, homogene groep van chronische patiënten aan te treffen. Bij de interpretatie van het volgende moet hiermee rekening worden gehouden.

Mede door de onderzoeksopzet spelen persoonskenmerken daarin een betrekkelijk ondergeschikte rol, zo bleek in het voorgaande. Volledigheidshalve hebben wij het verband tussen geslacht, leeftijd, opleiding en urbanisatiegraad van de woongemeente en verzekeringsvorm onderzocht alvorens op de consumptie-geneigdheid verder in te gaan. Het bleek, dat fondsleden vergeleken met de overige respondenten alleen lager zijn opgeleid (hetgeen te verwachten was) maar op de andere punten verschillen de twee groepen niet van elkaar. Wij zullen onze analyses daarom voor opleidingsniveau controleren.

Tenslotte vragen wij ons af, of zich onder de particulier verzekerden meer specialist-patiënten bevinden, dan onder de fondsleden. De bevindingen uit ander onderzoek (Van de Ven, e. a., 1981) zouden dit aannemelijk maken. Dit is echter in dit onderzoek niet het geval: 23 huisartspatiënten zijn fondslid, tegenover 29 particulier verzekerden ($\chi^2 = .99$ N.S.). Met name de attitude ten aanzien van de eigen arts wordt hierdoor dus

niet verstoord (zie hoofdstuk 13, tabel 13.4.). Volledig verzekerden blijken bovendien hun huisarts noch hun specialist vaker te raadplegen dan niet volledig verzekerden (voor het aantal huisartsconsulten geldt o.g.v. de Mann Whitney-toets: $z = 0.96$, voor het aantal specialistconsulten: $z = 0.45$; beide waarden zijn niet significant).

14.3.3. De consumptiegeneigdheid en de verzekeringsvorm

Waarom maken fondspatiënten meer gebruik van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen dan anderen? Een deel van het verschil komt uiteraard voor rekening van de vermelde morbiditeitsverschillen, een ander deel is toe te schrijven aan algemene kenmerken van mensen uit lagere sociaal-economische milieus. Vooral voor meer specialistische voorzieningen geldt bovendien dat kenmerken van het gezondheidszorgsysteem zelf een belangrijke rol spelen. Maar voor gevallen, waarin de beslissing tot medische consumptie binnen het lekensysteem wordt genomen - dat wil zeggen bij veel huisartsconsulten - werd geen goede reden voor het verschil gevonden (Van de Ven e.a., 1981). Het is daarom aannemelijk, dat fondspatiënten tegen de achtergrond van hun volledige verzekering een relatief sterke consumptiegeneigdheid hebben; een factor, die tot nog toe relatief weinig aandacht heeft gekregen.

Wij hebben op drie manieren geprobeerd, dit vraagstuk te onderzoeken. In de eerste plaats vergeleken wij de 55 volledig verzekerden met de overige respondenten op hun afzonderlijke geneigheidscomponenten. (tabel 14.7.)

Van de uitslagen is er slechts één significant: volledig verzekerden houden er minder professionele gezondheidsopvattingen op na dan particulier verzekerden. Dit is tegen de achtergrond van hun lagere opleiding erg plausibel. Van de andere uitslagen wijzen er twee in de richting van een sterkere consumptiegeneigdheid van fonds- vergeleken met particulier verzekerden. De eerste groep heeft een iets sterkere gedragsintentie dan de tweede en bovendien wat meer vertrouwen in de medische zorg. De andere twee componenten wijzen in de tegengestelde richting: fondsleden denken iets negatiever over hun eigen arts en hebben een iets betere ziektebeleving dan de anderen.

Tabel 14.7. Verschillen tussen fondsleden en particulier verzekerden in hun consumptiegeneigdheid (Mann-Whitney-toets, tweezijdig)

	fonds. patiënten	particulier patiënten	z	sign.
vertrouwen i.med. zorg (veel + weinig)	37.06	40.57	0.62	N.S.
attitude t.a.v. arts (positief + negatief)	38.60	34.52	0.72	N.S.
opvatting over ziekte (onprof. + profess.)	34.16	48.55	2.53	p < .01
ziektebeleving (slecht + goed)	38.23	37.38	0.15	N.S.
gedragsintentie (sterk + gering)	36.36	42.50	1.08	N.S.

Al met al brengt ons dit niet tot een duidelijke conclusie. Wij kunnen hooguit zeggen, dat - zo er al verschillen in consumptiegeneigdheid gevonden worden - deze op het cognitieve vlak liggen, hetgeen gezien verschillen in opleiding te verwachten was. Op het vlak van de - voor de medische consumptie belangrijker - attitudes ten aanzien van eigen arts en eigen aandoening zijn de verschillen tussen de twee groepen te gering om er een conclusie op te baseren.

In de tweede plaats berekenden wij de correlaties tussen verzekeringsvorm, consumptiegeneigdheid en feitelijke medische consumptie. Tabel 14.8. laat de resultaten zien en vermeldt deze afzonderlijk bij controle voor opleidingsniveau.

Deze tabel laat zien dat de samenhang tussen verzekeringsvorm en consumptiegeneigdheid gering is. De enige correlatie met een bevredigend significantieniveau is die tussen (on)professionele ziekteopvattingen en verzekeringsvorm. Deze neemt door de invloed van het opleidingsniveau te elimineren af. Voorts blijkt, dat de samenhang tussen verzekeringsvorm en medische consumptie niet significant is.

In de derde plaats gingen wij na, welke rol de consumptiegeneigdheid van volledig verzekerden speelt, als zij hun huisarts raadplegen. Wij berekenden voor beide groepen afzonderlijk correlaties tussen de vijf geneigheidscomponenten en het aan-

Tabel 14.8. Samenhang tussen verzekeringsvorm, consumptiegeneigdheid en medische consumptie (Kendall's rangcorrelaties, eerste regel: (A) nulde-orde, tweede regel: (B) gecontroleerd voor opleidingsniveau, N = 75, omkaderd: significant, $p < .05$)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
A	.07	-.08	<u>-.23</u>	.06	.10	-.13	-.03
B	-.01	-.09	.17	.07	.06	-.13	-.08

- 1) A verzekeringsvorm fonds + particulier
 B idem, gecontroleerd voor opleidingsniveau
 (1) vertrouwen in medische zorg (veel + weinig)
 (2) attitude t.a.v. eigen arts (positief + negatief)
 (3) ziekteopvattingen (onprofessioneel + professioneel)
 (4) ziektebeleving (slecht + goed)
 (5) gedragsintentie (sterk + gering)
 (6) raadplegen huisarts (weinig + vaak)
 (7) raadplegen specialist (weinig + vaak)

Tabel 14.9. Samenhangen tussen consumptiegeneigdheid en het aantal huisartscontacten, apart voor volledig verzekerden en particuliere patiënten (N = 55 en N = 20, Kendall's rangcorrelaties)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(A) raadpl. huisarts nulde-orde, fonds- leden	<u>-.19</u>	<u>-.24</u>	.17	<u>-.20</u>	-.11
idem, particulier verzekerden	-.18	-.11	.04	-.29	.03
(B) idem, gecontroleerd voor opleiding, fondsleden	-.18	-.24	.18	-.20	-.10
idem, particulier verzekerden	-.23	-.10	-.05	-.28	-.01

 = significant, $p < .05$

- (1) vertrouwen in medische zorg (veel + weinig)
 (2) attitude t.a.v. arts (positief + negatief)
 (3) opvattingen over ziekte (onprofessioneel + professioneel)
 (4) ziektebeleving (slecht + goed)
 (5) gedragsintentie (sterk + gering)

tal malen, waarmee men de huisarts raadpleegt. (tabel 14.9.)
 Daarbij elimineerden wij weer de invloed van het opleidingsniveau van de patiënt.

Deze tabel bevat een (uiterst zwakke) aanwijzing voor het feit, dat de samenhangen tussen medische consumptie en verzekeringsvorm op drie punten sterker zijn bij fondspatiënten dan bij particulier-verzekerden en op twee punten minder sterk. Deze laatste twee zijn: de ziektebeleving en het vertrouwen dat men in de medische zorg stelt. Vooral het feit, dat de ziektebeleving bij particulier-verzekerden een sterkere invloed heeft op hun huisartsbezoeken dan die van leden van het ziekenfonds, geeft aanleiding tot de volgende, de drie analyses samenvattende, conclusie.

Fondsleden onderscheiden zich niet van particulier-verzekerden in hun geneigdheid, de hulp van de huisarts in te roepen. Wel bleek dat fondsleden - voorzover hier na te gaan - een wat slechtere gezondheid bezitten dan particulier-verzekerden. Dit sluit aan bij de bevindingen van anderen, waaruit blijkt, dat verschillen in medische consumptie waartoe de patiënt zelf besluit, tussen naar verzekeringsvorm onderscheiden categorieën afnemen of verdwijnen, naarmate voor gezondheids-toestand wordt gecontroleerd (Mootz, 1978, Van de Ven, e.a., 1981).

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 14

- 1) Zie bijlage 15 voor de enquêtevragen per patiëntencategorie en voor de samenstelling van de in dit hoofdstuk gebruikte variabelen en hun statistische kenmerken.
- 2) Bij de uitspraken die tezamen de geneigdhedecomponent "vertrouwen in de medische zorg" vormen, is niet expliciet van officiële geneeskunde sprake, maar men mag aannemen, dat begrippen als "artsen" en "de dokter" daarmee geassocieerd worden.
- 3) Cassee (1973) vond in 1967 een positieve samenhang: $r = .23$ (pag. 120)

Hoofdstuk 15. Samenvatting

In hoofdstuk 7 bleken de door ons geoperationaliseerde componenten van consumptiegeneigdheid een grote voorspellende waarde te bezitten voor medische consumptie in termen van het aantal huisartsconsulten. Dit was aanleiding, om de relatie tussen consumptiegeneigdheid en medische consumptie meer in detail aan de orde te stellen. De twee voorgaande hoofdstukken doen daarvan verslag. De resultaten hebben geen betrekking op vooraf (in hoofdstuk 3) geformuleerde onderzoekshypothesen. Wij zullen de afzonderlijke uitkomsten hier in het kort herhalen.

Hoofdstuk 13 behandelde verschillen tussen huisarts- en specialistpatiënten. Wij vonden een zwakke aanwijzing voor het feit, dat specialistpatiënten wat hoger opgeleid zijn dan huisartspatiënten. Verder bleken er geen verschillen: noch de overige persoonskenmerken, noch bepaalde ziektekenmerken van specialistpatiënten onderscheiden zich van die van huisartspatiënten. Dat is opmerkelijk, omdat men zou kunnen verwachten, dat patiënten die voor hun chronische aandoening bij een specialist in behandeling zijn, hetzij ernstiger hetzij nog pas kort ziek zijn. Dat was hier echter niet het geval.

De twee groepen verschilden wel in de attitude, die zij er ten aanzien van hun arts op nahouden: specialist-patiënten zijn op dit punt ontevredener dan huisartspatiënten. Die ontevredenheid geldt in het bijzonder de geringe mate waarin de specialist informatie verstrekt over onder meer de ernst en de behandeling van de aandoening. Zij geldt echter ook in het algemeen, dat wil zeggen dat specialistpatiënten met het optreden van de specialist over de hele linie wat minder tevreden zijn dan huisartspatiënten.

Vervolgens onderzochten wij de betekenis van de consumptiegeneigdheid en van de netwerkkenmerken bij medische consumptie afzonderlijk voor huisarts- en specialistpatiënten. Wij vonden daarbij nogal duidelijke verschillen. De consumptiegeneigdheid speelt een bijzonder grote rol bij het raadplegen van de huisarts ($r^2 = 48 \%$). Zij speelt een geringere rol bij bezoeken aan de huisarts van specialistpatiënten ($r^2 = 14 \%$) en zij speelt praktisch geen rol meer bij specialistconsulten

van specialistpatiënten ($r^2 = 7,8 \%$).¹⁾ Bij de specialistpatiënten had ook de ziektebeleving van de eerste lekenadviseur een additionele (significante) invloed op de onderzochte vormen van medische consumptie. Naast de controlenoodzaak, de ziektebeleving en de attitude van de patiënt ten aanzien van zijn arts, voegen de netwerkenmerken samen 14 % verklaarde variantie toe aan het aantal specialistconsulten van specialistpatiënten, 15,4 % aan het aantal huisartsconsulten van deze patiënten en tenslotte 16,4 % aan de frequentie waarmee huisartspatiënten hun huisarts bezoeken.

Deze bevindingen geven aanleiding tot de veronderstelling, dat de mate waarin consumptiegeneigdheid en lekenadviseurs de medische consumptie beïnvloeden, mede afhangt van een door de patiënt en zijn meest-betrokken adviseurs gepercipieerde sociale afstand ten opzichte van de behandelend arts. Wordt die afstand groter - het door specialistpatiënten ervaren tekort aan informatief optreden van hun arts wijst daarop - dan neemt de invloed van consumptiegeneigdheid en van de lekenadviseurs af. De rol van de afzonderlijke geneigheidscomponenten en van de netwerkenmerken is daarbij niet significant en overigens moeilijk te begrijpen. Wordt de ervaren sociale afstand geringer, dan krijgt de consumptiegeneigdheid in toenemende mate betekenis. Deze geldt dan vooral de evaluatieve componenten van de geneigdheid, namelijk de wijze waarop de patiënt zijn ziekte beleeft en zijn attitude ten aanzien van zijn eigen arts. Daarbij heeft de ziektebeleving van de eerste lekenadviseur een additionele invloed.

Hoofdstuk 14 gaf wat meer inzicht in de rol, die de consumptiegeneigdheid en de netwerkenmerken bij andere vormen van medische consumptie spelen. Wij zagen, dat contact met veel verschillende gezondheidszorgvoorzieningen voornamelijk moet worden toegeschreven aan voorgeschreven controles en aan de invloed van de meest-betrokken lekenadviseurs (toegevoegd percentage verklaarde variantie: $r^2 = 14 \%$). De consumptiegeneigdheid van de patiënt bleek hier van ondergeschikt belang te zijn ($r^2 = 7,9 \%$). Alleen zijn slechte ziektebeleving was van invloed op het raadplegen van veel verschillende vormen van zorg.

In de tweede plaats besteedden wij in dit hoofdstuk aandacht aan het raadplegen van alternatieve genezers. Acht

patiënt-respondenten hadden één of meer alternatieve vormen van hulp beproefd en nog eens vijf hadden overwogen om dat te doen. De consumptiegeneigdheid was hierop duidelijk van invloed ($r^2 = 18,3 \%$). Men kon concluderen, dat het (eventueel) raadplegen van alternatieve genezers vooral voortkomt uit een gering vertrouwen in de (traditionele) medische zorg, uit een slechte ziektebeleving en - geheel tegen de verwachting in - uit een uitgesproken positieve attitude ten aanzien van de eigen arts. Deze laatste opmerkelijke uitkomst moet vermoedelijk begrepen worden uit het besef van de (vooral psoriasis-) patiënten, dat traditionele behandelingen - door de eigen arts geduldig en veelvuldig beproefd - voor hun kwaal geen soelaas kunnen bieden. De eigen arts treft op dit punt geen verwijt. De netwerkkenmerken spelen bij deze vorm van medische consumptie een ondergeschikte rol, waarbij wel het vertrouwen dat de meest-betrokkene in de medische zorg heeft, van belang is.

Tenslotte vroegen wij ons af, of leden van het ziekenfonds sterker geneigd zijn, om medische voorzieningen te gebruiken, dan particulier-verzekerden. Deze vraag ligt in het verlengde van de bevindingen van anderen waaruit blijkt, dat fondspatiënten over het algemeen meer medische consumptie vertonen dan anderen. Dit verschil moet voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan - zoals ook in dit onderzoek onder chronische patiënten weer bleek - verschillen in gezondheidstoestand tussen deze twee groepen. Het is echter niet uitgesloten, dat ook hun consumptiegeneigdheid daarbij een rol speelt.

Wij konden voor dit laatste echter op grond van ons materiaal geen steun vinden: fondspatiënten zijn niet meer tot consumptie geneigd dan anderen, en bij feitelijke medische consumptie speelt hun geneigdheid geen grotere rol dan die van particulier-verzekerden. Eerder in dit deel (hoofdstuk 13, paragraaf 13.5.3.) vonden wij, dat in verband met medische consumptie over het algemeen belangrijk te achten persoonskenmerken, zoals iemands opleiding, leeftijd en geslacht, in dit onderzoek een onbeduidende invloed hebben op het aantal huisarts- en specialistcontacten. Nu blijkt, dat ook de verzekeringsvorm noch in verband met geneigdheid noch in verband met feitelijke consumptie van belang is, kan de volgende veronder-

stelling worden geformuleerd. In een onderzoek onder chronische patiënten, waarin dus de consumptienoodzaak grotendeels gelijk is geschakeld, spelen structurele kenmerken en verschijnselen, die iets over de consumptiemogelijkheid zeggen (waaronder de verzekeringsvorm, zie hoofdstuk 1) als determinanten van medische consumptie een ondergeschikte rol.

Samenvattend bleek uit dit deel, dat de consumptiegeneigdheid en de netwerkkenmerken ook bij andere vormen van medische consumptie dan het aantal huisartsconsulten een belangrijke rol spelen. Daarbij konden de bevindingen uit hoofdstuk 7 op bepaalde punten worden genuanceerd. De invloed van de consumptiegeneigdheid en de netwerkkenmerken neemt toe, naarmate de door de patiënt en zijn lekenadviseurs gepercipieerde sociale afstand tot de behandelend arts afneemt. Voorts komt over het algemeen de wijze waarop men zijn aandoening en de wijze waarop deze door de eerste lekenadviseur wordt beleefd, als belangrijkste geneigheidscomponenten bij de verschillende vormen van medische consumptie naar voren. Wij veronderstelden, dat waarschijnlijk emotionele invloeden zoals angst en bezorgdheid als drijfveer tot het zoeken van hulp hieraan debet zijn. Deze veronderstelling werd gesteund door onze bevindingen ten aanzien van het raadplegen van veel verschillende vormen van medische zorg. Daar bleek de angst en bezorgdheid van de meestbetrokkene deze vorm van medische consumptie in sterke mate te bepalen. Voorts wordt deze veronderstelling gesteund door onze bevindingen ten aanzien van het raadplegen van alternatieve genezers. Zoals uit onderzoek van anderen blijkt, is dit te zien als aanvulling op en niet als alternatief voor de "gewone" behandeling. Aan de beslissing om een alternatieve genezer op te zoeken gaat daarom waarschijnlijk een vrij rationele overweging vooraf. Het raadplegen van alternatieve genezers blijkt in ons onderzoek dan ook mede beïnvloed te worden door cognitieve componenten van consumptiegeneigdheid, namelijk een gering vertrouwen van patiënt en lekenadviseur in de traditionele medische zorg.

NOOT BIJ HOOFDSTUK 15

- 1) Deze percentages verklaarde variantie gelden wanneer de invloed van de controlenoodzaak is geëlimineerd.

D E E L V

S Y N O P S I S

Hoofdstuk 16. Overzicht

16.1. Inleiding

Tot dusver werden vele, soms nogal uiteenlopende zaken behandeld. Dit hoofdstuk heeft tot doel, de voornaamste resultaten uit het voorgaande opnieuw te bezien en daarmee een samenvattend overzicht te presenteren. Wij gaan daarbij als volgt te werk.

Achtereenvolgens komen die verschijnselen aan de orde, die hiervóór als belangrijkste determinanten van medische consumptie werden aangemerkt. Per determinant delen wij de respondenten telkens in twee groepen. Wij onderscheiden mensen, waarbij het verschijnsel relatief veel voorkomt en mensen, waarbij het relatief weinig optreedt. Als criterium voor die tweedeling gebruiken wij (in de meeste gevallen) de mediaan. Van de patiënt-respondenten in deze groepen bekijken wij dan - als indicator voor hun medische consumptie - de frequentie waarmee zij in drie maanden de huisarts consulteerden. Het zal dan moeten blijken, dat de groep, waarbij het de consumptie beïnvloedende verschijnsel veel optreedt, meer bezoeken aan de huisarts heeft gebracht dan de andere groep.

De volgorde waarmee wij een en ander beschrijven loopt parallel aan de conclusies, die uit de afzonderlijke delen van de studie konden worden getrokken. Het hoofdstuk eindigt met een dit samenvattende analyse.

16.2. De consumptiegeneigdheid van de patiënt (deel II)

Van de hier onderscheiden opvattingen, attitudes en gedragsintenties, die met medische consumptie te maken hebben, bleken vooral de volgende drie componenten de medische consumptie sterk te beïnvloeden.

1. attitude t.a.v. de eigen ziekte, ook wel ziektebeleving genoemd;
2. attitude t.a.v. de eigen arts;
3. neiging om met bepaalde klachten de dokter te raadplegen, ook wel gedragsintentie genoemd.

Met behulp van de mediaan van deze variabelen werden de respondenten in driemaal twee ongeveer even grote groepen gesplitst. Wij bekeken die groepen in hun onderlinge samenhang, door op grond van ziektebeleving, de attitude ten aanzien van de arts en de gedragsintentie acht categorieën te onderscheiden. Voor hen berekenden wij de gemiddelde raadpleegfrequenties. Tabel 16.1. laat de resultaten zien.

Tabel 16.1. Gemiddeld aantal huisartsconsulten naar drie componenten van consumptiegeneigdheid

ziektebeleving	attitude arts	gedragsintentie	raadpleeg- frequentie	N
(1) slecht	positief	sterk	2.37	8
(2) slecht	positief	gering	2.25	4
(3) slecht	negatief	sterk	0.70	10
(4) slecht	negatief	gering	0.86	14
(5) goed	positief	sterk	1.30	10
(6) goed	positief	gering	0.60	15
(7) goed	negatief	sterk	0.11	9
(8) goed	negatief	gering	0.00	4

Deze cijfers illustreren opnieuw, dat de drie geneigheidscomponenten tezamen een duidelijke invloed op de raadpleegfrequentie uitoefenen. De volgorde van de acht groepen op grond van het aantal consulten komt in grote lijnen overeen met hetgeen men naar aanleiding van onze eerdere bevindingen kon verwachten. De enige uitzondering vormt groep (3), die tegen de verwachting in minder huisartsbezoeken bracht dan groep (4). Voorts valt op, dat een positieve attitude ten aanzien van de arts in combinatie met een sterke gedragsintentie in een groep met een relatief goede ziektebeleving (5) met meer consulten gepaard gaat, dan de relatief slechte ziektebeleving van de groepen (3) en (4). De patiënten uit deze laatste twee groepen worden blijkbaar door hun negatieve attitude ten aanzien van hun arts van veel bezoeken aan hem weerhouden; dit ondanks hun relatief slechte ziektebeleving.

Volledigheidshalve zullen wij - evenals in het voorgaande - aandacht besteden aan eventueel voorgeschreven (controle-) consulten. Daarvoor splitsen wij de respondenten opnieuw in twee groepen: één groep, waarvoor twee of minder jaarlijkse consulten zijn voorgeschreven (N = 36) en één groep respondenten, die drie of meer maal per jaar voor controle naar de dokter moeten (N = 39). Voor deze twee groepen is de invloed van genoemde geneigheidscomponenten op de raadpleegfrequentie afzonderlijk nagegaan (tabel 16.2.).

Tabel 16.2. Gemiddeld aantal huisartsconsulten naar drie componenten van consumptiegeneigtheid, apart voor respondenten met veel resp. weinig of geen voorgeschreven consulten

controles	geneigtheid	gem. raadpleeg- frequentie	N
<u>ziektebeleving</u>			
veel	slecht	1.35	26
veel	goed	1.15	13
weinig	slecht	1.09	11
weinig	goed	0.32	25
<u>attitude arts</u>			
veel	positief	1.94	18
veel	negatief	0.71	21
weinig	positief	0.79	19
weinig	negatief	0.31	16
<u>gedragsintentie</u>			
veel	sterk	1.37	19
veel	gering	1.20	20
weinig	sterk	0.74	19
weinig	gering	0.35	17

Over het algemeen raadplegen personen met relatief veel voorgeschreven consulten hun huisarts vaker dan personen, die

minder of helemaal geen voorschriften hebben op dit punt. Binnen de naar het aantal voorgeschreven consulten onderscheiden groepen doen zich echter wel verschillen voor, afhankelijk van de mate waarin men tot medische consumptie geneigd is. Personen met een relatief slechte ziektebeleving, een positieve attitude ten aanzien van hun arts of een sterke gedragsintentie gaan vaker naar de dokter dan personen met een slechte ziektebeleving, een negatieve attitude ten aanzien van hun arts of een geringe gedragsintentie.

16.3. De invloed van het lekennetwerk (deel III)

Wij bekijken nu het gemiddeld aantal huisartsconsulten van personen met

1. relatief veel resp. relatief weinig mensen in hun omgeving, die van hun aandoening afweten (omvang lekennetwerk);
2. twee resp. slechts één (of helemaal geen) direct betrokken lekenadviseur(s);
3. lekenadviseurs, die de aandoening van de respondent relatief goed resp. relatief slecht beleven;
4. meest-betrokken lekenadviseurs, die de patiënt gezond resp. ziek achten;
5. lekenadviseurs, die de patiënt veel resp. weinig helpen.

Deze kenmerken van het lekennetwerk kwamen in deel III immers als belangrijke determinanten van medische consumptie naar voren.

Als criterium voor deze tweedelingen geldt voor de onder 1 en 3 genoemde kenmerken weer de mediane waarde. Voor de overige kenmerken komt de tweedeling voort uit de aard van de vraagstelling. Daarbij houden wij opnieuw rekening met het aantal voorgeschreven consulten op de hiervoor beschreven wijze. In tabel 16.3 zijn de resultaten samengevat.

De conclusies uit deze tabel zijn deels nog duidelijker dan de conclusies uit de twee voorgaande overzichten. Het meest opvallend en in overeenstemming met onze eerdere bevindingen zijn de resultaten met betrekking tot het aantal lekenadviseurs (2), hun ziektebeleving (3.1. en 3.2.), het lekenoordeel over de ziekte (4) en de verleende hulp (5): ongeacht het aantal voorgeschreven controle-consulten raadplegen personen met twee direct betrokken adviseurs de huisarts vaker, dan patiënten die

Tabel 16.3. Gemiddeld aantal huisartsconsulten naar enkele kenmerken van het lekennetwerk, apart voor respondenten met veel resp. weinig of geen voorgeschreven consulten

controles	kenmerk lekennetwerk	gem. raadpleeg- frequentie	N
<u>(1) omvang lekennetwerk</u>			
veel	groot netwerk	1.19	26
veel	klein netwerk	1.12	8
weinig	groot netwerk	0.94	17
weinig	klein netwerk	0.06	16
<u>(2) aantal lekenadviseurs</u>			
veel	twee	1.59	29
veel	een of geen	0.40	10
weinig	twee	1.07	15
weinig	een of geen	0.19	21
<u>(3.1.) ziektebeleving 1^e adviseur</u>			
veel	slecht	1.50	28
veel	goed	0.11	9
weinig	slecht	1.23	13
weinig	goed	0.19	21
<u>(3.2.) ziektebeleving 2^e adviseur</u>			
veel	slecht	1.93	15
veel	goed	1.18	11
weinig	slecht	2.00	4
weinig	goed	0.78	9
<u>(4) oordeel over aandoening 1^e adv.</u>			
veel	ziek	1.93	15
veel	gezond	0.74	23
weinig	ziek	1.40	5
weinig	gezond	0.45	29
<u>(5) mate van hulpverlening door adviseurs</u>			
veel	veel hulp	1.70	7
veel	weinig hulp	0.50	6
weinig	veel hulp	1.90	14
weinig	weinig hulp	1.30	10

geen of slechts één adviseur noemden; en eveneens ongeacht het aantal voorgeschreven consulten gaat men vaker naar de dokter naarmate de lekenadviseurs de aandoening slechter beleven, zij de patiënt ziek achten of hem veel helpen. Voorts zijn ook de uitkomsten met betrekking tot de omvang van het lekennetwerk (1) in overeenstemming met onze verwachtingen, zij het dan alleen binnen naar controlefrequentie onderscheiden groepen.

Wij menen hiermee opnieuw steun gevonden te hebben voor onze stelling in hoofdstuk 12: naarmate het lekennetwerk intensiever bij de aandoening van een van de leden ervan betrokken is, neemt de medische consumptie toe. Dit vermoedelijk, omdat de persoon in kwestie door zijn lekenadviseurs de patiënten- of ziekerol opgedrongen krijgt.

16.4. Het professionele systeem (deel IV)

Deel IV ging in op verschillen tussen huisarts- en specialistpatiënten. Het bleek onder meer, dat de consumptiegeenigheid van huisartspatiënten meer invloed heeft op hun bezoeken aan de huisarts, dan de consumptiegeenigheid van specialistpatiënten op het aantal bezoeken, dat deze aan de specialist brengen. Wij willen daarom voor dit overzicht enkele gegevens uit de voorgaande paragrafen apart voor huisarts- en specialistpatiënten presenteren (tabel 16.4.).

De uitkomsten zijn minder sprekend dan die uit de vorige tabellen. Voor de huisartspatiënten liggen zij - op één uitzondering na (1) - wel in de lijn der verwachting; dit zelfs, voorzover na te gaan, ongeacht het aantal voorgeschreven consulten. Voor de specialistpatiënten is dit niet het geval. Daar wijzen de resultaten in drie van de acht gevallen ook binnen de naar controlefrequentie onderscheiden groepen in tegengestelde richting. Daarbij kan wel worden opgemerkt, dat de verschillen tussen alle genoemde categorieën niet spectaculair zijn. Over het algemeen blijkt hier echter opnieuw, dat de invloed van de consumptiegeenigheid en enkele kenmerken van het lekensysteem geringer zijn bij specialistconsulten dan bij bezoeken aan de huisarts.

Tabel 16.4.1. Huisartspatiënten (N = 30)

	frequentie raadplegen huisarts	N
(1) veel controles voorgeschreven		
ziektebeleving slecht	1.14	7
ziektebeleving goed	1.40	5
weinig controles voorgeschreven		
ziektebeleving slecht	1.17	6
ziektebeleving goed	0.58	12
(2) veel controles voorgeschreven		
ziektebeleving 1 ^e adviseur slecht	1.56	9
ziektebeleving 1 ^e adviseur goed	-	(3)
weinig controles voorgeschreven		
ziektebeleving 1 ^e adviseur slecht	1.83	6
ziektebeleving 1 ^e adviseur goed	0.27	11
(3) veel controles voorgeschreven		
attitude t.a.v. arts positief	1.60	5
attitude t.a.v. arts negatief	1.00	7
weinig controles voorgeschreven		
attitude t.a.v. arts positief	1.08	13
attitude t.a.v. arts negatief	0.00	5
(4) veel controles voorgeschreven		
groot netwerk	1.30	10
klein netwerk	-	(1)
weinig controles voorgeschreven		
groot netwerk	1.11	9
klein netwerk	0.12	8

Tabel 16.4.2. Specialistpatiënten (N = 44)

	frequentie raadplegen specialist	N
(1) veel controles voorgeschreven		
ziektebeleving slecht	2.89	19
ziektebeleving goed	2.87	8
weinig controles voorgeschreven		
ziektebeleving slecht	1.75	4
ziektebeleving goed	1.77	13
(2) veel controles voorgeschreven		
ziektebeleving 1 ^e adviseur slecht	2.74	19
ziektebeleving 1 ^e adviseur goed	3.00	6
weinig controles voorgeschreven		
ziektebeleving 1 ^e adviseur slecht	1.83	6
ziektebeleving 1 ^e adviseur goed	1.50	10
(3) veel controles voorgeschreven		
attitude t.a.v. arts positief	2.92	13
attitude t.a.v. arts negatief	2.86	14
weinig controles voorgeschreven		
attitude t.a.v. arts positief	2.00	6
attitude t.a.v. arts negatief	1.64	11
(4) veel controles voorgeschreven		
groot netwerk	2.69	16
klein netwerk	2.86	7
weinig controles voorgeschreven		
groot netwerk	2.12	8
klein netwerk	1.29	7

Hoofdstuk 17. Slotbeschouwingen

17.1. Onderzoeksvragen opnieuw bezien

Deze paragraaf stelt de onderzoeksvragen, waarop deze studie zich richt, tegen de achtergrond van de resultaten opnieuw aan de orde.

1. Is er sprake van een differentieel effect van verschillende aandoeningen op de consumptiegeneigdheid?

Wij gingen ervan uit, dat de consumptiegeneigdheid van een patiënt sterker is naarmate zijn (chronische) ziekte ernstiger (levensbedreigender) is. Deze veronderstelling werd echter ten aanzien van de hier onderzochte aandoeningen niet bevestigd: hartinfarct-, suiker- en psoriasispatiënten verschilden onderling niet duidelijk in hun geneigdheid tot het inroepen van medische hulp.

Dat geldt ook voor hun lekenadviseurs: de consumptiegeneigdheid van dezen is evenmin afhankelijk van de aandoening waaraan hun patiënt-netwerklid lijdt. Maar dit wel met één duidelijke uitzondering: de meest-betrokken adviseur van hartinfarctpatiënten heeft een slechtere ziektebeleving dan die van diabetici, en deze heeft weer een minder goede ziektebeleving dan de eerste lekenadviseur van psoriasispatiënten. Op de mogelijke betekenis komen wij hieronder nog terug.

Men kan concluderen, dat consumptiegeneigdheid, zoals hier geoperationaliseerd, een vrij robuust meetinstrument is, waarmee een betrekkelijk stabiel verschijnsel wordt waargenomen. Het geheel van attitudes, opvattingen en gedragsintenties dat met medische consumptie te maken heeft, geeft vermoedelijk een relatief algemene dispositie tot het inroepen van medische hulp weer.

2. Welke invloed heeft iemands consumptiegeneigdheid op zijn feitelijke medische consumptie?

De invloed van consumptiegeneigdheid op medische consumptie werd in dit onderzoek duidelijk aangetoond. Gezien onze on-

derzoeksopzet lag deze uitkomst in de lijn der verwachting. Over het algemeen kwamen wij tot de conclusie, dat de meer emotioneel-evaluatieve componenten van consumptiegeeneigdheden (ziektebeleving en de attitude ten aanzien van de eigen arts) voor medische consumptie van groter belang zijn, dan de meer cognitieve componenten ervan (opvattingen over ziekte en medische zorg).

Daarnaast bleek, dat deze invloed verschilt, afhankelijk van de vorm van medische consumptie die men beziet. De invloed neemt af - zo veronderstellen wij - naarmate de door de patiënt gepercipieerde sociale afstand tot de persoon of instelling, die hij raadpleegt, toeneemt. De ziektebeleving blijft daarbij wel belangrijk, maar als de medische consumptie het resultaat is van een weloverwogen beslissingsproces - zoals waarschijnlijk bij het raadplegen van alternatieve genezers - dan treden cognitieve componenten van de consumptiegeeneigdheden (vertrouwen in de medische zorg) op de voorgrond.

3. Welke invloed hebben lekenadviseurs op consumptiegeeneigdheden?

De bevindingen van het onderzoek zijn op dit punt gevarieerd. De belangrijkste conclusie is dat er een relatief grote overeenstemming in consumptiegeeneigdheden tussen netwerkleiden bestaat. Voorts bleek - tegen de verwachting in - hulpverlening door netwerkleiden de consumptiegeeneigdheden van de patiënt te versterken. Tenslotte ontbrak - eveneens tegen de verwachting in - een relatie tussen emotionele steun en de consumptiegeeneigdheden van de patiënt.

Deze uitkomsten moeten begrepen worden tegen de achtergrond van de resultaten ten aanzien van de volgende vraag.

4. Welke invloed hebben lekenadviseurs op iemands feitelijke medische consumptie?

Het onderzoek toont aan, dat lekenadviseurs een sterke invloed uitoefenen op iemands medische consumptie. In de eerste plaats doen zij dat op grond van hun eigen consumptie-

geneigdheid, die duidelijk additioneel - naast die van de patiënt - bijdraagt tot het inroepen van medische hulp.

Voorts beïnvloeden lekenadviseurs de patiënt door hem in zijn rol als patiënt tegemoet te treden. Als zij hem als patiënt behandelen, hem van allerlei hulp voorzien en daarbij hun eigen bezorgdheid tonen, gaat de patiënt vaker naar de dokter dan wanneer zij dat niet doen. De invloed van de netwerkkleden op de medische consumptie verloopt in dit opzicht blijbaar direct, dat wil zeggen zonder dat de patiënt zelf tot meer consumptie neigt.

17.2. Theoretische betekenis

Wij menen de theoretische betekenis van deze studie aan de volgende bevindingen te mogen ontleen.

1. Consumptiegeneigdheid en medische consumptie, ofwel: de relatie tussen attitudes, opvattingen en gedragsintenties en feitelijk gedrag

Deze studie heeft aangetoond, dat attitudes, opvattingen en gedragsintenties de medische consumptie wel degelijk beïnvloeden. En dat deze invloed zich tot op zekere hoogte los van specifieke ziektebeelden doet gelden.

Emotioneel-evaluatieve determinanten spelen bij medische consumptie over het algemeen een belangrijker rol, dan rationeel-cognitieve determinanten.

De invloed van attitudes, opvattingen en gedragsintenties op de medische zorg neemt toe, naarmate de gepercipieerde sociale afstand tot de te raadplegen persoon of gezondheidszorgvoorziening afneemt.

Deze invloed is vermoedelijk wel afhankelijk van de mate waarin iemand de rol als chronisch patiënt heeft aanvaard. Naarmate dat minder het geval is, disponeren bepaalde geneigheidscomponenten niet tot probleemoplossend gedrag in termen van medische consumptie, maar zij gaan dan veeleer met stress in termen van psycho-somatische klachten gepaard.

Tenslotte blijken structurele persoonskenmerken bij de condities die dit onderzoek stelt, dat wil zeggen bij bekend veronderstelde consumptienoodzaak, een ondergeschikte rol te spelen. Dit geldt voorzover zij als determinanten van consumptiegeneigdheid optreden, alsook voorzover zij determinanten van feitelijke medische consumptie zijn.

1. De invloed van het lekennetwerk

Kenmerken van het lekennetwerk oefenen een additionele invloed uit op de medische consumptie van een (chronisch) ziek lid van dat netwerk.

Deze invloed komt voort uit (1) attitudes, opvattingen en gedragsintenties, die binnen het netwerk bestaan en elkaar daar vermoedelijk versterken, uit (2) enkele structurele kenmerken van dat netwerk, met name de omvang ervan en uit (3) gedragingen van netwerkliden ten opzichte van elkaar.

De mate waarin zich deze drie punten doen gelden is tot op zekere hoogte wel afhankelijk van de aard van de aandoening: naarmate deze ernstiger is neemt de invloed ervan toe. Dit is voornamelijk te begrijpen vanuit de theorie met betrekking tot het patiëntenrolgedrag en het belang dat "somatische fixatie" van de netwerkliden daarbij heeft.

Samengevat steunt dit onderzoek de gedachte, dat netwerkkenmerken naast sociaal-psychologische kenmerken een duidelijk zelfstandige invloed uitoefenen op medische consumptie. Dit geldt zowel bepaalde culturele als bepaalde structurele kenmerken van het netwerk.

Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen, of deze bevindingen ook gelden onder andere condities, dan de hier gestelde. Men kan zich met name afvragen, of de uitkomsten ook van toepassing zijn op primaire sociale netwerken, waarin alle leden (min of meer) gezond zijn, en waarin medische consumptie plaats vindt ten gevolge van acute of nieuwe aandoeningen. Het feit dat drie duidelijk verschillende aandoeningen niet verschillend op de consumptiegeneigdheid inwerken doet ons vermoeden, dat dit in vergaande mate het geval zal zijn.

17.3. Methodische betekenis

Voor deze studie is een zeer gerichte onderzoeksofzet gekozen, die in meer dan een opzicht vruchtbaar is gebleken.

In de eerste plaats heeft homogenisering van de steekproef ertoe geleid, dat het door ons te bestuderen verschijnsel relatief goed onderzoekbaar werd. Het onderzoek heeft aangetoond, op welke wijze consumptiegeneigdheid medische consumptie beïnvloedt en welke rol netwerkleiden daarbij spelen. Voorts is het door de ofzet mogelijk gebleken, om de rol die de consumptienoodzaak in studies naar determinanten van medische consumptie speelt, verregaand gelijk te schakelen. Binnen dat kader kon een eventuele invloed van bepaalde ziektebeelden op attitudes, opvattingen en gedragsintenties nauwkeurig worden nagegaan.

In de tweede plaats werd voor het onderzoek informatie over één persoon ook ingewonnen via anderen, hetgeen de mogelijkheid bood om (1) gegevens met betrekking tot dezelfde verschijnselen te vergelijken en voorts om (2) netwerkenmerken te kunnen waarnemen, zoals de homogeniteit in denkbeelden. Zoals in diverse hoofdstukken bleek, speelde daarbij de informatie, ingewonnen bij artsen, een belangrijke rol, die in de meeste onderzoeken naar determinanten van medische consumptie ontbreekt. Door de onder (1) genoemde vergelijkingsmogelijkheid kon de problematiek van het verschil tussen "objectief" en "subjectief-ervaren" gezondheidstoestand - ofwel: tussen "disease" en "illness" - tot op zekere hoogte opnieuw belicht worden.

De ofzet kent uiteraard ook nadelen. Een relatief klein aantal waarnemingen vereist voorzichtigheid bij de toepassing van bepaalde statistische analysemethoden. Wij hebben op bepaalde punten de verleiding om enkele van deze technieken te gebruiken niet kunnen weerstaan, maar menen ten aanzien van de belangrijkste conclusies de nodige voorzichtigheid te hebben betracht.

Voorts heeft ons onderzoek betrekking op waarnemingen van één tijdstip, zodat ten aanzien van de volgorde waarin bepaalde verschijnselen optreden slechts veronderstellingen konden worden geformuleerd.

Tenslotte heeft een onderzoek onder duidelijk omschreven condities - naast het voordeel, hypothesen vrij precies te kunnen toetsen - het nadeel, dat de reikwijdte van de bevindingen

relatief gering is. Wanneer deze bevindingen echter duidelijk aansluiten bij die uit eerder onderzoek, en wanneer de resultaten een zekere mate van plausibiliteit bezitten, weegt dit bezwaar ons inziens niet op tegen de eerdergenoemde voordelen.

17.4. Maatschappelijke betekenis

Ook al staat bij een studie als deze de maatschappelijke relevantie niet voorop, wij menen daaruit toch enkele belangrijke conclusies van meer praktische betekenis te mogen trekken.

In deel I werd betoogd, dat - zo men medische consumptie al kan beïnvloeden - men daarbij de consumptiegeneigdheid als aangrijpingspunt zal moeten kiezen (naast het voorkómen van ziekte). Nu ons onderzoek het relatieve belang van die geneigdheid duidelijk heeft aangetoond, kunnen wij hierover meer precieze uitspraken doen.

In de eerste plaats bleek, dat emotioneel-evaluatieve geneigheidscomponenten over het algemeen belangrijker zijn dan cognitieve. Daaruit mag men afleiden, dat voorlichting en pogingen tot kennisoverdracht in verband met medische zaken alléén de feitelijke medische consumptie slechts in beperkte mate zullen beïnvloeden. Prikkel, die op de meer emotionele componenten weten in te spelen, zullen daarvoor waarschijnlijk belangrijker zijn.

Een tweede bevinding uit ons onderzoek wijst erop, dat de huisarts op dit punt een belangrijke rol kan spelen. Het bleek immers, dat de consumptiegeneigdheid de relatief belangrijkste rol speelt bij huisartspatiënten die hun huisarts raadplegen. Wij zijn van mening, dat de huisarts dit feit zou kunnen benutten om te proberen (te) veel en wellicht onnodige medische consumptie van patiënten tegen te gaan door bijvoorbeeld hun ziektebeleving in positieve zin te beïnvloeden. Hij zou erop kunnen wijzen, dat bepaalde ongemakken nu eenmaal bij - in dit geval - een chronische aandoening horen of - algemener -, dat "klachten en ziektesymptomen bij onze gezondheid horen" (Huygen, 1977).

Voorts - en dit punt brengen wij hier als derde naar voren - zou de (huis)arts de lekenadviseurs meer bij zijn behandeling van iemands aandoening moeten betrekken. Het onderzoek heeft opnieuw duidelijk gemaakt, dat gezins- en familieleden iemands

medische consumptie op vrij directe wijze beïnvloeden. Dit geldt vooral voor de meest-betrokkene, die waarschijnlijk door enkele geruststellende woorden van de (huis)arts de aandoening van het zieke netwerk lid relatief beter zou beleven, dan wanneer hij of zij tot "verzorgen" of wellicht tot "vertroetelen" wordt aangezet. Dat geldt vermoedelijk ook voor de tweede lekenadviseur, die door een wat afstandelijker houding ten aanzien van de aandoening in eerste instantie het patiëntenrolgedrag minder zal versterken dan de meest-betrokkene. De (huis)arts zou ook op diens inzet beroep kunnen doen, om zogenaamde somatische fixatie binnen het lekennetwerk tegen te gaan.

Deze conclusies zijn overigens in hun algemeenheid niet nieuw. Zij werden bijvoorbeeld uitstekend verwoord door Huygen (1977). Wij willen naar aanleiding van ons onderzoek vooral benadrukken, dat (1) de invloed van de (huis)arts in deze vooral via emotionele prikkels en niet via voorlichting alleen zal moeten verlopen en dat (2) de rol en positie van een tweede lekenadviseur in het netwerk mede kan worden gebruikt, om somatische fixatie tegen te gaan.

Onze resultaten maken wel duidelijk, dat pogingen om informele hulp vanuit iemands netwerk te bevorderen (ook wel "mantelzorg" genoemd, Hattinga Verschure, 1979) ook een keerzijde kennen. Dit soort pogingen zijn op zichzelf belangrijk, maar zij kunnen er snel toe leiden, dat zij in "teveel zorg" resulteren, dat wil zeggen in overbezorgdheid en daarmee in versterking van iemands rol als patiënt. Ons onderzoek heeft deze keerzijde duidelijk aangetoond.

De overige bevindingen van maatschappelijke betekenis baseren wij op deel IV van deze studie. Wij meenden te mogen concluderen, dat chronische patiënten in bepaalde gevallen waarschijnlijk zonder duidelijke reden onder behandeling van specialisten staan in plaats van onder behandeling van de huisarts. Daarbij komt, dat patiënten zelf met deze behandeling minder tevreden zijn, dan huisartspatiënten. Mede gezien het voorgaande benadrukt deze bevinding - en dit is ons vierde punt - opnieuw het belang van de eerste lijn in de gezondheidszorg en de rol, die de huisarts daarbij speelt of kan spelen.

Tenslotte bleek uit deze studie niet - zoals veelal wordt aangenomen - dat ziekenfondspatiënten sterker tot medische consumptie geneigd zouden zijn dan particulier-verzekerden. Men mag daaruit afleiden, dat de invloed van de verzekeringsvorm op medische consumptie duidelijk afneemt zo niet verdwijnt, gegeven een zekere consumptiehoofzaak.

SUMMARY

Why do some people with certain symptoms go to the doctor, whilst others with the same symptoms do not?

This is a question which occupies many research workers. Our study is an in-depth elaboration of findings made by others in this field. We are not interested in the principal reasons for consulting the doctor - for the most part this is already known from other research work - but the reasons which are not perhaps the most important, but about which little is as yet known and which are to a certain extent susceptible to influence. Thus in this study the emphasis is on (1) the attitude which a person has towards sickness and medical care and (2) the influence of members of the family and friends, also referred to as network members or lay advisers, on visiting the doctor.

For the purpose of studying these two phenomena a research design was chosen whereby other reasons for visiting the doctor were as far as possible controlled. We studied persons who were known to be suffering from a particular chronic ailment and who were under seventy years of age. Part I of the book goes more closely into this theoretical background to the study. The subject is elaborated in greater detail and indications are given as to why certain syndromes have been brought into the study. The guide lines for the choice were principally the degree of urgency of the complaint, the extent to which it threatened the patient's life and caused pain and hinderence and the relief which the patient can expect from medical treatment. On the basis of these criteria we studied people

- who have had a heart attack (high degree of urgency and dependent on the stage of the illness relatively high degree of benefit from medical treatment)
- with diabetes (less high degree of urgency and usually some degree of benefit from medical treatment)
- with the skin disease psoriasis (relatively low degree of urgency and usually little benefit from medical treatment).

Chapter 4 shows the way in which these people were sought out and how the ultimate respondents were chosen from the group of patients who were prepared to participate in the actual enquiry.

For the second part of the subject of this study - the influence of members of the family and friends on visits to the doctor - we also wanted to put questions to a number of people who were closely involved with the illness of the patient-respondent. Thus each patient was asked during the interview to name two people who would also participate in the enquiry. Finally the patient's consent was obtained to be allowed to ask the doctor attending him for some supplementary medical details.

In this way we have at our disposal information from thrice twenty five patient-respondents, from 111 most closely involved lay consultants and from 68 doctors¹⁾. Chapter 4 gives more details on this.

Part II deals with the attitudes towards illness and care. In the literature these are sometimes also referred to as "predisposition to medical consumption". Chapter 6 goes into the theoretical significance thereof and the way in which we have measured these attitudes, beliefs and behavioral intentions. The emphasis here is on subjective information from the patient-respondent, which is as far as possible recorded independent of the objective seriousness of the illness. In chapter 7 we give the results of the study with regard to the first question: how does the predisposition to medical consumption influence our patient-respondent's visits to the doctor?

In answering this question we have paid a great deal of attention to the influence of the nature of the chronic illness. Contrary to our expectations it appeared that heart attack patients, diabetici and psoriasis patients do not differ in their attitudes towards illness and care. In other words: heart attack patients are not in general inclined to call in medical help any earlier than diabetici, who in turn are neither more nor less inclined to do so than psoriasis patients. From this we could conclude that the predisposition to medical consumption is scarcely determined if at all by the nature of a person's (chronic) illness.

The influence of predisposition to medical consumption, i.e. a person's attitudes towards illness and care, on his going to the doctor is considerable. In particular the more emotional aspects thereof - the way in which a person experiences his illness and his satisfaction with his own doctor - determine the number of doctor's visits to a great extent. More rational aspects - a person's beliefs about illness and medical care in general - play a minor part.

In part III we go into the influence of the lay consultants on visits to the doctor. The information on their opinions on sickness and care was gathered in such a way that we were able to compare it with that of the patient-respondents. It appeared that the predisposition to medical consumption of our patient-respondents and that of their lay advisers, as well as the predisposition amongst the lay advisers themselves, corresponded to a great extent.

The most important conclusion in part III is that people who are close to a (chronic) patient can in various ways exert a fairly strong influence on his predisposition to consumption and his doctor's visits. The more serious the illness, the more this applies. For it is then that there are more people involved in the patient's affairs, who all exert their influence. The more these people help the patient-respondent with all sorts of matters connected with his illness, the more contact he has with his G.P.. On the other hand, if the lay advisers consider the patient to be healthy inspite of his illness, then he goes to the doctor less. These conclusions apply up to a certain point regardless of the seriousness of the illness.

These findings are very likely attributable to a certain degree of over-anxiety on the part of the family and friends of the (chronically) sick person. This over-anxiety finds expression not only in (too) much help and assistance, but also up to a point in a greater degree of predisposition to medical consumption by the lay consultants.

Part IV deals with the consultations with doctors in greater detail. Some of the patient-respondents are under the care of a specialist, whilst others are treated by the G.P.. Further

some patient-respondents have a great deal of contact with (various) doctors, whilst others do not mention these contacts or only to a lesser extent. Moreover some patient-respondents have sought so-called unorthodox methods of healing for their complaint, whilst others have not. All these forms of medical consumption are dealt with in the last section.

It appears over and over again that the attitudes of the patient and his immediate circle towards illness and care exert influence thereon. This general judgement may be qualified by saying that the more formal and impersonal the contact between the patient and his immediate circle and the doctor or the medical body, the less important the part played by predisposition to medical consumption in consulting them. The influence of the predisposition to medical consumption is the greatest in the case of G.P. patients consulting the G.P.. For patients of specialists this applies to a lesser extent.

Visits to practitioners of unorthodox methods of healing were not found to be the outcome of dissatisfaction with a person's own doctor, on the contrary: those who consult, or consider consulting, these practitioners are precisely the people who are very pleased with the treatment provided by their own doctor. We assume that they recognise the limitations of medical science in dealing with their disease and that they do not hold their own doctor responsible, but value his efforts all the more.

Finally it appeared in part IV that there is no difference in predisposition to medical consumption between health insurance patients and those privately insured, nor do they differ in the degree to which their predisposition to medical consumption influences their visits to the doctor.

The last part summarises the principal conclusions once more. The study makes it clear that both a person's attitudes towards illness and care and also the influence of his family and friends affect his visits to the doctor. The influence is above all of an emotional nature: anxiety, uncertainty, (too much) solicitude are probably to the fore. The nature of the person's illness plays a subordinate role here. In treating

(chronic) patients this is perhaps still not taken sufficiently into account. We consider that the G.P. in particular has an important task here, since he is relatively closely involved with the patient and especially with the patient's immediate circle.

- 1) The material from the interviews was put at our disposal by the Social and Cultural Planning Office (Rijswijk). It was collected by the Institute for Applied Sociology (Nijmegen).

L I T E R A T U U R

LITERATUUR

- Andersen, R.A., Behavioral Model of Families' Use of Health Services
Research Series nr. 5, Cambridge, 1968
- Anderson, R.S., et. al., Evaluation of clinical, cultural and psychosomatic influences in the teaching and management of diabetic patients, in: American Journal of Medical Science 245, 1963, p. 682-690
- Angster, H. von e.a., Vertrauensärztliche Erfahrungen aus Nachuntersuchungen an 405 Infarktpatienten in 6 Jahren. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, 3, 1977, p. 64-66
- Apple, D. How layman define illness. In: Journal of Health and Human Behavior, 1, 1960, p. 219-225
- Archer, M. e.a., Social factors affecting participation in a study of diet and coronary heart disease. In: Journal of Health and Human Behavior, 8, 1967, p. 22-31
- Barnes, J.A., Networks and political process. In: J.C. Mitchell, ed., Social Networks in Urban Situations, Manchester, 1969, p. 51-76
- Becker, M.H. e.a., Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behavior. In: Medical Care, Vol.XV, nr. 5, suppl., 1977, p. 27-46
- Becker, M.H., e.a. The Health Belief Model and prediction of dietary compliance. In: Journal of Health and Social Behavior, 18, 1977, p. 348-366
- Ben-Sira, Zeev, Involvement with a disease and health promoting behavior. In: Social Science and Medicine, Vol. 11, 1977, p. 165-173
- Ben-Sira, Zeev, The structure and dynamics of the image of diseases. In: Journal of Chronical Diseases, Vol. 30, 1977, p. 831-842
- Bergsma, J., Somatopsychologie, Lochem, 1977
- Bloks, H. en S. van de Graaf-van der Linden, Vakgroep Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Het effect van een gespreksgroep voor diabetes, doct. scriptie, Amsterdam, 1978
- Boeckhorst, F.W.A., e.a. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Aspecten van somatische fixatie in gezinnen, Nijmegen, 1977
- Booth, A. en N. Babchuk, Seeking health care from new resources. In: Journal of Health and Social Behavior, 13, 1972, p. 90-99
- Bott, E., Family and Social Network, London, 1957
- Bremer, G.J. en W.J. de Graaff, Psoriasis in de huisartspraktijk. In: Korte, J. de, Mensen met psoriasis, Utrecht, 1977, p. 23
- Bremer-Schulte, M., red. Samen beter worden, Alphen aan den Rijn, 1980

- Bruhn, J.G., Effects of chronic illness on the family. In: Journal of Family Practice, Vol. 4, nr. 6, 1977, p. 1057-1060
- Callahan, E.M. et. al., The "Sick Role" in chronic illness: some reactions. In: Journal of Chronic Disease, 1966, p. 883-897
- Cartwright, A., Patients and Their Doctors, London, 1967
- Cassee, E.Th. Naar de dokter, Meppel, 1973
- Centraal Bureau voor de Statistiek en Sociaal en Cultureel Planbureau, Leefsituatieonderzoeken, 1974 en 1977
- Centraal Bureau voor de Statistiek en T.N.O., Hart- en vaatziekten, den Haag, 1980
- Commissie Alternatieve Geneeswijzen (Commissie Muntendam), Alternatieve Geneeswijzen, den Haag, 1981
- Cowie, B., The cardiac patient's perception of his heart attack. In: Social Science and Medicine, Vol. 10, 1976, p. 87-96
- Davis, M.S., Predicting non-compliant behavior. In: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 8, 1967, p. 265-271
- Diabetes Vereniging Nederland, Diabc, maandelijks voorlichtingsblad van de DVN, jrg. 33, 34 en 35, resp. 1979, 1980 en 1981
- Dirken, J.M., Arbeid en stress, Groningen, 1969
- Doehrmann, S.R., Psycho-social aspects of recovery from coronary heart disease: a review (1968-1975). In: Social Science and Medicine, Vol. 11, 1977, p. 199-218
- Doorn, J.A.A. en C.J. Lammers, Moderne Sociologie, dertiende herziene druk, Utrecht/Antwerpen, 1976
- Doorn-Janssen, M.J. van, Project gezin en familie, Utrecht, 1971
- Duller, P. Aanwezigheid psoriasis in totale bevolking. In: NBPV nieuws, 1e jrg. nr. 4, 1980
- Dunning, A.J. Het hartinfarct, Amsterdam, 1966
- Dijk, P. van, Geneeswijzen in Nederland, Deventer, 1976
- Dijl, H. van, Hartinfarctpatiënten en sociabiliteit. In: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 56, 1978, p. 443-447
- Ehrlich, H.J., Attitudes, behavior and the intervening variables. In: The American Sociologist, 1969, p. 29-34
- Eichhorn, 1962, geciteerd door Levine en Kozloff (1978)
- Elinson, J. en R.E. Trussell, Some factors relating to degree of correspondence for diagnostic information as obtained by household interviews and clinical examinations. In: American Journal of Public Health, 47, 1957, p. 311-321

- Ellemers, J.E., Veel kunnen verklaren of iets kunnen veranderen: krachtige versus manipuleerbare variabelen. In: Beleid en Maatschappij, 11, 1976, p. 281- 90
- Emans, B., Aktie-onderzoek, attitudes en gedrag. In: Wilke, H. en G.J. Kok, red. Sociale psychologie in verandering. Alphen aan den Rijn, 1978
- Es, J.C. van, Woord vooraf bij Geneeswijzen in Nederland, Van Dijk, 1976
- EVAC: Evaluatiecommissie Bevolkingsonderzoek Cervixcarcinoom, Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht, Leiden 1980.
- Eijk, J.Th.M. van, Levensgebeurtenissen en ziekte, diss. Utrecht, 1979
- Farge, E.J. Medical orientation among a Mexican-American population: an old and a new model reviewed. In: Social Science and Medicine, Vol. 12, 1978, p. 277-282
- Feldman, J.J. The dissemination of health information, Chicago, 1966
- Festinger, L. A theory of cognitive dissonance, Evanston, Ill, 1957
- Finlayson, A., Social networks as coping resources. In: Social Science and Medicine, Vol. 10, 1976, p. 97-103
- Fishbein, M., Readings in Attitude Theory, New York, 1967
- Fishbein, M. en I. Ajzen, Belief, Attitude, Intention and Behavior, Addison-Wesley, Mass., 1975
- Freidson, E., Patients' Views of Medical Practice, New York, 1961
- Freidson, E., Profession of Medicine, New York, 1975
- Friedman, M. e.a., Development of an objective psychological test for the determination of coronary-prone behavior pattern in employed men. In: Journal of Chronic Disease, 20, 1967, p. 371-379
- Friedman, M. en Rosenman, Pathogenesis of Coronary Artery Disease, New York, 1969
- Froland, Ch. e.a., Social Support and Social Adjustment: Implications for Mental Health Professionals. In: Community Mental Health Journal, Vol. 15(2), 1979, p. 82-93
- Gaag, J. van der, An Econometric Analysis of the Dutch Health Care System, diss., Leiden, 1978
- Gadourek, I., Sociologische onderzoekstechnieken, Arnhem, 1967, p. 201
- Garrity, Th.F. et. al., Factors Influencing Self-assessment of Health. In: Social Science and Medicine, Vol. 12, 1978, p. 77-81
- Geertsen, R. e.a., A re-examination of Suchman's Views on Social Factors in Health Care Utilization. In: Journal of Health and Social Behavior, 16, 1975, p. 226-237

- Giel, R., Het dilemma van de medische beroepsuitoefening. In: Medisch Contact, 31, 1976, p. 1021-1026
- Giesbers, N. e.a., Media en medicijnen, I, literatuuroverzicht. In: Medisch Contact, 32, 1977, p. 1467-1472
- Gochman, D.S., The Organizing Role of Motivation in Health Beliefs and Intentions. In: Journal of Health and Social Behavior, 13, 1972, p. 285-293
- Gordon, G., Role Theory and Illness, New Haven, Conn., 1966
- Graaf, H. de, Levensecht toegepast onderzoek. In: Intermediair, 16e jrg. 44, 1980, p. 49-59
- Greenley, J.R. en D. Mechanic, Social Selection in Seeking Help for Psychological Problems. In: Journal of Health and Social Behavior, 17, 1976, p. 249-262
- Groen, J.J. en W.S. de Loos, Psychosomatische aspecten van diabetes mellitus, Amsterdam, 1973
- Groot, A.D. Methodologie, den Haag (4e druk), 1968
- Guilford, J.P., Psychometric Methods, New York, 1954
- Harberden, P. van en R. Lafaille, red. Zelfhulp: een nieuwe vorm van hulpverlening? den Haag, 1978
- Hattinga-Verschure, J. Zorgverlening in beweging, Lochem, 1979
- Heydendaal, P.H.J.M. e.a., Gezin en ziekte, Nijmegen, 1972
- Hochbaum, G.M. Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study, Public Health Service Publication Nr. 572, Washington, 1958
- Hoeksma, B.H., De polikliniek als schakel in de gezondheidszorg, College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht, 1979
- Hogerzeil H.H.W., Health Care Policies and Macro-Diagnostic Groups. In: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 44, 1966, p. 77-88
- Horst, F. van der, red., Diabetes; ziek of gezond, Assen, 1980
- Horst, F. van der en W. Meulders, Een beetje suiker, voordracht C.N.L. Diabetes, 12-13 november 1980. (Rijksuniversiteit Limburg)
- Horwitz, A., Family, Kin and Friend Networks in Psychiatric helpseeking. In: Social Science and Medicine, Vol. 12, 1978, p. 297-304
- Hout, A.C. v.d. en F.P. Wester, De vragenlijst bevraagd. In: Sociale Wetenschappen, 20, 1977, p. 259-269
- Howard, A. en R. Scott, Models of Stress. In: Levine, S. en N.A. Scotch, Social Stress, Chicago, 1970

- Huisman, S., De relevantie van Waarden voor de prediktie van toekomstgericht politiek gedrag, Vrije Universiteit Amsterdam, 1979 (ongepubliceerd)
- Hulka, B.S. e.a., Satisfaction with Medical Care in a Low Income Population. In: Journal of Chronic Disease, 24, 1971, p. 661-673
- Hulka, B.S. e.a., Practice Characteristics and Quality of Primary Health Care: the Doctor-Patient Relationship. In: Medical Care, Vol. 13, 1975, p. 808-820
- Huygen, F.J.A., Een visie op onze gezondheidszorg vanuit de eerste lijn. In: Mossel, D.A.A. e.a., Waarheen omet onze gezondheidszorg? Baarn, 1977, p. 22-38
- Huygen, F.J.A., Family Medicine, Nijmegen, 1978
- Jessen, J.L., Medische Consumptie, Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 1974
- Jong, G.A. de, red., Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, suppl. bij het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, jrg. 58, 1980
- Jonkers, R., Gezondheidsgedrag. Studiecentrum Sociale Oncologie, Rotterdam 1978
- Kasl, S.V. en S. Cobb, Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. In: Archives of Environmental Health, Vol. 12, 1966, p. 246-266 en 531-540
- Kegeles, S.S., Why People Seek dental Care: A Test of a Conceptual Formulation. In: Journal of Health and Human Behavior, 4, 1963, p. 166 e.v.
- King, S.H., Perceptions of Illness and Medical Practice, New York, 1962
- Kinlay, S.B. Mc, Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services - An Overview. In: Journal of Health and Social Behavior, 13, 1972, p. 115-152
- Kinlay, J.B. Mc, Social Networks, Lay Consultation and Help-Seeking Behavior. In: Social Forces, 51, 1973, p. 275-292
- Kirscht, J.P., The Health Belief Model and Illness Behavior. In: Health Education Monographs, 2, 1974, p. 387 e.v.
- Knipscheer, C.P.M., Oude mensen en hun sociale omgeving, den Haag, 1980
- Kok, G.J., Attitudes en gedrag. In: Wilke, H. en G.J. Kok, red., Sociale psychologie in verandering, Alphen aan den Rijn, 1978
- Korte, J. de, red. Mensen met Psoriasis, Utrecht, 1977
- Kosa, J. en L.S. Robertson, The Social Aspects of Health and Illness. In: Kosa, J. en I.K. Zola, eds., Poverty and Health, Cambridge, Mass. 1975

- Kutner, B. en G. Gordon, Seeking Care for Cancer. In: Journal of Health and Human Behavior, 2, 1961, p. 171-178
- Kuyvenhoven, M.M. en Touw-Otten, F., Project "pré-medische fase", deel 1, literatuuroverzicht, Rijksuniversiteit Utrecht, 1976
- Kuyvenhoven, M.M. en Touw-Otten, F., De verschillen en overeenkomsten in frekwentie van aandoeningen tussen agrarische, autochtone en forensen gezinnen in een plattelandspraktijk in Nederland, Instituut voor Huisartsengeneeskunde, Utrecht, 1978
- Lamberts, H. De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsengeneeskunde. In: Huisarts en Wetenschap, (I), 17, 1974, p. 455-473, (II), 18, 1975, p. 7-39, (III), 18, 1975, p. 61-73
- Langlie, J.K., Social Networks, Health Beliefs, and Preventive Health Behavior. In: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 18, 1977, p. 244-260
- Levine, S. and M.A. Kozloff, The Sick Role: Assessment and Overview. In: Annual Review of Sociology, Vol. 4, 1978, p. 317-343
- Liska, A.E., Emergent Issues in the Attitude-Behavior Consistency Controversy. In: American Sociological Review, Vol. 39, 1974, p. 261-272
- Liska, A.E., The Consistency Controversy, Readings on the Impact Attitude on Behavior, New York, 1975
- Litman, Th. J., The Family as a Basis Unit in Health and Medical Care: a Social-Behavioral Overview. In: Social Science and Medicine, Vol. 8, 1974, p. 495-519
- Loon, A.J. van en H.G. Schmidt, Opnieuw de arts-patiënt relatie. In: Medisch Contact, 32, 1977, p. 274-276
- Ludwig, E.G. en G. Gibson, Self Perception of Sickness and the Seeking of Medical Care. In: Journal of Health and Social Behavior, 10, 1969, p. 125-133
- Maas, P.J. van der en A.J.W. Vrijlandt, Geïntegreerd Milieuonderzoek Rijnmond, bijlage m.b.t. de gezondheidsbeleving, ziekte-ervaring en milieu, Openbaar Lichaam Rijnmond, 1974
- Maas, P.J. van der, Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met psychische afwijkingen. In: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 53, 1975, p. 440-451
- Mali, J.W.H. e.a., De behandeling van psoriasis. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 119, 1975, p. 89 e.v.
- Mechanic, D. Medical Sociology, New York, 1968
- Melker R.A. de, Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten. In: Nederlands Huisartsen Instituut, Holland naar de Horizon, Utrecht 1979, p. 79-90

- Merton, R.K., Social Theory and Social Structure, New York, (12e druk) 1967
- Metz, W., Pijn, een teer punt, Nijkerk, 1975
- Miller, M.H., Seeking Advice for Cancer Symptoms. In: American Journal of Public Health, Vol. 63, 1973, p. 955-961
- Miller, R.A., Leven met een hartinfarct, Amsterdam, 1977
- Mitchell, J.C. ed., Social Networks in Urban Situations, Manchester, 1969
- Moll van Charante, A.W., Ziektegevoel: ziektegedrag, diss. Meppel, 1980
- Moor, P. de en J.J. Witte, Diabetes Mellitus, Leiden, 1967
- Mootz, M., Ziekenfondslidmaatschap en het raadplegen van de huisarts.
In: Medisch Contact, 33, 1978, p. 1465-1468
- Mootz, M., Sociale indicatoren, gezondheidstoestand en verzekeringsvorm.
In: Medisch Contact, 28, 1980, p. 857-860
- Nauta, A.P.N., Contact en controle tussen burens, Alphen aan den Rijn, 1973
- Nederlandse Bond van Psoriasispatiënten Verenigingen, NBPV-nieuws, 1e en 2e jrg., resp. 1980 en 1981
- Nederlandse Hartstichting, Vraagbaak voor Infarctpatiënten, Excerpta Medica, Amsterdam, 1974
- Nederlands Huisartsen Instituut, Holland naar de Horizon, Utrecht, 1979
- N.V. v/h Nederlandse Stichting voor Statistiek (NSS), NSS Omnibus Service, Rapport 0 7385, januari 1979, Onderzoek inzake bepaalde patiëntencategorieën, ongepubliceerd
- Neven, E.J.J., Uitstelduur en praktijkvoering, diss. Asten, 1980
- Nievaard, A.C., Naar een model voor compliance-gedrag, Overdruk uit "Opstellen 2", bundel van de vakgroep methoden en technieken, Sociologisch Instituut, Leiden, 1976
- Ooijendijk, W.T.M. e.a., Eerste verslag van een onderzoek naar het gebruik van en tevredenheid met alternatieve en officiële geneeskunde, Serie "Wat heet beter" nr. 9, Hilversum, KRO, 1980
- Ormel, J., Frequentie waarmee men de huisarts consulteert, hoofdstuk 7.
In: Jessen, J.L., Medische Consumptie, Sociologisch Instituut, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 1974
- Ormel, J., Moeite met leven of een moeilijk leven, diss. Groningen, 1980
- Parsons, T., The Social System, London, 1951
- Parsons, T., The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered.
In: Milbank Memorial Foundation Quarterly: Health Sociology, 53, 1975, p. 257-277

- Peilstations Nederland, Continue Morbiditeitsregistratie, Utrecht, 1977;
1978 en 1979
- Pelt, L. van, De sociale gevolgen van psoriasis, doct.scr. Nijmegen, 1976
- Persoon, J.M.G., Veranderingen in de patiënt-huisarts relatie, diss.
Nijmegen, 1975
- Petroni, F.A., Significant Others and Illness Behavior: A Much Neglected Sick Role Contingency. In: Sociological Quarterly, 1969, p. 32-41
- Philipsen, H., Afwezigheid wegens ziekte, Groningen, 1969 (a)
- Philipsen, H., Steekproeven, Leiden, 1969 (b)
- Philipsen, H., Levensfase, generatie en ziekteverzuim, Leiden, 1977
- Ploeg, H.M. van der, Persoonlijkheid en medische consumptie, Lisse, 1980
- Plooi, M., en A. Lütjes, Leven als diabeet, Lochem, 1977
- Pommer, E.P. en C.S. van Praag, Satisfactie en leefsituatie, Sociaal en Cultureel Planbureau, cahier nr. 13, Rijswijk, 1978
- Raphaël, E.E., Community Structure and Acceptance of Psychiatric aid. In: American Journal of Sociology, 69, 1964, p. 340-358
- Reek, J. van e.a., Subjective Complaints and Blood Pressure, (nog niet gepubliceerd), Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1980
- Regan, D.T. and R. Fazio, On the Consistency Between Attitudes and Behavior: Look to the Method of Attitude Formation. In: Journal of Experimental Social Psychology, 13, 1977, p. 28-45
- Rosenblatt, D. en E.A. Suchman, Blue Collar Attitudes and Information toward Health and Illness. In: Shostak, A.B. en W. Gomberg, eds., Blue Collar World, New Jersey, 1964
- Rosenstock, I.M., Why People Use Health Services. In: Milbank Memorial Foundation Quarterly, 44, 1966, p. 94-124
- Rosenstock, I.M., The Health Belief Model and Preventive Action. In: Health Education Monographs, Vol. 2, 1974, p. 354-386
- Ruhe, Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954, Assen, 1957
- Rutten, F.F.H., The Use of Health Care Facilities in the Netherlands, diss., Leiden, 1978
- Salloway, J.C. en P.B. Dillon, A Comparison of Family Networks and Friend Networks in Health Care Utilization. In: Journal of Comparative Family Studies, 4, 1973, p. 131-142
- Seley, H., The Stress of Life, New York, 1956
- Siegel, S., Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences, Mr. Graw-Hill, Tokyo, 1956

- Shuval, J.T., The Sick Role in a Setting of Comprehensive Medical Care.
In: Medical Care, Vol. 10, 1972, p. 50-59
- Smits, A.J.A., Kind, huisarts, gezin, diss., Nijmegen, 1978
- Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport 1978
en 1980, den Haag, resp. 1978, 1980
- Spruit, I.P. e.a., Deelname aan een screeningsonderzoek op borstkanker.
In: Intermediair, 53, 1976, p. 15-19 en 52, 1978, p. 1-11
- Spruit, I.P., Opkomstgedrag bij bevolkingsonderzoek op borstkanker te
Leiden. In: Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 57, 1979, p. 784-795
- Stern, M. e.a., Psychosocial Adaptation Following an Acute Myocardial
Infarction. In: Journal of Chronic Diseases, Vol. 29, 1976, p. 513-526
- Stimson, G.V., Obeying Doctor's Orders: A View from the Other Side.
In: Social Science and Medicine, Vol. 8, 1974, p. 97-104
- Stoeckle, J.D. e.a., On Going to See the Doctor, the Contributions of
the Patient to the Decision to Seek Medical Aid. In: Journal of
Chronic Diseases, Vol. 16, 1963, p. 975-989
- Suchman, E.A., Health Orientation and Medical Care. In: American Journal
of Public Health, 56, 1966, p. 97-105
- Tagliacozzo, D.M. en K. Ima, Knowledge of Illness as a Predictor of
Patient Behavior. In: Journal of Chronic diseases, Vol. 22, 1970,
p. 765-775
- Tellegen, E., Medische Sociologie, een literatuurverkenning, Alphen aan
den Rijn, 1970
- Tittle, C.R., en R.J. Hill, Attitude Measurement and the Prediction of
Behavior: an Evaluation of Conditions and Measurement Techniques.
In: Sociometry, 30, 1967, p. 199-213
- Tolstorff, C.C., Social Networks, Support and Coping: An Exploratory Study.
In: Family Process, 4, 1976, p. 407-417
- Twaddle, A.C., Health Decisions and Sick Role Variations: An Exploration.
In: Journal of Health and Social Behavior, 10, 1969, p. 105-115
- Twaddle, A.C., Illness and Deviance. In: Social Science and Medicine,
Vol. 7, 1973, p. 751-762
- Tijmstra, Tj., Sociologie en Tandheelkunde, diss., Groningen, 1980
- Veen-Viëtor, M. van, Een plaatsje onder de zon, doct. scr., Rotterdam, 1975
- Veen-Viëtor, M. van, Mensen met psoriasis organiseren zich. In: Bremer-
Schulte, M., red., Samen beter worden, Alphen aan den Rijn, 1980
- Velden, H.G.M. van der, Huisvrouw - Huisarts - Huisgezin, diss.,
Nijmegen, 1971

- Velden, H.G.M. van der, Huisartsengeneeskunde en medische opleiding.
In: Medisch Contact, 31, 1976, p. 1055-1060
- Verhaak, P., Psychische problemen in de huisartspraktijk. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1, 1981, p. 31-46
- Ven, W.P.M.M. van de Ven e.a., Inventarisatie en achtergronden van consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. In: Gezondheid en Samenleving, 1e jrg., 1980, p. 224-254
- Ven, W.P.M.M. van de Ven, en R.C.J.A. van Vliet, Tweede Verslag van de Enquête gehouden onder Verzekerden van de Stichting Het Zilveren Kruis, Notitie, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, Leiden, 1980
- Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Onderzoekersoverleg Gezondheidszorg, secr. F.A. Nauta
- Walker, K.N. e.a., Social Support Networks and the Crises of Bereavement. In: Social Science and Medicine, 11, 1977, p. 35-41
- Wilke, H., en G.J. Kok, red. Sociale psychologie in verandering, Alphen aan den Rijn, 1978
- Wilde, J.J., red. De diabeticus. Uitg. Nederlandse Vereniging van Suikerzieken, den Haag, a.n.
- Zborowski, M., Cultural Components in Response to pain. In: Jaco, E.G. ed., Patients, Physicians and Illness, Glencoe, Ill., 1958
- Zola, I.K., Illness Behavior of the Working Class: Implications and Recommendations. In: Shostak, A.B. en W. Gomberg, eds., Blue Collar World, New Jersey, 1964.
- Zola, I.K., Culture and Symptoms: An Analysis of Patients Presenting Complaints. In: American Sociological Review, 31, 1966, p. 615-630
- Zola I.K., In the Name of Health and Illness, on some Socio-political Consequences of Medical Influence. In: Social Science and Medicine, Vol. 9, 1975, p. 83-87
-

B I J L A G E N

Bijlage 1 Patiëntencategorieën en persoonskenmerken bij paragraaf 4.2., aanvulling bij tabel 4.4.

Tabel 1. Patiëntencategorieën naar opleiding

	H	S	P
LO-VGLO	10	11	8
LHNS-LTS	4	5	4
ULO-MAVO	7	4	4
VHMO-VWO-HAVO	1	1	4
MBO	2	0	2
HBO	1	4	2
WO	0	0	1

een weg-variantie-analyse: $F = 0.78$ N.S.

Tabel 2. Patiëntencategorieën naar burgerlijke staat

	H	S	P
Ongehuwd	1	3	0
Gehuwd	23	19	23
Weduwe/weduwenaar	1	2	1
Gescheiden	0	1	1

$\chi^2 = 5.49$ N.S.

Tabel 3. Patiëntencategorieën naar urbanisatiegraad van hun woonplaats

	H	S	P
A	2	3	3
B	8	8	12
C 1,2,3	7	5	4
C 4	2	4	2
C 5	6	5	4

een weg-variantie-analyse: $F = 0.64$ N.S.

Tabel 4. Patiëntencategorieën naar verzekeringsvorm

	H	S	P
fonds	19	19	15
geen risico huisarts	1	0	1
risico huisarts	3	4	4
excl. huisarts	2	2	5

een weg-variantie-analyse: $F = 1.19$ N.S.

Bijlage 2. Opvattingen over de medische zorg en over ziekte: bepaling van de "aandoeningenafhankelijkheid", bij paragraaf 6.3.2.

Formulering van opvattingen

1. Je kunt weinig doen aan je eigen gezondheidstoestand
2. Het gebed is het beste geneesmiddel dat denkbaar is
3. Bijna elke ziekte heeft een psychische achtergrond
4. Ziekte is een straf op de zonde
5. Moderne geneesmiddelen zijn beter dan ouderwetse middeltjes¹⁾
6. De diepere oorzaak van veel ziekten zit in de manier van leven
7. Tegenwoordig kunnen artsen de meeste ziekten wel genezen
8. Ziekte ontstaat in de meeste gevallen door spanningen
9. Doktoren beloven meer dan ze feitelijk kunnen doen
10. Honing is een geneesmiddel voor vele kwalen
11. In ziekte openbaart zich de strijd tussen goed en kwaad in de mens
12. Artsen weten ook niet altijd wat goed voor je is
13. De beste geneesmiddelen vind je in de natuur¹⁾
14. Veel ziekten zijn een gevolg van een losbandig leven
15. Je kunt beter te weinig geneesmiddelen innemen dan teveel
16. De natuur heeft geneesmiddelen voor elke ziekte¹⁾
17. Als je maar precies doet wat de dokter tegen je zegt, maak je de beste kans om beter te worden
18. Veel ziekten ontstaan omdat de mens te ver van de natuur afleeft
19. Verstandig leven voorkomt veel ziekten
20. De natuur geneest zichzelf
21. Artsen schrijven te gemakkelijk allerlei medicijnen voor
22. Het beste geneesmiddel is een rein en opgewekt leven
23. Je krijgt lang niet altijd het juiste advies van de dokter

1) wegens hoge partiële non-respons buiten de analyse gebleven

Tabel 1: Factoranalyse opvattingen en dummy m.b.t. hartinfarct
(varimaxrotatie)

Factoren	1	2	3	4	5	6	7
1.	0.06	0.02	0.26	0.27	0.30	0.04	0.63
2.	0.16	0.33	0.10	0.09	0.17	0.65	0.28
3.	0.78	-0.02	-0.06	0.04	0.06	-0.11	-0.17
4.	-0.03	0.10	-0.06	0.57	-0.22	0.49	0.31
6.	0.51	0.44	0.34	-0.03	0.17	-0.04	-0.13
7.	0.37	0.03	-0.07	0.13	0.69	0.09	0.04
8.	0.76	0.17	0.07	0.13	0.11	0.01	0.07
9.	0.23	-0.11	0.79	0.09	0.20	0.05	0.01
10.	0.28	0.43	-0.08	0.22	0.12	-0.18	0.09
11.	0.15	0.12	-0.06	0.80	-0.13	0.00	0.16
12.	-0.13	0.10	0.22	-0.23	0.52	0.11	-0.02
14.	-0.05	0.16	0.15	0.72	0.33	-0.10	-0.13
15.	-0.07	0.67	0.04	0.15	0.07	-0.10	-0.06
17.	-0.16	0.26	-0.37	0.16	0.50	-0.24	0.38
18.	0.41	0.13	0.30	0.43	-0.06	0.22	-0.10
19.	0.25	0.64	-0.12	0.04	0.05	0.23	-0.07
20.	0.67	0.21	0.21	-0.05	-0.24	0.17	0.23
21.	0.07	0.08	0.32	0.07	0.09	0.00	0.63
22.	0.14	0.81	0.18	0.04	-0.02	0.07	0.10
23.	-0.04	0.17	0.83	0.00	0.11	-0.05	-0.07
HART- INFARCT	0.17	0.31	0.07	-0.03	-0.09	0.72	0.38
OPV. ZIEK- TE	OPV. ZIEK- TE	OPV. ZORG	OPV. ZIEK- TE	OPV. ZORG	HART- IN- FARCT+	OPV. ZIEKTE +	

Tabel 2: Factoranalyse opvattingen en dummy m.b.t. diabetes
(varimaxrotatie)

Factor	1	2	3	4	5	6	7
1.	0.03	0.27	0.23	0.02	0.42	-0.06	0.55
2.	0.17	0.14	0.23	0.30	0.08	0.42	0.48
3.	0.78	-0.04	0.00	0.00	0.06	-0.11	-0.17
4.	-0.05	-0.06	0.72	0.09	-0.12	0.16	0.38
6.	0.51	0.35	-0.08	0.46	0.11	-0.01	-0.09
7.	0.39	0.02	0.02	0.03	0.66	0.06	0.06
8.	0.76	0.08	0.13	0.17	0.13	0.03	0.06
9.	0.23	0.81	0.05	-0.10	0.18	0.06	0.03
10.	0.26	-0.07	0.14	0.46	0.23	-0.20	0.01
11.	0.12	-0.07	0.83	0.11	0.07	-0.02	0.04
12.	-0.10	0.23	-0.28	0.08	0.40	0.40	-0.03
14.	-0.06	0.23	0.58	0.17	0.45	-0.21	-0.23
15.	-0.08	0.05	0.09	0.69	0.11	-0.14	-0.08
17.	-0.17	-0.35	0.04	0.24	0.66	-0.03	0.17
18.	0.41	0.30	0.49	0.13	-0.05	0.19	-0.09
19.	0.26	-0.11	0.09	0.63	0.01	0.19	0.03
20.	0.66	0.18	0.06	0.21	-0.25	-0.01	0.32
21.	0.11	0.34	0.03	0.08	-0.03	0.26	0.62
22.	0.12	0.16	0.07	0.80	-0.01	0.07	0.13
23.	-0.05	0.82	-0.02	0.18	-0.18	-0.09	-0.04
DIABETES	-0.07	-0.09	0.08	-0.09	-0.02	0.86	-0.12
OPV. ZIEKTE	OPV. ZORG	OPV. ZIEKTE	OPV. ZIEKTE	OPV. ZORG	DIABETES	OPV. ZIEKTE	

Tabel 3: Factoranalyse opvattingen en dummy m.b.t. psoriasis
(varimaxrotatie)

Factor	1	2	3	4	5	6	7
1.	-0.02	0.14	0.01	0.20	0.43	0.54	0.13
2.	0.27	0.12	0.14	0.15	0.06	0.66	-0.07
3.	0.04	-0.02	0.78	0.01	0.10	-0.18	-0.09
4.	0.08	-0.09	-0.07	0.67	-0.10	0.46	-0.12
6.	0.44	0.37	0.50	-0.09	0.13	-0.01	0.01
7.	0.08	-0.01	0.36	-0.07	0.69	0.15	-0.12
8.	0.15	0.08	0.75	0.14	0.13	0.10	0.12
9.	-0.11	0.79	0.22	0.02	0.18	0.16	0.01
10.	0.45	-0.10	0.26	0.17	0.24	-0.04	0.06
11.	0.10	-0.06	0.11	0.85	0.09	0.07	0.08
12.	0.01	0.28	-0.11	-0.25	0.31	0.07	0.38
14.	0.23	0.22	-0.08	0.53	0.53	-0.15	-0.22
15.	0.71	0.05	-0.08	0.06	0.12	-0.04	-0.05
17.	0.21	-0.40	-0.18	0.05	0.57	0.11	0.37
18.	0.10	0.36	0.40	0.51	-0.03	0.04	0.08
19.	0.63	-0.06	0.25	0.07	-0.02	0.11	0.05
20.	0.17	0.15	0.65	0.07	-0.24	0.34	0.02
21.	0.07	0.48	0.11	0.07	-0.03	-0.47	0.11
22.	0.78	0.16	0.11	0.05	-0.04	0.21	0.16
23.	0.17	0.80	-0.06	-0.03	-0.13	0.05	-0.05
PSORIA-							
SIS	-0.11	0.04	-0.08	-0.05	0.07	0.05	-0.90
	OPV.	OPV.	OPV.	OPV.	OPV.	OPV.	PSORIASIS
	ZIEKTE	ZORG	ZIEKTE	ZIEKTE	ZORG	ZIEKTE	

Bijlage 3: Attituden t.a.v. eigen arts: bepaling van de "aandoeningsafhankelijkheid" bij paragraaf 6.3.3. 1)

Formulering van uitspraken

1. Mijn (huis)arts is nogal onzeker in zijn optreden
2. Mijn (huis)arts staat erop, dat je precies doet wat hij zegt
3. Mijn (huis)arts vertelt me precies hoe ernstig het is
4. Mijn (huis)arts stelt je op je gemak als je met hem praat
5. Mijn (huis)arts is nogal zakelijk
6. Mijn (huis)arts schrijft je nauwkeurig voor wat je moet doen
7. Mijn (huis)arts praat met me over andere dingen dan over mijn ziekte alleen
8. Mijn (huis)arts legt me uit waarom hij iets op een bepaalde manier doet
9. Mijn (huis)arts behandelt me als nummer
10. Mijn (huis)arts praat met me over andere dingen dan medische problemen
11. Mijn (huis)arts heeft weinig tijd voor me als ik hem raadpleeg
12. Mijn (huis)arts is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren

Tabel 1: Factoranalyse, attituden en dummy m.b.t. hartinfarct

Factor	1	2	3	4	5
1.	0.03	-0.04	-0.15	0.13	0.85
2.	0.03	0.04	0.12	0.77	0.22
3.	0.06	0.62	0.10	0.40	-0.15
4.	0.74	0.30	-0.06	0.18	-0.16
5.	-0.33	-0.03	0.58	-0.08	0.60
6.	0.10	0.17	-0.15	0.80	-0.08
7.	0.27	0.84	-0.22	-0.06	0.09
8.	0.00	0.72	0.19	0.20	-0.19
9.	-0.81	-0.26	0.10	-0.14	0.10
10.	0.35	0.78	-0.05	0.00	0.15
11.	-0.82	-0.14	0.01	0.10	-0.14
12.	0.80	-0.01	0.03	0.02	-0.03
HART- INFARCT	0.03	0.03	0.92	0.02	-0.14
			HART- INFARCT		

1) zie ook bijlage 12

Tabel 2: Factoranalyse, attituden en dummy m.b.t. diabetes
(varimaxrotatie)

Factor	1	2	3	4	5
1.	0.09	-0.06	0.11	0.79	-0.05
2.	0.02	0.06	0.75	0.27	0.31
3.	0.03	0.62	0.43	-0.14	-0.09
4.	0.74	0.28	0.19	-0.17	-0.09
5.	-0.40	0.01	-0.09	0.70	-0.12
6.	0.13	0.12	0.80	-0.09	-0.15
7.	0.31	0.84	-0.05	0.02	0.18
8.	-0.03	0.70	0.23	-0.16	-0.40
9.	-0.81	-0.25	-0.15	0.13	0.05
10.	0.36	0.79	0.00	0.12	0.15
11.	-0.82	-0.13	0.09	-0.11	0.18
12.	0.77	0.01	0.01	-0.03	0.13
DIABETES	-0.09	0.04	0.04	-0.16	0.88
					DIABETES

Tabel 3: Factoranalyse, attituden en dummy m.b.t. psoriasis
(varimaxrotatie)

Factor	1	2	3	4	5
1.	0.05	-0.05	0.15	0.78	0.39
2.	0.08	0.04	0.75	0.26	-0.33
3.	0.04	0.65	0.38	-0.11	-0.11
4.	0.73	0.29	0.18	-0.19	0.08
5.	-0.33	-0.02	-0.09	0.72	-0.29
6.	0.07	0.20	0.79	-0.13	0.23
7.	0.34	0.80	-0.09	0.05	0.03
8.	-0.05	0.76	0.18	-0.14	0.07
9.	-0.80	-0.25	-0.14	0.15	-0.09
10.	0.41	0.75	-0.02	0.14	-0.08
11.	-0.80	-0.13	0.08	-0.09	-0.19
12.	0.80	-0.03	0.02	-0.05	-0.16
PSORIASIS	0.07	-0.03	-0.03	0.05	0.90
					PSORIASIS

Bijlage 4: Variabelen ter bepaling van de "ziektebeleving" bij par. 6.3.5.1. KWALITATIEVE BEPALING O.G.V.

A. Leefregels

Moet U op advies van de dokter i.v.m.

HARTINFARCT:

1. zoutloos of zoutarm eten
2. stoppen met roken, verminderen
3. veel wandelen
5. vermageren

DIABETES:

1. diëet houden (excl. vermageren)
2. medicijnen slikken
3. injecties gebruiken
4. vermageren
5. zelf Uw urine controleren

PSORIASIS:

1. zelf gebruiken
2. medicijnen gebruiken
3. hoogtezoon gebruiken
4. van een zonnebank gebruikmaken

B. Klachten

Hebt U wel eens last van

HARTINFARCT

1. pijn op de borst (= angina pectoris)
2. hartkloppingen
3. benauwdheid, kortademigheid
4. pijn in linker arm, nek of rug
5. andere klachten i.v.m. het hartinfarct, t.w.

DIABETES

1. hongerig gevoel
2. dorst
3. infecties
4. hypo's
5. hyper's
6. andere klachten i.v.m. diabetes, t.w.

PSORIASIS

1. veel schilfers
2. plekken die ineens zichtbaar worden
3. andere klachten i.v.m. psoriasis, t.w.

(voorts:)

4. komt het vaak voor dat de psoriasis erger is dan anders?
5. hebt U psoriasis
 - alleen op het hoofd
 - alleen aan de ledematen
 - alleen op de romp
 - op hoofd en ledematen
 - op ledematen en romp
 - op hoofd, ledematen en romp
 - weet niet
 - geen antwoord

C. Belemmering en hinder

Inleidende zin:

De meeste mensen hebben vooral last van een aandoening als ze merken dat ze bepaalde dingen moeilijker of helemaal niet kunnen doen.

Hartinfarctpatiënten

1. Belemmering bij huishoudelijk werk zoals stofzuigen, afwassen e.d.
(sterk, een beetje, geen belemmering; voorzover van toepassing)
2. Hinder op feestjes door hartinfarct
(sterk, een beetje, geen hinder; voorzover van toepassing)
3. Wordt U bij het traplopen gehinderd door het feit dat U een hartinfarct gehad hebt?
(sterk, een beetje, helemaal niet gehinderd)
4. Zijn er andere activiteiten waarbij U gehinderd wordt door het feit dat U een hartinfarct gehad hebt? Zo ja, welke?

Diabetici

1. Hinder door suikerziekte als respondent gaat eten?
(sterk, een beetje, helemaal niet gehinderd; voorzover van toepassing)
2. Hinder op feestjes door diabetes
(sterk, een beetje, geen hinder; voorzover van toepassing)
3. Hinder op vakantie door diabetes
(sterk, een beetje, niet gehinderd; voorzover van toepassing)
4. Zijn er andere activiteiten waarbij U gehinderd wordt door het feit dat U suikerziekte hebt? Zo ja, welke?

Psoriasis

Hinder (sterk, een beetje, geen hinder) bij

1. de eigen verzorging, hygiëne
2. kontakten met vrienden
3. kontakten met officiële instanties, met vreemden
4. hinder bij zwemmen in een openbare zweminrichting of in zee
(sterk, een beetje, geen hinder; voorzover van toepassing)
5. zijn er andere activiteiten waarbij U gehinderd wordt door het feit dat U psoriasis hebt? Zo ja, welke?

2. KWANTITATIEVE BEPALING

Correlaties (rho's) "ziektebeleving", totaal en per patiëntencategorie

		2.	3.	4.	5.
1. frequentie zich ongerust maken over aandoening	T	.44	-.17	-.37	-.17
	H	.66	-.23	-.68	-.36
	S	.10	-.15	.01	.09
	P	.40	-.22	-.34	-.25
2. mate waarin leven anders is dan dat van anderen	T		-.24	-.38	-.15
	H		-.39	-.83	-.56
	S		-.11	-.07	.14
	P		-.23	-.05	.01
3. mate waarin geleerd om met aandoening te leven	T			.37	.40
	H			.49	.32
	S			.50	.35
	P			.25	.53
4. mate waarin ziek of gezond met aandoening	T				.37
	H				.52
	S				.18
	P				.44
5. frequentie waarmee last van aandoening t.g.v. spanning					

T = totaal (N = 75)

H = hartinfarctpatiënten (N = 25)

S = suikerpatiënten (N = 25)

P = psoriasispatiënten (N = 25)

gelet is op

- significantie van de totale groep
- richting van de verbanden per patiënten categorie
- voorzover mogelijk de significantie per patiëntencategorie

3. CORRELATIES van (1) en (2) met de schaalwaarde "ziektebeleving"

(slecht goed) (rho's, allen significant bij $p \leq .002$)

1. kwalitatieve bepaling (slecht + goed)	.80
2.1. frequentie zich ongerust maken (nooit + vaak)	.59
2.2. leven anders met aandoening (erg sterk + helemaal niet)	.51
2.3. geleerd met aandoening te leven (helemaal niet + volledig)	.33
2.4. ik ben gezond/ziek met ... (ziek + gezond)	.48
2.5. last t.g.v. spanningen (vaak + nooit)	.39

Bijlage 5: Factoranalyse gedragsintentie bij paragraaf 6.3.6.

Principale component, ongeroteerde structuur

1. U hebt sinds een week een jeukende uitslag
2. U hebt een middag lang sterke pijn in de buik
3. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting
4. U hebt ineens last van hartkloppingen
5. U hebt sinds een week gebrek aan eetlust
6. U hebt op een ochtend 38^o koorts
7. U hebt vier dagen aaneen sterke dorst
8. U bent al drie dagen verkouden en U hebt keelpijn
9. U hebt een dag of vier lang hoofdpijn
10. U hebt op een ochtend eczeem op de armen
11. U hebt op een dag ineens last van kortademigheid en benauwheid
12. U moet sinds drie dagen vaker plassen dan U normaal acht
13. U voelt zich al een week of twee niet echt fit
14. U voelt al een dag of twee pijn in de rug

Factor	1	2	3	4	5
1.	0.50	0.30	0.19	0.41	-0.45
2.	0.48	0.08	0.49	0.17	0.15
3.	0.53	0.53	0.06	-0.25	-0.19
4.	0.48	0.36	-0.01	-0.30	0.39
5.	0.51	-0.20	0.41	0.35	0.29
6.	0.52	-0.12	0.23	-0.39	0.14
7.	0.51	-0.32	-0.10	0.17	-0.16
8.	0.57	-0.55	0.20	-0.21	-0.18
9.	0.58	-0.54	-0.04	-0.31	-0.18
10.	0.50	0.04	-0.25	0.35	-0.45
11.	0.55	0.46	0.15	-0.31	-0.11
12.	0.51	0.07	-0.65	0.03	0.12
13.	0.56	0.00	-0.12	0.47	0.52
14.	0.52	-0.06	-0.55	-0.10	0.13
r^2	27.6	10.7	9.8	8.9	8.1
EIGEN- WAARDE	3.86	1.49	1.37	1.24	1.13

Bijlage 6: Samenhangen tussen het aantal huisartscontacten en consumptie-geneigdheid apart voor de drie patiëntencategorieën, gecontroleerd voor controlenoodzaak (Kendall's rangcorrelaties, gepartialiseerd) bij paragraaf 7.3.

	vertr.zorg veel → weinig	att.arts pos → neg.	opv.ziekte onpr → prof.	ziektebel. slecht → goed	gedragsint. sterk → gering
hartinfarct	-.21	-.23	.10	-.12	-.23
diabetici	-.07	-.37	.06	-.12	-.06
psoriasis	-.24	-.18	.09	-.05	-.12

Bij de interpretatie van deze tabel moet bedacht worden, dat bij een relatief klein aantal waarnemingen per groep de rangcorrelaties nogal sterk kunnen verschillen. Belangrijker dan de absolute waarde van deze correlaties is daarom in eerste instantie de richting ervan. Deze komt voor alle vijftien uitkomsten overeen met de uitkomsten voor de totale steekproef.

Er zijn drie in het oog springende verschilpunten. Twee ervan betreffen de diabetici. Bij hen zijn de correlaties tussen gedragsintentie resp. vertrouwen in de medische zorg en het aantal huisartscontacten relatief laag vergeleken met die van de andere twee groepen. Daar staat echter een relatief hoge samenhang tussen de attitude ten aanzien van de arts en medische consumptie tegenover. Het derde verschilpunt betreft de relatief geringe samenhang tussen ziektebeleving en medische consumptie van psoriasispatiënten. Dit wijst vermoedelijk op een nogal rationeel beslissingsproces van deze patiënten, als zij hun huisarts willen consulteren, dat vooral wordt beïnvloed door het vertrouwen, dat zij in de medische zorg stellen en minder door emotionele invloeden (zie ook hoofdstuk 14 paragraaf 1).

Bijlage 7 Matrix van product-moment correlatie-coëfficiënten
bij par. 7.3., 11.4., 12, 14.1. en 14.2.

1. raadplegen huisarts	weinig → veel
2. controlenoodzaak	weinig → veel
3. ziektebeleving patiënt	slecht → goed
4. attitude arts patiënt	positief → negatief
5. gedragsintentie patiënt	sterk → gering
6. vertrouwen in medische zorg patiënt	veel → weinig
7. ziekteopvattingen patiënt	onprofessioneel → prof.
8. ziektebeleving 1e adviseur	slecht → goed
9. attitude arts 1e adviseur	positief → negatief
10. gedragsintentie 1e adviseur	sterk → gering
11. vertrouwen in medische zorg 1e adviseur	veel → weinig
12. ziekteopvattingen 1e adviseur	onprofessioneel → prof.
13. ziektebeleving 2e adviseur	slecht → goed
14. attitude arts 2e adviseur	positief → negatief
15. gedragsintentie 2e adviseur	sterk → gering
16. vertrouwen in medische zorg 2e adviseur	veel → weinig
17. ziekteopvattingen 2e adviseur	onprofessioneel → prof.
18. aantal adviseurs genoemd	geen → twee
19. mate van geneigdheid in netwerk	sterk → gering
20. oordeel over ziekte van 1e adviseur	gezond → ziek
21. omvang lekennetwerk	klein → groot
22. gebruik veel voorzieningen	weinig → veel
23. raadplegen alternatieve genezers	weinig → veel

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
1.	.																					
2.	.33	.																				
3.	-.27	-.41	.																			
4.	-.25	.11	-.25	.																		
5.	-.21	.05	-.11	.02	.																	
6.	-.23	-.10	-.24	.46	.12	.																
7.	.02	.13	-.03	.02	.22	-.04	.															
8.	-.47	-.35	.45	-.05	-.12	-.13	-.06	.														
9.	-.06	.21	-.18	.39	.21	.19	.16	-.22	.													
10.	-.21	.02	-.04	.13	.45	.11	.10	-.02	.24	.												
11.	-.16	-.05	-.13	.23	.19	.45	-.07	-.04	.25	.29	.											
12.	-.04	.05	-.01	-.12	.14	-.10	.36	.12	-.10	.10	-.26	.										
13.	-.28	-.46	.52	.06	-.19	.14	-.12	.64	.18	.08	.10	-.21	.									
14.	.09	.05	.05	.37	.27	.14	-.14	-.22	.53	.23	.26	.15	-.18	.								
15.	.04	.02	-.04	.17	.34	-.05	.15	.02	.26	.69	.01	.15	-.09	.22	.							
16.	.07	.27	-.12	.03	-.03	-.19	-.09	-.19	.10	-.10	.01	-.02	-.09	.09	-.06	.						
17.	-.01	.06	-.05	-.03	.18	-.02	.27	.01	-.08	.17	.04	.40	-.22	.13	.34	-.27	.					
18.	.38	.40	-.35	.06	.13	.05	.00	-.21	-.01	-.17	.12	-.10	nvt	nvt	nvt	nvt	.					
19.	-.32	-.20	-.04	.37	.33	.46	-.24	.10	.28	.52	.56	-.16	.09	.35	.14	-.12	-.11	.05	.			
20.	.32	.35	-.38	-.01	.01	-.03	-.03	-.37	.17	.03	.00	-.14	-.21	.08	-.28	.29	.08	.28	.05	.		
21.	.21	.31	-.07	-.02	.13	-.15	-.06	-.23	.00	-.02	-.07	-.21	.01	.02	-.19	.09	-.07	.25	-.08	.31	.	
22.	.82	.52	-.34	-.12	-.01	-.19	.03	-.52	.04	-.12	-.12	.00	-.43	.22	.03	.10	.08	.37	-.23	.46	.25	.
23.	-.03	-.10	-.23	-.09	.09	.28	-.03	.00	.03	-.01	.31	.17	-.11	-.13	-.21	-.18	.09	.02	.10	-.09	-.11	.11

Bijlage 8: Matrix van product-moment correlaties tussen huisarts-contacten en consumptiegeenigheid voor patiënt-respondenten, die in verband met de aandoening in kwestie naar de huisarts gingen (N = 59) bij paragraaf 7.3.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
raadplegen huisarts						
(1) veel → veel						
(2) ziektebeleving slecht → goed	-.27	.				
(3) attitude t.a.v. arts positief → negatief	-.31	-.20	.			
(4) gedragsintentie sterk → gering	-.35	-.12	-.13	.		
(5) ziekte-opvattingen onprof. → prof.	-.04	-.08	.16	.17	.	
(6) vertrouwen in zorg veel → weinig	-.14	-.24	.54	.22	.08	
(7) controlenoodzaak weinig → veel	-.27	-.40	.15	.02	.08	-.09

Bijlage 9: Operationalisering van medische kennis en stress
bij paragraaf 7.5.

1. Medische kennis

Wij hebben de medische kennis van elke patiëntengroep afzonderlijk gemeten door middel van elk tien vragen, die op aandoeningen betrekking hadden. De respondenten konden zeggen, of een bepaalde uitspraak volgens hun juist of onjuist was. Ook het antwoord "ik zou het niet weten" was expliciet toegestaan. De hoeveelheid kennis werd echter geïndiceerd door de som van het aantal goede antwoorden. ¹⁾

Deze werkwijze heeft het nadeel, dat het niveau van medische kennis van de drie patiëntengroepen niet direct vergelijkbaar is.

De vragen kunnen immers per patiëntencategorie in moeilijkheidsgraad verschillen. Tabel bijlage 9,1 geeft de vragen en antwoorden per patiëntengroep weer. Daaruit blijkt een tweede bezwaar: sommige vragen zijn onbedoeld "strikvragen" geworden; zij waren zo moeilijk, dat slechts enkelen daarop het juiste antwoord wisten. Om medische kennis toch als een variabele voor alle respondenten te kunnen gebruiken, hebben wij per patiëntencategorie gestandaardiseerde scores berekend. Daarbij gaan wij uit van de veronderstelling, dat het gemiddelde kennisniveau van de drie groepen en de variatie daarbinnen niet verschillen.

De berekeningen luiden voor:

	kennisscore - 5.48
hartinfarctpatiënten	1.53
	kennisscore - 5.24
diabetici	2.07
	kennisscore - 7.28
psoriasispatiënten	1.65

Wij betrekken dus niet het absolute kennisniveau in de beschouwing maar de mate waarin de individuen van het gemiddelde kennisniveau afwijken.

- 1) Om verwarring bij de respondenten te voorkomen is hen na afloop van het gesprek een overzicht met juiste en onjuiste uitspraken overhandigd.

Tabel 1: Uitspraken over medische zaken en de reacties van respondenten daarop, naar patiëntencategorie.

<u>hartinfarctpatiënten</u>	<u>is</u>	<u>genoemd door</u>	<u>"weet niet"</u>
Bij dikke mensen moet het hart harder werken dan bij magere	(Juist)	20	3
Pijproken is gevaarlijker dan sigaretten roken	(Onjuist)	18	6
Alcoholgebruik verlaagt het cholestrolgehalte in het bloed	(Onjuist)	10	10
Trombose kan met antistollingsmiddelen worden voorkomen	(Juist)	18	7
Garnalen bevatten weinig cholestrol	(Onjuist)	4	19
Zoetigheden bevatten veel cholestrol	(Onjuist)	1	10
Je kunt verhoogde bloeddruk hebben zonder het te merken	(Juist)	15	3
Magere mensen kunnen geen verhoogd cholestrolgehalte in het bloed hebben	(Onjuist)	19	3
Lever bevat veel cholestrol	(Juist)	12	8
Drop eten verhoogt de bloeddruk	(Juist)	20	4
<u>suikerpatiënten</u>			
Er zijn verschillende soorten diabetes	(Juist)	20	4
Peulvruchten bevatten veel eiwitten	(Juist)	15	9
Suikerziekte is een ziekte van het bloed	(Onjuist)	12	4
Gezonde voeding moet vlees, vis of kip bevatten	(Onjuist)	5	3
Diabetici hebben soms extra last van huidinfecties	(Juist)	14	7
Bij zwangerschap kan diabetes aan het licht treden	(Juist)	18	7
Diabetes komt vooral bij jonge mensen voor	(Onjuist)	21	4
Je gebruikt de juiste voeding als je gewicht goed is	(Onjuist)	10	7
Diabetici moeten hun voeten extra goed verzorgen	(Juist)	13	8
Verse groenten zijn gezonder dan diepvriesgroenten	(Onjuist)	3	1

psoriasispatiënten

	<u>is</u>	<u>genoemd door</u>	<u>"weet niet"</u>
Psoriasis verloopt meestal in vlagen, dan weer erg, dan weer beter	(Juist)	22	1
Psoriasis komt vooral voor in het gezicht	(Onjuist)	22	3
Psoriasis is een infectie van de huid	(Onjuist)	8	11
Met psoriasis mag je niet zwemmen	(Onjuist)	21	2
De precieze oorzaak van psoriasis is niet bekend	(Juist)	18	4
Psoriasis verloopt bij welhaast alle mensen gelijk	(Onjuist)	13	11
Het meest gebruikte middel tegen psoriasis is penicilline	(Onjuist)	17	8
Psoriasis is besmettelijk	(Onjuist)	25	0
Buitenlucht heeft meestal een gunstige invloed op het verloop van psoriasis	(Juist)	19	5
Psoriasis kan erfelijk zijn	(Juist)	17	4

2. Stress: Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheidstoestand

Voor het indiceren van "stress" maakten wij gebruik van een V.O.E.G.-versie, die aan de Rijksuniversiteit van Limburg is ontwikkeld. Zij bevat 47 items, waarvan er drie op "flink-zijn" wijzen. (zie ook Van Reek e.a. te publ.). Wij gebruikten een eenvoudige, gesommeerde schaal met de volgende statistische kenmerken.¹⁾

Tabel 2: Kenmerken V.O.E.G.-scores in dit onderzoek naar patiëntencategorie

	<u>gem.score</u>	<u>mediaan</u>	<u>st. dev.</u>	<u>bereik</u>
totaal	12.48	10.7	7.20	2 - 30
H	14.04	14.0	8.05	3 - 30
S	13.20	12.0	6.24	3 - 27
P	10.20	8.2	6.89	2 - 24

- 1) Het is ook mogelijk om met behulp van deze vragenlijst verschillende dimensies te onderscheiden die bepaalde klachtenpatronen samenvatten. Omdat niet duidelijk is, in welke mate zich bij deze chronische patiënten vergelijkbare patronen kunnen voordoen, zien wij van een nadere specificering op dit punt af. Bij de sommiering bleven de drie "flinkheidsitems" buiten beschouwing.

bijlage 10: Attituden van lekenadviseurs t.a.v. de aandoening van de patiënt; bij paragraaf 10.1

Variabelen:

1. En ondervindt U zelf wel eens problemen doordat hij/zij een hartinfarct gehad heeft? Zit U er bijv. wel eens over te piekeren of over na te denken? Doet U dat vaak, soms, zelden of nooit? (Analoog voor lekenadviseurs van diabetici en psoriasispatiënten).
2. Als U heel eerlijk bent voor U zelf, vindt U het dan wel eens lastig dat ...¹⁾ een hartinfarct gehad heeft? Bijv. omdat hij/zij veel beroep op U doet? Of om een andere reden? (Analoog voor lekenadviseurs van diabetici en psoriasispatiënten).
3. Maakt U zich wel eens ongerust over ...¹⁾ aandoening? Doet U dat vaak, zo nu en dan, zelden of nooit?

¹⁾ naam van patiënt-respondent

Tabel 1: Correlaties "ziektebelevingsvariabelen" eerste lekenadviseur (rho's, omkaderd bij significantieniveau van $p < .03$)

	1	2	3
1	.	<u>.47</u>	<u>.50</u>
2		.	<u>.39</u>
3			.

Tabel 2: Correlaties "ziektebelevingsvariabelen" tweede lekenadviseur (rho's, omkaderd bij significantieniveau van $p < .03$)

	1	2	3
1	.	<u>.30</u>	<u>.59</u>
2		.	<u>.60</u>
3			.

Bijlage 11: Bepaling van homogene en heterogene netwerken, achtergronden van praktische hulp en emotionele steun in netwerken bij paragraaf 10.4. en hoofdstuk 11

1. Bepaling van de mate van homogeniteit in netwerken

Om homogene en heterogene netwerken te identificeren werd de volgende procedure toegepast. De vijftien geneigheidscomponenten van de patiënt en zijn lekenadviseurs werden gedichotomiseerd (criterium: mediaan).

Per geneigheidscomponent werd de mate van overeenstemming bepaald:

- (1) tussen patiënt en eerste lekenadviseur
beide eens, sterk geneigd = homogeen sterk
beide eens, geringe geneigdheid = homogeen gering
oneens = heterogeen
- (2) tussen alle netwerkleiden
allen eens en overeenstemming tussen patiënt en alleen zijn eerste adviseur, sterk geneigd = homogeen sterk
idem, geringe geneigdheid = homogeen gering
alle tussenvormen = heterogeen
Er waren onvoldoende netwerken waarin alle netwerkleiden boven resp. onder de mediaan scoorden, reden waarom wij besloten de afwijking van alleen de tweede adviseur bij deze indeling buiten beschouwing te laten.

Vervolgens telden wij, op hoeveel componenten een netwerk "homogeen sterk" dan wel "homogeen gering" of "heterogeen" werd ingedeeld. Op grond van de combinatie van deze drie variabelen werd tenslotte de definitieve indeling van netwerken naar hun mate van homogeniteit bepaald. Om niet alleen heterogene netwerken te identificeren moesten daarbij enkele beslissingen worden genomen ten aanzien van de vraag hoe een combinatie van bijvoorbeeld tweemaal de score homogeen sterk, eenmaal de score heterogeen en tweemaal de score homogeen gering kon worden benoemd (in dit voorbeeld besloten wij, zo'n netwerk heterogeen te noemen). Tabellen 1 en 2 geven deze keuzen in detail weer.

Tabel 1: Bepaling homogeniteit m.b.t. patiënt en eerste adviseur

aantal malen:

homogeen sterk	heterogeen	homogeen gering	wordt
3	1	1	homogeen sterk
3	2	0	
4	1	0	
4	0	1	
1	4	0	heterogeen
0	4	1	
1	3	1	
2	3	0	
0	3	2	
2	2	1	
1	2	2	
2	1	2	
3	0	2	
2	0	3	
0	1	4	homogeen gering
1	0	4	
0	2	3	
1	1	3	

Tabel 2: Bepaling homogeniteit m.b.t. alle netwerkleden

aantal malen:

homogeen sterk	heterogeen	homogeen gering	wordt
3	1	1	homogeen sterk
3	0	2	
4	0	1	
4	1	0	
0	4	1	heterogeen
0	3	2	
1	4	0	
1	3	1	
1	2	2	
2	1	2	
2	3	0	
2	0	3	homogeen gering
1	1	3	
0	2	3	
0	1	4	

2. Achtergronden van praktische hulpverlening en emotionele steun in lekennetwerken

In hoofdstuk 11 werd de mate van hulpverlening per patiëntencategorie weergegeven. Het bleek, dat deze per patiëntengroep niet verschilt. Tabel 3. laat zien, dat de mate waarin de meest-betrokkene de patiënt ziek acht, daarmee wel correspondeert.

Tabel 3: Oordeel meest-betrokkene over ziekte patiënt naar patiënten-categorie

	H	S	P
helemaal gezond (1)	4	7	16
(2)	11	9	5
(3)	3	5	2
ziek (4)	7	3	0
gemiddeld	2,52	2,26	1,33
N	25	23	24

eenwegvariantie-analyse $F = 8.94$ $p < .0004$

Het kan van belang zijn te weten, op welke gronden netwerken waarin wel of geen hulp wordt verleend, resp. waarin de patiënt door de meest-betrokkene gezond of ziek wordt geacht, van elkaar verschillen. Aangezien wij op deze vraag echter geen sprekend antwoord konden vinden, vermelden wij de resultaten van onze analyse dienaangaande in deze bijlage. Wij bezien drie kenmerken van de netwerken:

1. De relatie tussen patiënt en zijn lekenadviseurs; deze kan van belang zijn, omdat bijvoorbeeld ouders vermoedelijk andere functies vervullen voor een chronisch ziek kind, dan kinderen voor een zieke ouder.
2. De gemiddelde leeftijd en het gemiddelde opleidingsniveau van het netwerk.
3. De leeftijd en het opleidingsniveau van de afzonderlijke netwerkleden.

Tabel 4 gaat in op (1), tabel 5 op de overige achtergronden. In tabel 5 zijn de uitkomsten voor het artsenoordeel gecontroleerd, om eventuele samenhangen met hulp en emotionele steun te zuiveren voor de "objectieve ernst" van de aandoening.

Tabel 4: Mate van hulpverlening door lekenadviseurs alsmede mate waarin meest-betrokkene de patiënt ziek acht naar aard van de relatie tussen patiënt en zijn adviseurs

	(1) <u>hulpverlening:</u>		(2) <u>lekenoordeel</u>	
	veel hulp	weinig hulp	ziek	gezond geacht
partner + ouder	1	1	2	2
partner + kind	4	15	7	13
partner + overig	4	3	4	6
alleen partner	-	-	4	24
ouder + volwassene	1	4	1	4
kind + overig	0	3	1	3
overig	0	1	1	0
totaal	10	27	20	52

Tabel 5: Samenhang tussen mate van hulpverlening en oordeel eerste lekenadviseur over aandoening en leeftijd en opleiding in netwerken (Kendall's rangcorrelaties)

	(1) mate van hulpverlening		(2) oordeel over ziekte door eerste adviseur	
	nulde-orde	gecontroleerd voor artsenoordeel	nulde-orde	gecontroleerd voor artsenoordeel
leeftijd patiënt	-.08	-.08	.24	.24
leeftijd 1e adv.	-.14	-.13	.14	.14
leeftijd 2e adv.	-.14	-.12	.04	-.01
gem. leeft. netw. ¹⁾	-.12	-.12	.21	.21
opleiding patiënt	-.03	-.01	-.13	-.16
opleiding 1e adv.	-.10	-.11	-.06	-.04
opleiding 2e adv.	.13	.11	-.08	-.04
gem. opl. netw. ¹⁾	.04	.04	-.09	-.10

N

37

27

72

50

¹⁾ voor (2) alleen m.b.t. patiënt en eerste adviseur $\square$ = significant bij $p \leq .05$

De tabel laat geen duidelijke conclusies toe over eventuele achtergronden van hulpverlening en lekenoordeel. De samenhang tussen het laatste en de leeftijd van de patiënt (en ook de gemiddelde leeftijd van het netwerk) moet vermoedelijk worden toegeschreven aan het feit, dat hartinfarct-patiënten gemiddeld wat ouder zijn dan de andere twee categorieën en dat zij ook het meest ziek worden geacht. (zie tabel 3.)

Bijlage 12: Dimensies in de attitude t.a.v. de eigen arts bij par. 13.4.

Formulering van uitspraken

1. Mijn (huis)arts is nogal onzeker in zijn optreden
2. Mijn (huis)arts staat erop, dat je precies doet wat hij zegt
3. Mijn (huis)arts vertelt me precies hoe ernstig het is
4. Mijn (huis)arts stelt je op je gemak als je met hem praat
5. Mijn (huis)arts is nogal zakelijk
6. Mijn (huis)arts schrijft je nauwkeurig voor wat je moet doen
7. Mijn (huis)arts praat met me over andere dingen dan over mijn ziekte alleen
8. Mijn (huis)arts legt me uit waarom hij iets op een bepaalde manier doet
9. Mijn (huis)arts behandelt me als nummer
10. Mijn (huis)arts praat met me over andere dingen dan medische problemen
11. Mijn (huis)arts heeft weinig tijd voor me als ik hem raadpleeg
12. Mijn (huis)arts is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren

Varimax rotatie

Factoren	1	2	3	4
1.	0.11	-0.07	0.13	0.80
2.	0.01	0.05	0.77	0.23
3.	0.03	0.64	0.39	-0.12
4.	0.73	0.29	0.18	-0.18
5.	-0.39	0.00	-0.07	0.70
6.	0.12	0.17	0.79	-0.12
7.	0.33	0.81	-0.07	0.04
8.	-0.03	0.74	0.19	-0.14
9.	-0.81	-0.25	-0.15	0.14
10.	0.38	0.77	-0.01	0.13
11.	-0.82	-0.13	0.08	-0.11
12.	0.78	-0.01	0.02	-0.05
	commu- nica- tief	infor- matief	instru- menteel	afwerend
r^2	33.2%	14.4%	10.6%	9.8%
Eigenwaarde	3.98	1.72	1.27	1.17

Bijlage 13: Controleenoodzaak en medische consumptie bij paragraaf 13.5Tabel 1: Controleenoodzaak en medische consumptie van huisartspatiënten

controles	0	1	3	4-5	6-9	10	Totaal
n.v.t.	10	2	1	0	0	0	13
jaarlijks	1	0	0	0	0	0	1
2 x p.jr.	0	3	0	0	0	1	4
3-6 x							
p.jr.	4	5	0	1	1	0	11
1-2 p.mnd.	0	1	0	0	0	0	1
	15	11	1	1	1	1	30

Tabel 2: Controleenoodzaak en medische consumptie (huisartsconsulten) van specialistpatiënten

controles	0	1	2	3	4-5	6-9	Totaal
n.v.t.	9	0	0	0	0	0	9
jaarl.	0	1	0	0	0	0	1
2x p.jr.	5	1	0	0	1	0	7
3-6 x							
p.jr.	10	5	2	2	1	0	20
1-2 x							
p.mnd.	2	0	0	1	2	1	6
	26	7	2	3	4	1	43

Geen waarneming: 1

Tabel 3: Controleenoodzaak en medische consumptie (specialistconsulten) van specialistpatiënten

aantal specialistconsulten					
controles	0	1-3	4-7	8-12	Totaal
n.v.t.	5	3	0	1	9
jrl.	0	1	0	0	1
2 x p.jr.	1	6	0	0	7
3-6 x					
p.jr.	0	3	13	4	20
1-2 x					
p.mnd.	1	2	1	2	6
	7	15	14	7	43

Geen waarneming: 1

Bijlage 14: Matrix van product-moment correlatiecoëfficiënten apart voor huisarts en specialistpatiënten: bovenste helft specialistpatiënten (N = max. 44); onderste helft huisartspatiënten (N = max. 30)

bij hoofdstuk	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
(1) Raadpl. huisarts	.	.43	.37	-.35	-.23	.01	-.25	.04	-.49	.08	-.23	.40	.16
(2) Raadpl. specialist	.	.	.38	-.19	-.10	.27	-.18	.17	-.24	.40	-.17	.26	.19
(3) Controle-noodzaak	.30	.	.	-.44	-.06	.06	-.20	.24	-.34	.30	-.29	.30	.22
(4) Ziektebel. patiënt	-.21	.	.43	.	-.13	-.21	-.18	-.07	.52	-.26	-.01	-.33	-.18
(5) Attitude arts pat.	-.31	.	.21	-.41	.	.05	.43	.05	-.03	.31	.32	-.19	-.02
(6) Gedragssintentie pat.	-.48	.	-.02	-.02	-.06	.	.08	.23	-.27	.34	.32	.06	-.06
(7) Vertr. med. zorg pat.	-.19	.	.03	-.29	.44	.21	.	-.11	-.23	.10	.44	-.13	-.17
(8) Ziekte-opv.pat.	-.02	.	-.23	.05	-.18	.19	.13	.	-.11	.22	-.27	.12	-.14
(9) Ziektebel. le adv.	-.47	.	-.34	.36	.02	.06	.13	.07	.	-.33	.00	-.34	-.23
(10) Attitude arts le adv.	-.49	.	-.22	.05	.46	.02	.26	-.17	.19	.	.16	.19	.09
(11) Mate v. consumptiegen.	-.48	.	-.11	-.07	.46	.36	.50	-.20	.30	.60	.	-.01	-.15
(12) Oordeel ziekte le adv.	.23	.	.40	-.44	.20	-.05	.08	-.33	-.39	.11	.13	.	.35
(13) Omvang netwerk	.24	.	.42	-.03	.02	-.24	.03	.02	-.27	-.20	-.32	.28	.

Bijlage 15: Variabelen met betrekking tot overige vormen van medische consumptie bij paragrafen 14.1 en 14.2.

1. Veel (verschillende vormen van) medische consumptie

Per patiëntencategorie werd een somscore berekend, waarbij voor alle drie de categorieën werd geteld het aantal contacten met de huisarts, de "eigen" specialist, een andere specialist (excl. oogarts) alsmede eventueel nog niet genoemde voorzieningen. Voor hartinfarctpatiënten werd daarbij extra opgeteld het aantal bezoeken aan een diëtiste, aan de trombosedienst en aan een revalidatie-instelling. Voor diabetici werden de volgende voorzieningen extra in de beschouwing betrokken: de oogarts, de diëtiste, de revalidatie en het laboratorium. Voor psoriasispatiënten telden wij bij de hiervoor genoemde voorzieningen alleen nog het aantal bezoeken aan een PUVA-behandelingscentrum. Tabel 1, bijlage 15 laat de statistische kenmerken van de aldus samengestelde somscores zien.

Tabel 1: Statistische kenmerken van "veel (verschillende vormen van) medische consumptie"

	gemiddelde	mediaan	bereik
H	10.8	9	6-23
S	12.9	12	7-24
P	6.1	5	4-15

In de tweede plaats werd voor alle categorieën samen een somscore berekend van het aantal bezoeken aan huisarts, "eigen" specialist en overig specialist (excl. oogarts). Deze score had een bereik van 2-11, het gemiddelde is 4.6, de mediaan 4.

2. Het raadplegen van alternatieve genezers

De volgende alternatieve genezers werden in de vragenlijst genoemd:

acupuncturist
homeopaat
osteopaat, chiropraktiker ("bottenkraker")
gebedsgenezer, handoplegger
paranormale genezer, magnetiseur, strijker, helderziende
iriscopist ("oogkijker")
kruidendokter

Bijlage 16: Artsenenquête

1. Controleert u deze patiënt regelmatig i.v.m. ?
2. Zo neen, wat is hiervoor de reden?
3. Zo ja, welke controlefrequentie hebt u i.v.m. ... voorgeschreven?
4. Is dit vaker of minder vaak dan u over het algemeen aan ... patiënten voorschrijft? (Eventueel toelichten s.v.p.)
5. Kunt u bij benadering aangeven, hoe ernstig van uw patiënt is (bij hartinfarctpatiënten: was)?
Bedoeld is de "ernst" in medische zin, vergeleken met andere patiënten. (Eventueel toelichten s.v.p.)
6. Kunt u ook zeggen in welke mate uw patiënt erin slaagt, zijn/haar aandoening psychisch te verwerken? (Eventueel toelichten s.v.p.)
7. Kunt u ook zeggen hoe uw patiënt i.v.m. ... door zijn/haar gezinsleden of directe omgeving opgevangen wordt? (Eventueel toelichten s.v.p.)
8. Heeft uw patiënt nog andere aandoeningen waarvoor u hem/haar regelmatig terug wilt zien? Zo ja, welke?
9. Hebt u nog opmerkingen over deze patiënt die eventueel van belang kunnen zijn voor ons onderzoek?

De vragen 6 t/m 8 worden vaak met "ik zou het niet weten" of in het geheel niet beantwoord.

CURRICULUM VITAE

De auteur werd op 11 april 1946 in Eindhoven geboren. Van 1953 tot 1966 volgde zij de lagere en de middelbare school in Hamburg, West-Duitsland. De schoolopleiding werd afgerond met het behalen van het Abitur aan het Gymnasium van de Walddörferschule. Zij studeerde daarna Westerse sociologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden. In 1971 legde zij het doctoraal-examen af. Van 1971 tot 1974 was zij vervolgens werkzaam bij het Centraal Bureau voor de Statistiek met als voornaamste aandachtspunten: studie naar mogelijkheden voor de ontwikkeling van sociale indicatoren en opzet van een leefsituatieonderzoek onder ouderen. Vanaf 1974 werkt zij thans als wetenschappelijk medewerkster bij het Sociaal en Cultureel Planbureau in Rijswijk. De werkzaamheden hebben betrekking op vraagstukken op de terreinen van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening alsmede op algemene planningsonderwerpen. Daarnaast hield zij zich vanaf 1976 bezig met het vervaardigen van onderhavig proefschrift.